

## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**A PESSOA COM DOR CRÓNICA: Desenvolvimento de  
competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-  
Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação  
Crónica**

**THE PERSON WITH CHRONIC PAIN: Development of specialized  
clinical skills in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing  
for People in Chronic Conditions**

**Autor**

**Tamára Santos Sá**

**Porto, 2025**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

**Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica**

**Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

A PESSOA COM DOR CRÓNICA:

Desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

THE PERSON WITH CHRONIC PAIN:

Development of specialized clinical skills in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Chronic Conditions

**Orientador(es)**

Patrícia Daniela Barata Gonçalves  
*Professor Adjunto, Doutor*

Abel Avelino de Paiva e Silva  
*Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor*

**Autor**

Tamára Santos Sá

**Porto, 2025**



**FRASE OU PENSAMENTO**

"A alma humana e o corpo humano têm uma infinita capacidade de adaptação, e é extraordinário quão resistentes podemos acabar por ficar, e como conceitos que tratámos como relativamente insignificantes podem subitamente tornar-se significativos e cruciais."

(Nelson Mandela, 1970)



## AGRADECIMENTO

O Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, pode ser entendido como um processo formativo intenso e contínuo, caracterizado por diversos desafios que vão para além do esforço individual. Este percurso exige não só o empenho pessoal, mas também o apoio imensurável daqueles que nos rodeiam. Assim, expresso o meu sincero reconhecimento e agradecimento:

À Professora Doutora Patrícia Gonçalves e ao Professor Doutor Abel Paiva, orientadores deste relatório, pelo apoio inestimável e contínuo ao longo de todo o processo de aprendizagem. Agradeço pelo apoio contínuo e imediato, pelo constante incentivo, pela profundidade das suas opiniões e das suas críticas construtivas, bem como pela prontidão na resolução de dúvidas ao longo de todo o processo de desenvolvimento das minhas competências.

Aos enfermeiros tutores que me acompanharam ao longo do estágio de natureza profissional, pela orientação, pelo suporte contínuo e pela partilha de conhecimento. A sua disponibilidade, o seu profissionalismo e a sua dedicação constituíram elementos fundamentais para o meu desenvolvimento, contribuindo de forma determinante para a aquisição e consolidação de competências especializadas, no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, e para a obtenção do grau de mestre.

À minha família, em particular aos meus pais e à minha irmã, por serem a base essencial do meu crescimento, tanto como estudante como pessoa, e por todo o apoio que contribuiu para os sucessos alcançados ao longo deste processo de aprendizagem.

Ao meu namorado, pelo seu inestimável companheirismo, pela compreensão constante, pelo apoio inabalável e pelo incentivo contínuo ao longo deste percurso, cujo suporte foi essencial para a sua concretização.

A todos os meus amigos, com especial reconhecimento à Enfermeira Inês Faustino e à Enfermeira Carla Brandão, pelo apoio incondicional e pela motivação constante nos momentos de maior exigência. A vossa presença foi essencial ao longo deste percurso, não apenas pelo incentivo incansável, mas também pelas conversas esclarecedoras, pela paciência demonstrada. E acima de tudo, agradeço-vos por me transmitirem a confiança necessária para acreditar que este processo era alcançável. Por último, a todos os meus amigos e colegas de trabalho pelo apoio constante, pela compreensão demonstrada, pela flexibilidade perante os desafios deste percurso e, sobretudo, pela amizade genuína.

A todos vós, muito obrigada!



## RESUMO

À escala global, as doenças crónicas são definidas como condições de longa duração, geralmente com uma duração igual ou superior a um ano, que requerem um acompanhamento contínuo ou impõem restrições significativas às atividades diárias dos indivíduos (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). A dor crónica caracteriza-se como uma dor persistente ou recorrente, que está presente durante mais de três ou de seis meses, prolongando-se para além do período de cura da lesão que lhe deu origem (Ciaramella, 2019). Face à sua cronicidade e à sua prevalência, a dor crónica é considerada um fenómeno complexo, e entendida como uma área premente de atuação do enfermeiro. Perante a crescente exigência de evidências sobre o impacto da prática dos enfermeiros, torna-se essencial identificar e estruturar a informação que melhor represente a evidência científica nos diferentes domínios da disciplina de Enfermagem. O método adotado para a elaboração deste relatório foi de carácter descritivo e reflexivo, alicerçado na melhor evidência científica disponível. Para tal, foi realizada uma *scoping review*, com o objetivo de mapear os conceitos focados na dor crónica do adulto, sob a perspetiva da tomada de decisão em Enfermagem, proporcionando uma base robusta para a análise e a discussão do processo de desenvolvimento de competências.

O presente relatório foi elaborado no âmbito do estágio de natureza profissional, correspondente ao Módulo II, inserido no plano de estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Este relatório tem como principal objetivo apresentar, de forma descritiva, fundamentada e crítico-reflexiva, o processo de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, nomeadamente, as competências comuns e específicas conducentes à obtenção do título de enfermeiro especialista, bem como as competências académicas e científicas inerentes à atribuição do grau de mestre. Este documento descreve os resultados da implementação de um projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Para além disso, apresenta um processo de tomada de decisão em enfermagem, que consubstancia o desenvolvimento de competências de conceção de cuidados perante a pessoa com dor crónica, com ênfase nos aspetos relacionados com a gestão e a autogestão da dor crónica, tendo por base a Ontologia de Enfermagem, enquanto estrutura de relacionamentos que permite representar o conhecimento de Enfermagem, e os referenciais teóricos de Meleis e de Orem.

**Palavras-chave:** Autocontrolo da dor; Competências especializadas; Controlo da dor; Dor crónica; Enfermagem.



## ABSTRACT

At the global level, chronic diseases are defined as long-term conditions, typically lasting one year or more, that require ongoing follow-up or impose significant restrictions on individuals' daily activities (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Chronic pain is defined as persistent or recurring pain lasting more than three or six months, extending beyond the healing period of the initial injury that caused it (Ciaramella, 2019). Given its chronic nature and prevalence, chronic pain is regarded as a complex phenomenon and is recognized as a critical area of intervention for nurses. In view of the increasing demand for evidence regarding the impact of nursing practice, it becomes essential to identify and structure the information that best represents scientific evidence across the different domains of the nursing discipline. A descriptive and reflective methodology was adopted, underpinned by the best available scientific evidence. To this end, a scoping review was conducted with the aim of mapping the concepts related to adult chronic pain from a nursing perspective, thereby providing a strong foundation for the analysis and discussion of the competency development process.

This report was developed within the scope of the professional internship corresponding to Module II of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing Care for People in Chronic Conditions, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto. The main objective of this document is to present, in a descriptive, evidence-based, and critically reflective manner, the process of developing specialized clinical competencies, namely the common and specific competencies leading to the title of Specialist Nurse, as well as the academic and scientific competencies required for the award of the Master's degree in Nursing. This report describes the outcomes of implementing a clinical competency development project in Medical-Surgical Nursing, focusing on Nursing Care for People in Chronic Conditions. Furthermore, it presents a nursing decision-making process that supports the development of nursing care design competencies for individuals with chronic pain, with emphasis on aspects related to the management and self-management of chronic pain. This process is grounded in the Nursing Ontology as a framework of relationships that represents nursing knowledge, and is supported by the theoretical frameworks of Meleis and Orem.

**Keywords:** Pain self-management; Specialized competencies; Pain control; Chronic pain; Nursing.



## CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

### Chave de Siglas:

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

IACS - Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

NYHA - New York Heart Association

PO - "per os"

SGLT2 - Transportador de Sódio-Glicose de Tipo 2

SIADAP - Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho na Administração Pública

SOS - Save Our Souls

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

### Abreviaturas:

(Na/K) - equilíbrio entre sódio e potássio

€/dia - euros por dia

°C - graus Celsius

µm - micrómetro

Aβ - A beta

Aδ - A Delta

cm - centímetros

comp - comprimido

et al. - e outros

g - gramas

g/kg/dia - gramas por quilograma por dia

kcal/dia - quilocalorias por dia

kcal/kg - quilocalorias por quilograma

kg - quilograma

kg/m<sup>2</sup> - quilogramas por metro quadrado

m/s - metros por segundo

mg - miligramas

mg/dia - miligramas por dia

mg/dl - miligramas por decilitro

mmHg - milímetros de mercúrio

p. - página

## ÍNDICE

FRASE OU PENSAMENTO .....	3
AGRADECIMENTO .....	5
RESUMO .....	7
ABSTRACT .....	9
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS .....	11
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS .....	15
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	17
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	23
3. PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM .....	39
3.1. Enquadramento teórico .....	39
3.2. Clientes .....	76
3.3. Medicação .....	77
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	77
3.4. Domínios .....	83
3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	84
3.5. Conceção de Cuidados .....	89
3.6. Especificação das intervenções .....	98
3.7. Síntese relativa ao caso .....	100
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	109
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	135
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	139
ANEXOS .....	157



## ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

### Índice e Lista de Quadros:

Quadro 1 - Níveis de cuidados da Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos.....	28
Quadro 2 - Recursos Humanos recomendados nas Unidade de Cuidados Continuados Integrados para 30 camas – fonte: (Portaria n.º 50/2017, 2017).....	35
Quadro 3 - Classificação da IC pela NYHA retirado da Sociedade Europeia de Cardiologia (2021).....	59
Quadro 4 - Classificação da insuficiência cardíaca pela alteração estrutural - adaptado da Sociedade Europeia de Cardiologia (2021).....	60
Quadro 5 - Prescrição de exercícios para clientes com insuficiência cardíaca (Pelliccia et al., 2021).....	64

### Índice e Lista de Figuras:

Figura 1 - Domínios identificados e as suas relações.....	89
---	----



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A evolução da epidemiologia reflete-se no aumento da longevidade e na maior prevalência de multimorbilidade, resultando numa crescente complexidade das necessidades de saúde. Este cenário exige uma abordagem integrada e centrada na pessoa, tanto a nível individual como coletivo, implicando uma redistribuição estratégica dos recursos (Campos, 2017; Organização Mundial de Saúde, 2024a). Em Portugal, uma parte da população que beneficia de uma maior longevidade apresenta, simultaneamente, múltiplas doenças crónicas, fenómeno que conduz a um aumento da utilização dos serviços de saúde e dos serviços sociais (Belo et al., 2021).

A nível global, as doenças crónicas são definidas como condições de longa duração, geralmente um ou mais anos, que requerem um acompanhamento médico contínuo ou restringem significativamente as atividades de vida diárias dos indivíduos (Centers for Disease Control and Prevention, 2024). Em Portugal, a prestação de cuidados à pessoa em situação crónica reflete-se no aumento do número de clientes que recorrem aos serviços de urgência, os quais, contudo, continuam a centrar-se numa abordagem fragmentada da doença, frequentemente de carácter agudo (Campos, 2017).

Com o aumento significativo da prevalência de doenças crónicas e com os avanços nos cuidados de saúde, a prestação de cuidados a pessoas em situação crónica assume uma importância crescente, exigindo um elevado rigor técnico e científico. Desta forma, torna-se fundamental aprofundar os conhecimentos, desenvolver competências especializadas e consolidar atitudes e valores que sustentem uma intervenção qualificada e diferenciada. Embora o processo de aprendizagem tenha envolvido diversas áreas, o presente relatório centra-se no tema "A Pessoa com Dor Crónica", enquadrando-se no desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista. A escolha desta temática assenta em múltiplos fatores de ordem pessoal e profissional, identificados ao longo da prática clínica, particularmente no contexto da Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

No Plano Nacional de Saúde 2021-2030, a dor crónica é reconhecida como um problema de saúde relevante e em crescimento, devido ao seu impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos (Direção-Geral da Saúde, 2022). Trata-se de uma condição complexa, caracterizada pela persistência da dor e pelas suas consequências negativas na funcionalidade, bem como nas dimensões emocional e social dos clientes (Hylands-White et al., 2017; Jameson et al., 2022). A dor crónica define-se como uma experiência dolorosa contínua ou recorrente, com duração superior a três a seis meses, prolongando-se para além do período fisiológico de cura previsto. Distintamente da dor aguda, que desempenha um papel essencial como mecanismo de alerta

do organismo, a dor crónica não possui uma função protetora, sendo sobretudo reconhecida pelo impacto adverso na qualidade de vida dos indivíduos que dela padecem (Ciaramella, 2019).

Um estudo recente, publicado na revista *Psychological Bulletin*, analisou dados do *National Health Interview Survey*, um inquérito nacional realizado anualmente nos Estados Unidos da América, e evidenciou um aumento na prevalência da dor crónica entre a população adulta, desde 2019. A incidência desta condição aumentou de 21% para 24%, correspondendo a um acréscimo de aproximadamente 10 milhões de pessoas afetadas. Os dados indicam que, enquanto as taxas de dor crónica permaneceram estáveis entre 2019 e 2021, registou-se um aumento significativo em 2023, ano em que cerca de 60 milhões de adultos nos Estados Unidos viviam com esta patologia, dos quais 21 milhões apresentavam dor crónica de alto impacto, caracterizada por limitações severas nas atividades diárias. O aumento da prevalência foi observado em diversas regiões anatómicas, incluindo a região dorsal, a cabeça, os ombros, o abdómen e as articulações, com exceção da odontalgia e da mandibulalgia. Estes resultados sugerem a influência de múltiplos fatores biomédicos e psicossociais, agravados pelos efeitos da pandemia de COVID-19, reforçando a necessidade de estratégias multidisciplinares eficazes para a prevenção e para a gestão da dor crónica (Zajacova et al., 2025).

A dor crónica representa um problema de saúde pública significativo, com impacto substancial na qualidade de vida e na funcionalidade dos indivíduos. Um estudo realizado em Portugal entre junho de 2017 e março de 2018, por Antunes et al. (2021), analisou uma amostra de 8.445 pessoas com idade igual ou superior a 25 anos, identificando 578 casos de dor crónica. Os resultados evidenciaram que 66,8% dos participantes relataram dificuldades na mobilidade e na realização das atividades de vida diária, sendo que 12% referiram incapacidade para realizar tarefas essenciais como a higiene pessoal e o ato de vestir-se. Adicionalmente, verificou-se que as regiões mais afetadas incluem a cervical, a região lombar e os membros inferiores, com uma mediana de intensidade máxima de dor classificada como sete numa escala de um a dez. Estes dados reforçam a necessidade de uma abordagem integrada para a gestão e para a autogestão da dor crónica, dado o seu impacto expressivo na autonomia e no bem-estar dos indivíduos (Antunes et al., 2021).

A gestão da dor pode ser realizada tanto pelos profissionais de saúde como pela própria pessoa. Segundo LeFort e McGillion (2021), a autogestão constitui a fase inicial do tratamento da dor. No entanto, os mesmos autores referem que muitos indivíduos não possuem a preparação adequada para desempenhar esta função, o que compromete a adoção de estratégias preventivas, a identificação de sinais de alerta e a procura de assistência especializada. Para colmatar estas dificuldades, é fundamental capacitar a pessoa, reforçando a sua capacidade de tomar decisões informadas e traduzi-las em ações concretas. Para além disso, o desenvolvimento da autonomia na gestão da própria saúde contribui para um maior envolvimento nos cuidados e para uma melhor adesão às estratégias terapêuticas (Pekonen et al., 2020).

À medida que a dor crónica impacta a qualidade de vida, o autocuidado desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e no bem-estar das pessoas afetadas por esta condição. A Organização Mundial da Saúde (2022) define o autocuidado como um conjunto de atividades que os indivíduos realizam por si mesmos, em colaboração com a família e com a comunidade, com o objetivo de estabelecer e de manter a sua saúde, de prevenir doenças e de promover o seu bem-estar. Esta definição abrange tanto ações individuais como práticas coletivas, incluindo a promoção da saúde, a prevenção e o controlo de doenças, a autoadministração de medicação, bem como a procura de cuidados de saúde primários, de cuidados especializados e de serviços de reabilitação (Organização Mundial da Saúde, 2022). Orem sublinha que o autocuidado é uma competência adquirida e desenvolvida ao longo da vida, influenciada por diversos fatores, como o desenvolvimento pessoal, as experiências vividas, o contexto cultural e as condições de vida. Esta abordagem teórica destaca a importância do autocuidado como um elemento essencial para a promoção da saúde e a prevenção de doenças (Orem, 1993).

O enfermeiro especialista desempenha um papel crucial no cuidado à pessoa e à sua família / aos seus cuidadores ao longo do percurso da doença crónica, assegurando um acompanhamento contínuo e ajustado às suas necessidades. Paralelamente, maximiza o ambiente terapêutico através de uma abordagem integrada e colaborativa, promovendo a adaptação à doença e a melhoria da qualidade de vida, sempre em estreita articulação com a pessoa e com a sua rede de apoio (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Face ao exposto, os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crónica são contínuos, podendo

“(…) ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19368).

É a partir desta base que emergem as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, destacando-se as seguintes:

- Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;
- Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19360).

Com o objetivo de promover o desenvolvimento das competências mencionadas, a Ordem dos Enfermeiros considera que a realização do estágio de natureza profissional é um requisito imprescindível na transição para a função de enfermeiro especialista. Para além disso, a Ordem dos Enfermeiros reconhece o relatório final de estágio como uma ferramenta fundamental na avaliação do processo de aprendizagem e na aquisição de conhecimentos, uma vez que

possibilita uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada sobre todo o percurso realizado (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Deste modo, o presente relatório insere-se na unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II”, integrada no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O estágio de natureza profissional decorreu em dois contextos distintos: o primeiro, numa Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos, localizada no norte de Portugal, e o segundo, numa Unidade de Cuidados Continuados (UCC), situada na mesma região geográfica.

Com base na problemática anteriormente referida e nas competências a desenvolver, conforme preconizado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, particularmente na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018), foi definido como objetivo geral o desenvolvimento de competências especializadas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, no âmbito do cuidado à pessoa com dor crónica. Em consonância com este objetivo geral, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa com dor crónica;
- Desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa com dor crónica no âmbito do autocontrolo da dor;
- Desenvolver competências de intervenção especializada dirigida à pessoa com dor crónica;
- Desenvolver competências de intervenção na área da prevenção, intervenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) e de resistência aos antimicrobianos;
- Desenvolver competências de intervenção na área da gestão e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Para a concretização dos objetivos específicos, foram delineadas e implementadas diversas atividades. Entre estas, destaca-se a conceção de vários processos de tomada de decisão em enfermagem direcionados à pessoa em situação crónica, utilizando a plataforma “*e4nursing*”, em cada momento de estágio de natureza profissional. Considerando a abrangência dos processos de tomada de decisão desenvolvidos, optou-se por integrar neste relatório apenas um destes, dado o seu contributo significativo para o cumprimento dos objetivos traçados e para o desenvolvimento de competências. Outra atividade desenvolvida consistiu na realização de uma *scoping review*, com o propósito de mapear os conceitos focados na dor crónica no adulto, considerando a avaliação deste fenómeno e a intervenção sobre ele, sob a perspetiva da tomada de decisão em Enfermagem. Dada a complexidade e a dispersão da literatura existente sobre o tema, a utilização deste método revelou-se particularmente útil, permitindo explorar a extensão do conhecimento disponível, mapear e sistematizar a informação (Peters et al., 2020).

Este relatório está organizado em três partes fundamentais. A primeira parte é dedicada à caracterização dos contextos clínicos onde foram realizados os estágios de natureza profissional. Na segunda parte, é apresentado o processo de tomada de decisão em enfermagem referente a um caso clínico, desenvolvido através da plataforma “e4Nursing”, que apresenta, no seu *backend*, a Ontologia de Enfermagem. Por fim, a terceira parte consiste na reflexão crítica sobre os contributos deste percurso para o desenvolvimento de competências.

A elaboração deste documento seguiu as orientações institucionais da ESEP para a realização de trabalhos científicos, adotando as normas da *American Psychological Association*, 7.ª edição, para a orientação das citações e referências bibliográficas. Importa ainda salientar que, ao longo dos estágios de natureza profissional e na redação deste relatório, foram escrupulosamente respeitados os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática de enfermagem. Neste sentido, foi cumprido o Código Deontológico dos Enfermeiros, assegurando a confidencialidade e o sigilo das informações. Assim, por razões éticas, não são identificadas as instituições, os clientes ou os profissionais de saúde envolvidos neste processo de aprendizagem.



## 2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, encontram-se estruturadas as unidades curriculares “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo I” e “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, as quais estão inseridas no segundo semestre do primeiro ano e no primeiro semestre do segundo ano do curso, respetivamente. A componente prática do curso é composta pela realização de dois módulos de estágio, de carácter profissional, que incluem a elaboração de um relatório crítico e reflexivo. Estes estágios foram desenvolvidos em dois contextos distintos: o primeiro, numa Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos, localizada no norte de Portugal, e, o segundo, numa UCC, situada na mesma região geográfica.

A caracterização dos contextos clínicos constitui um componente essencial para a análise estruturada e sistemática dos ambientes de prática clínica em que ocorreu a prestação de cuidados de saúde. Este capítulo destina-se a descrever as principais características estruturais, funcionais e organizacionais dos contextos clínicos em questão. A análise dos contextos clínicos é crucial para compreender as interações entre os sistemas de saúde, os profissionais e os clientes, bem como os fatores organizacionais, logísticos e operacionais que influenciam a prestação de cuidados.

### 2.1. Contexto de comunidade: Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos

O estágio de natureza profissional, realizado em contexto comunitário, desenvolveu-se ao longo de dois períodos temporais distintos: de 15 de abril de 2024 a 17 de maio de 2024, e de 17 de setembro de 2024 a 8 de novembro de 2024. Este estágio de natureza profissional foi concretizado numa equipa especializada no acompanhamento de doentes crónicos complexos, situada na região norte de Portugal.

Em outubro de 2016, uma Unidade Local de Saúde do Norte implementou a Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos, uma iniciativa inovadora no contexto do sistema de saúde português. Este projeto foi desenvolvido com o objetivo de explorar e de aplicar a experiência consolidada da Unidade Local de Saúde na integração de cuidados, direcionando-a para um subgrupo populacional particularmente vulnerável: idosos polimedicados, portadores de múltiplas patologias crónicas e utilizadores frequentes dos serviços de urgência.

A Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos assenta em três eixos estruturantes: a gestão de caso, enquanto abordagem metodológica para a coordenação contínua dos cuidados; a elaboração e a operacionalização de um Plano Individual de Cuidados, adaptado às necessidades específicas de cada indivíduo; e a integração de um médico internista na

comunidade, promovendo uma interface direta entre os cuidados primários e os cuidados especializados. O objetivo central desta estrutura consiste em proporcionar um acompanhamento de proximidade, alicerçado numa coordenação eficiente e numa abordagem interdisciplinar, visando a otimização dos resultados clínicos, a redução da utilização desnecessária dos serviços de urgência e a mitigação do risco de perda funcional e de autonomia.

A crescente complexidade dos fenómenos populacionais requer um aprofundamento do conhecimento, tanto a nível individual como coletivo, por parte de todos os profissionais. Este cenário destaca a necessidade de uma abordagem transdisciplinar, essencial para assegurar que a gestão de caso seja orientada para a singularidade de cada indivíduo (Fink-Samnack, 2019). A *Commission for Case Manager Certification* define a gestão de caso como um processo estruturado e colaborativo, caracterizado pela avaliação sistemática, pelo planeamento estratégico, pela implementação organizada, pela coordenação integrada, pela monitorização contínua e pela reavaliação crítica das opções e dos serviços necessários para atender às necessidades específicas de saúde de cada indivíduo. Este processo baseia-se na utilização otimizada de recursos disponíveis e na aplicação de estratégias de comunicação eficazes, com o objetivo de maximizar os resultados em saúde e promover a eficácia das intervenções (Commission for Case Manager Certification, 2021).

A gestão de caso pode ser desempenhada por diversos profissionais de saúde. No entanto, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico recomenda que esta função seja atribuída aos enfermeiros, reconhecendo o seu papel central na prestação de cuidados de saúde (Organização para a cooperação e desenvolvimento económico, 2017). Nesta linha, Askerud e Conder (2017), através de uma meta-análise, demonstraram que a gestão de caso conduzida por enfermeiros não só promove um elevado nível de confiança, como também fortalece a capacidade do cliente para a autogestão da sua condição clínica, especialmente em situações de doença crónica.

O gestor de caso deve possuir um perfil profissional que integre competências clínicas e de gestão, aliadas a aptidões relacionais e à capacidade de mediação de conflitos. O seu papel não se limita à avaliação clínica de doentes crónicos complexos, mas exige também habilidades de negociação e de aptidão para estabelecer relações de confiança. A principal responsabilidade deste profissional consiste em assegurar uma atuação coordenada e integrada entre os serviços e os diversos profissionais de saúde, promovendo a continuidade e a eficácia dos cuidados prestados (David et al., 2020). A função de gestor de caso deve ser desempenhada por enfermeiros especialistas com elevada competência clínica em enfermagem. Estes profissionais devem integrar, de forma estruturada e sustentada na evidência científica, a prática de enfermagem na gestão de caso, privilegiando intervenções que promovam resultados positivos na adaptação da pessoa à sua condição de saúde e na autogestão da sua situação clínica (Cruchinho, 2021).

O projeto de Acompanhamento a Doentes Crónicos iniciou-se com a integração de um enfermeiro a tempo inteiro numa Unidade de Cuidados na Comunidade, em articulação com um médico internista alocado em regime parcial, com uma carga horária de seis horas semanais. A natureza inovadora da iniciativa exigiu um desenvolvimento dinâmico, caracterizado pela realização de ajustes e de correções progressivas nos processos de trabalho, de forma a garantir a sua eficácia e a sua adequação às necessidades identificadas. Em março de 2017, o projeto foi expandido para mais uma Unidade de Cuidados na Comunidade, o que implicou a incorporação de um segundo enfermeiro e a extensão do tempo de trabalho do médico internista para 24 horas semanais. Este incremento na capacidade operacional permitiu conferir maior solidez estrutural à Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos, promovendo, simultaneamente, a consolidação da experiência técnica e do método de trabalho utilizado pela mesma.

Em 2019, foi realizada uma nova expansão, com a admissão de dois enfermeiros e a integração de novas Unidades de Cuidados na Comunidade. A expansão de 2019 também possibilitou o fortalecimento da Equipa Intra-hospitalar, através da contratação de um enfermeiro cuja função principal foi estabelecer a articulação funcional entre os Gestores de Caso na comunidade e no hospital. Este profissional desempenhou, ainda, um papel fundamental no apoio à consulta aberta da equipa, contribuindo, de forma significativa, para o aumento do número de clientes integrados na Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos. Em março de 2021, um segundo médico internista foi incorporado na equipa, com uma carga horária de 22 horas semanais. Este reforço visou otimizar o suporte clínico e colaborar com a recém-criada Unidade de Hospitalização Domiciliária, promovendo a partilha eficiente de recursos humanos e de materiais entre ambas as estruturas. Em outubro de 2021, foi integrado um novo elemento na equipa de enfermagem, o que permitiu aumentar a capacidade de gestão de clientes classificados no Nível II de cuidados, reforçando, assim, a capacidade de resposta da Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos.

Atualmente, a equipa é constituída por seis enfermeiros e dois médicos. De entre os enfermeiros, dois são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um é especialista em Enfermagem Comunitária e os restantes são enfermeiros generalistas. Os dois médicos são especialistas em Medicina Interna. A equipa conta, também, com o suporte de uma nutricionista, que, embora não faça parte integrante da equipa, colabora nos cuidados necessários. Adicionalmente, os enfermeiros gestores de caso asseguram a articulação dos cuidados com instituições de apoio social sempre que as necessidades dos clientes o exigem, garantindo uma abordagem integrada e personalizada no acompanhamento dos mesmos.

Os critérios de elegibilidade referentes aos clientes abrangidos pela Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos foram definidos com base em parâmetros clínicos e demográficos rigorosos, permitindo a identificação de uma população-alvo de elevada vulnerabilidade. Estes critérios incluem: idade igual ou superior a 75 anos; registo de, pelo

menos, três internamentos hospitalares nos 12 meses precedentes; existência de, no mínimo, cinco episódios de utilização dos serviços de urgência no mesmo período; prescrição de seis ou mais fármacos; e diagnóstico de, pelo menos, três das seguintes patologias crónicas: insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, doença hepática crónica, diabetes mellitus, neoplasia ativa, doença cerebrovascular e doença renal crónica (JustNews, 2023).

Atualmente, a Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos acompanha, de forma estruturada e contínua, um total de 275 clientes. A referenciação dos clientes elegíveis para a integração na Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos é realizada de forma sistemática através de diferentes pontos de contacto no sistema de saúde. Estes incluem os serviços de internamento hospitalar, as consultas externas de especialidade e as consultas realizadas nas Unidades de Saúde Familiar pertencentes à Unidade Local de Saúde à qual a equipa pertence. Este processo assegura uma abordagem integrada que visa a identificação precoce de clientes com características compatíveis com os critérios de elegibilidade previamente definidos.

O processo de admissão do cliente na Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos é conduzido de forma rigorosa e protocolada pelos dois principais elementos da equipa: o enfermeiro gestor de caso e o médico internista. Numa primeira instância, procede-se à apresentação formal do projeto ao cliente, durante a qual são fornecidos materiais essenciais para a integração no programa, incluindo os contactos telefónicos da equipa, um guia de acolhimento, folhas para o registo de autovigilâncias e uma declaração de compromisso que formaliza a adesão ao projeto. O processo de avaliação inicial integra a aplicação de um conjunto robusto de instrumentos validados, destinados a caracterizar, de forma abrangente, o estado funcional, psicológico, social e nutricional do cliente. As ferramentas utilizadas incluem: o Índice de *Barthel* para avaliação da autonomia nas atividades básicas de vida diária, a Escala de *Lawton-Brody*, para a análise da dependência em atividades de vida diária, a escala de Autoperceção sobre a Saúde, a Escala de Depressão Geriátrica, a Medida de Adesão aos Tratamentos, o Questionário de Qualidade de Vida *WHOQOL-BREF*, o Inventário da Capacidade Funcional face ao Regime Medicamentoso, o Inventário de Razões para a Não Adesão ao Regime Medicamentoso Prescrito, e o *Mini Nutritional Assessment*, que permite uma análise detalhada do estado nutricional. Estes instrumentos, reconhecidos pela sua validade científica, proporcionam uma avaliação multidimensional que fundamenta a elaboração do Plano Individual de Cuidados, ajustado às especificidades clínicas, funcionais e psicossociais de cada cliente. Para além da avaliação inicial, é realizada uma reconciliação medicamentosa, garantindo a identificação e a resolução de potenciais discrepâncias no regime terapêutico, bem como a otimização do uso de fármacos, de acordo com as necessidades clínicas do cliente.

O modelo de atuação da Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos prevê a estratificação dos cuidados em níveis diferenciados, fundamentada nas necessidades clínicas, funcionais e sociais dos clientes, bem como nos critérios de admissão. No Nível I de cuidados encontram-se os clientes que, devido à gravidade e à complexidade das complicações associadas às suas

condições de saúde, apresentam limitações significativas na autogestão do regime terapêutico e requerem intervenções intensivas. Estes indivíduos são alvo de uma abordagem altamente individualizada e de proximidade, com o objetivo de otimizar o acompanhamento clínico, de reduzir a progressão das complicações e de mitigar o risco de descompensação das condições subjacentes.

No Nível I, são incluídos os clientes que apresentem, pelo menos, um dos seguintes critérios: cumprimento de menos de 75% dos objetivos definidos no Plano Individual de Cuidados, dificuldades na gestão e na autogestão do regime medicamentoso, ou registo de um número de episódios de urgência e/ou internamentos equivalente ou superior ao verificado no período anterior à sua admissão, em contexto de agudização das suas doenças crónicas. Neste nível, é disponibilizado um acompanhamento programado pela medicina interna, com a possibilidade de realização de visitas domiciliárias, de gestão de caso presencial ou telefónica, de consultas abertas e fornecimento dos contactos da equipa. No nível II, encontram-se os clientes que satisfazem os seguintes critérios: cumprimento de, pelo menos, 75% dos objetivos estabelecidos no Plano Individual de Cuidados, gestão e autogestão do regime medicamentoso estabilizada, capacidade para contactar o gestor de caso em situações de agudização das suas condições, registo de um número igual ou inferior de episódios de urgência e/ou internamentos relacionados com a descompensação das suas doenças crónicas, em comparação com o período prévio à admissão na equipa, e que possuam um cuidador ou sejam autónomos na prestação de cuidados, nas atividades de vida diárias e no registo de parâmetros fisiológicos. Em termos de serviços prestados, os clientes beneficiam de acompanhamento programado por medicina interna, incluindo visitas domiciliárias quando necessário, consulta aberta e, se for o caso, gestão de caso telefónica e acesso aos contactos da equipa. Em comparação com o nível anterior, deixa de ser realizada uma gestão de caso presencial. No Nível III, permanecem os clientes que estão na equipa há mais de 12 meses e que atendem aos seguintes critérios: cumprimento, no mínimo, de 75% dos objetivos definidos no Plano Individual de Cuidados e gestão e autogestão do regime terapêutico sem compromissos. A partir deste nível, os clientes deixam de ser acompanhados através de gestão de caso telefónica realizada pelo enfermeiro. Ao avançar para o Nível IV, os clientes passam a ser monitorizados pela Equipa de Saúde Familiar, em conjunto com o médico internista da equipa, sendo realizadas discussões clínicas detalhadas sobre cada caso.

Em síntese, a prestação de cuidados é estruturada em quatro níveis progressivos, tal como apresentado no Quadro 1. A progressão entre os níveis é determinada pela evolução clínica e funcional do cliente, com início no Nível I, reservado a situações de maior complexidade e necessidade de acompanhamento intensivo, até ao Nível IV, que reflete maior estabilidade e autonomia. Este modelo dinâmico de estratificação permite uma adaptação contínua e personalizada da intervenção, promovendo a eficiência e a eficácia dos cuidados prestados.

**Quadro 1 - Níveis de cuidados da Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónico**

NÍVEIS DE CUIDADOS			
Nível	Recursos Humanos	Rácio	Serviços
I	- Médico Internista; - Gestor de Caso (enfermeiro);	35 clientes por Gestor de Caso	- Acompanhamento programado por Medicina Interna; - Gestão de Caso presencial; - Gestão de Caso telefónica; - Consulta Aberta disponível.
II	- Médico Internista; - Gestor de Caso (enfermeiro);	50 clientes por Gestor de Caso	- Acompanhamento programado por Medicina Interna (domicílios inclusive); - Consulta Aberta disponível; - Gestão de Caso Telefónica pelo Gestor de caso.
III	- Médico Internista;	25 clientes por Médico Internista	- Acompanhamento programado por Medicina Interna (domicílios inclusive); - Consulta Aberta disponível.
IV	- Equipa de Saúde Familiar - Médico Internista;	Sem limite	- Acompanhamento pela Equipa de Saúde Familiar; - Discussão do cliente em reunião entre Equipa de Saúde Familiar e a Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos; - Consulta Aberta disponível.

A avaliação sistemática, a monitorização contínua e a análise crítica dos cuidados de saúde constituem componentes indispensáveis para o alcance do sucesso em qualquer organização de saúde. Na área da enfermagem, a abordagem centrada no cliente e na família promove uma aliança colaborativa entre as partes, facilitando a troca de conhecimentos e experiências no planeamento de cuidados e contribuindo para a obtenção de resultados mensuráveis que beneficiem, simultaneamente, os indivíduos atendidos e as instituições de saúde (Delaney, 2018). Para avaliar de forma objetiva os resultados gerados pela equipa, são utilizados indicadores de desempenho específicos relacionados com a utilização de serviços de saúde por parte dos clientes, tais como: o número de episódios de urgência por ano, o número de internamentos no ano, o número de dias de internamentos por ano, o número de consultas de especialidades médicas por ano e o número de consultas presenciais com médico de família por ano.

Desde o início do projeto até janeiro de 2018, foram obtidos resultados muito positivos, com uma redução de 55,6% no número de episódios de urgência, em comparação com o período correspondente do ano anterior, ou uma diminuição de 63% quando considerado o período imediatamente anterior à integração no programa. Adicionalmente, observou-se uma redução de 42,3% no número de episódios de internamento, em comparação com o mesmo intervalo temporal do ano anterior, ou uma diminuição de 65,4% quando considerado o período imediatamente anterior à adesão ao programa (Unidade Local de Saúde de Matosinhos, 2018). Após um ano de integração na equipa, 74,5% dos clientes reportaram uma melhoria na sua qualidade de vida (JustNews, 2023).

A formação em serviço acontece em simultâneo com a prática profissional, estando relacionada

com a resolução de desafios nas diferentes unidades e/ou serviços. Este tipo de formação é um dos principais fatores para o desenvolvimento e para o aperfeiçoamento de competências no contexto laboral, gerando novos conhecimentos em enfermagem, que respondem às constantes mudanças e exigências (Dias, 2004; Regulamento n.º 656/2021, 2021). A Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos considera a formação em serviço um instrumento de melhoria contínua, focado no desenvolvimento das competências dos seus elementos, e, por isso, promove a criação de planos anuais de formação. O plano de formação para o ano de 2024 abrangeu diversas sessões, distribuídas pelos diferentes profissionais da equipa multidisciplinar. Entre as temáticas abordadas nas sessões de formação, destacaram-se: Gestão da Medicação Crónica no Doente Crónico Complexo, Atualização sobre Doenças Respiratórias - Novos Fármacos e Dispositivos Inalatórios, Reconciliação Terapêutica, Perfis de Autocuidado, Recursos Assistenciais na Comunidade, Atualização em Diabetes Mellitus - Novas Tecnologias e Insulinoterapia, entre outras.

A avaliação dos profissionais é realizada por meio do Sistema Integrado de Avaliação de Desempenho na Administração Pública (SIADAP), que tem como objetivo “(. . .) contribuir para a melhoria do desempenho e da qualidade dos serviços prestados pela Administração Pública, promover a coerência e a harmonia na ação dos serviços, dirigentes e demais trabalhadores, assim como fomentar a motivação profissional e o desenvolvimento das competências” (Lei n.º 66-B/2007, 2007, p. 5). De acordo com Carapeto & Fonseca (2014), o SIADAP deve ser compreendido como um sistema que transcende a mera aplicação de um método de avaliação de desempenho individual. Este sistema integra e articula diversas técnicas de organização de atividades, as quais são orientadas pelos objetivos estratégicos da organização, sendo estruturadas em torno de um processo contínuo de monitorização e de avaliação, tanto ao nível individual como organizacional. O SIADAP visa, assim, o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados, bem como o desenvolvimento das competências dos colaboradores. Trata-se, portanto, de um sistema de avaliação que opera de forma integrada, abrangendo tanto a organização enquanto um todo, como os seus membros individuais, nomeadamente, dirigentes e trabalhadores, funcionando de maneira coerente, à medida que se mantém uma ligação estreita entre os objetivos estabelecidos e as práticas avaliativas (Carapeto & Fonseca, 2014).

O sistema de informação utilizado pela equipa para a documentação dos cuidados é o *SCLínico*<sup>®</sup> - Cuidados de Saúde Primários. Trata-se de uma plataforma evolutiva, desenvolvida pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, que resulta da experiência acumulada com duas aplicações anteriores amplamente utilizadas por profissionais de saúde: o Sistema de Apoio ao Médico e o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem. O *SCLínico*<sup>®</sup> - Cuidados de Saúde Primários foi concebido como uma solução integrada, centrada no cliente e destinada a uniformizar os processos de documentação clínica entre os diferentes prestadores de cuidados. Atualmente, está implementado em mais de 300 instituições e é utilizado por mais de 13 000 profissionais, incluindo médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde. Este sistema insere-se

na estratégia definida pelo Ministério da Saúde para a informatização clínica no Serviço Nacional de Saúde, promovendo a uniformização dos procedimentos de documentação clínica, com vista à normalização e à qualificação da informação em saúde (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2020).

O grupo de clientes-alvo da equipa é constituído, predominantemente, por indivíduos em fases caracterizadas pela multimorbilidade e pela fragilidade, enfrentando transições, maioritariamente relacionadas com processos de saúde-doença. Estas transições exigem o desenvolvimento de estratégias de *coping* por parte dos indivíduos (Meleis et al., 2000). Neste contexto, a Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos orienta a sua intervenção considerando as expectativas e as perceções dos indivíduos, os significados atribuídos às suas experiências, e o nível de conhecimento e de competência demonstrado na gestão e na autogestão do regime terapêutico.

## **2.2. Contexto Hospitalar: Unidade de Internamento de Cuidados Continuados**

O estágio de natureza profissional, realizado em contexto hospitalar, decorreu em dois períodos distintos: de 20 de maio a 22 de junho de 2024 e de 11 de novembro de 2024 a 17 de janeiro de 2025. Esta experiência teve lugar numa Unidade de Internamento de Cuidados Continuados, situada na região norte de Portugal, com a particularidade de que o segundo período de estágio de natureza profissional foi predominantemente realizado na Unidade de Convalescença.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) foi concebida em 6 de junho de 2006, em resposta a fatores demográficos e epidemiológicos determinantes, nomeadamente, a redução da mortalidade, o envelhecimento progressivo da população, decorrente do aumento da esperança média de vida, e a crescente prevalência de condições crónicas associadas a necessidades de cuidados prolongados e paliativos. Este sistema surge como uma estrutura integrada e coordenada destinada a assegurar a prestação de cuidados de saúde e o apoio social a indivíduos com dependência funcional e necessidades complexas (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006).

O modelo de gestão da RNCCI assenta numa estrutura organizacional baseada na descentralização e na contratualização de serviços, articulando-se em três níveis distintos de coordenação: central, regional e local (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009). A coordenação a nível central é regulamentada através de um despacho conjunto dos Ministérios do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e da Saúde, que define a constituição e as competências inerentes (Decreto Lei n.º 101/2006, 2006). Neste contexto, a gestão central da Rede é assegurada por uma Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI, constituída por representantes do Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, e do Ministério da Saúde, garantindo assim a articulação necessária para a implementação das políticas de cuidados continuados (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

O Despacho n.º 10450/2024 enfatiza a necessidade de reforçar e de dinamizar a atuação da Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI, tendo em vista as diretrizes estabelecidas no Programa do XXIV Governo Constitucional, que preconiza a criação de novas unidades de Cuidados Continuados Integrados de segunda geração. Estas unidades visam garantir uma cobertura homogénea em todo o território nacional, através da implementação de modelos inovadores de Parcerias Público-Sociais, bem como reforçar a articulação funcional entre as unidades da RNCCI e as instituições públicas de saúde (Despacho n.º 10450/2024, 2024).

Para concretizar tais objetivos, o referido despacho nomeia o Doutor Abel Avelino de Paiva e Silva para o cargo de coordenador da Comissão Nacional de Coordenação da RNCCI, em representação da área governativa da saúde. Adicionalmente, designa a licenciada Cristina Maria Ferreira Caetano, diretora da Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI dos Serviços Centrais do Instituto da Segurança Social, I.P., como coordenadora, em representação da área governativa do trabalho, da solidariedade e da segurança social (Despacho n.º 10450/2024, 2024).

A coordenação regional da RNCCI é operacionalizada por cinco Equipas Coordenadoras Regionais, formalmente constituídas por representantes das Administrações Regionais de Saúde das respetivas áreas geográficas: Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve, conforme preconizado pelo Decreto-Lei n.º 101/2006. Estas equipas têm como finalidade estratégica assegurar a articulação funcional entre os níveis de gestão nacional e local, promovendo uma abordagem integrada que inclui a gestão eficiente, o planeamento estruturado, o acompanhamento operacional, a monitorização contínua e a avaliação rigorosa das atividades desenvolvidas pela RNCCI (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006; Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

No plano local, a coordenação é atribuída às Equipas Coordenadoras Locais, concebidas, em regra, a partir de uma lógica concelhia. Estas equipas integram representantes das Administrações Regionais de Saúde e da Segurança Social, sendo obrigatória a presença de profissionais com competências específicas, nomeadamente um médico, um enfermeiro e um assistente social. Adicionalmente, a composição pode incluir, de forma facultativa, um representante da autarquia local, promovendo, assim, uma maior proximidade à realidade comunitária e um reforço da resposta integrada às necessidades dos clientes (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006; Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

A Unidade de Internamento de Cuidados Continuados, integrada num hospital privado situado na região norte de Portugal e pertencente à RNCCI, desempenha um papel fundamental na resposta às exigências de uma população caracterizada por elevada vulnerabilidade e dependência, resultantes de condições clínicas agudas ou crónicas. A UCC é composta por diversas tipologias assistenciais, nomeadamente a Unidade de Longa Duração e Manutenção,

estabelecida desde 2014, a Unidade de Média Duração e Reabilitação, com início de atividade em 2016, e a Unidade de Convalescença, que foi implementada em setembro de 2021. A estrutura total da UCC engloba 100 camas, distribuídas conforme as especificidades de cada unidade: 40 camas para a Unidade de Longa Duração e Manutenção, 40 camas para a Unidade de Média Duração e Reabilitação e 20 camas para a Unidade de Convalescença.

A Unidade de Longa Duração e Manutenção tem como principal finalidade a prestação de cuidados que visam a prevenção / o retardamento da progressão da dependência funcional, promovendo, simultaneamente, o conforto e a qualidade de vida dos clientes. O período de internamento nesta unidade pode exceder os 90 dias consecutivos. Adicionalmente, a Unidade de Longa Duração e Manutenção pode proporcionar internamentos de duração inferior a 90 dias, em situações temporárias relacionadas com dificuldades no apoio familiar, ou para permitir o descanso do cuidador principal, sendo esta modalidade limitada a 90 dias por ano (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

Os objetivos centrais da Unidade de Longa Duração e Manutenção envolvem a implementação de atividades de manutenção e de estimulação, bem como a realização de cuidados de enfermagem diários, o acompanhamento médico, a administração e a prescrição de terapêutica, o apoio psicossocial, a dinamização de atividades socioculturais, e a garantia de cuidados de higiene, conforto e alimentação. Para além disso, são realizados cuidados de fisioterapia e terapia ocupacional, monitorização periódica por um profissional de saúde e assistência nas atividades de vida diária (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024). Os critérios de admissão na Unidade de Longa Duração e Manutenção são aplicáveis a clientes que necessitem de cuidados médicos e de enfermagem, incluindo aqueles com patologias agudas ou crónicas estabilizadas, que apresentem défice funcional nas atividades de vida diária. São também admitidos clientes com síndromes como depressão, confusão mental, desnutrição, disfunções na deglutição, alterações sensoriais ou dificuldades na locomoção em termos de eficiência e de segurança (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

A Unidade de Média Duração e Reabilitação constitui-se como uma valência essencial para a estabilização clínica, para a avaliação multidimensional e para a reabilitação integral de indivíduos que padecem de condições clínicas previamente identificadas. Este tipo de unidade possibilita períodos de internamento com uma duração previsível superior a 30 dias e inferior a 90 dias consecutivos por cada admissão, garantindo uma abordagem intensiva e orientada para a recuperação funcional (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024). A Unidade de Média Duração e Reabilitação é especialmente dirigida para a prestação de

cuidados de saúde especializados, de reabilitação física e de apoio psicossocial, focando-se em condições clínicas decorrentes de processos patológicos crónicos em fase de recuperação (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

Os objetivos desta unidade incluem a prestação de cuidados dirigidos a clientes com perda transitória de autonomia, mas com potencial para recuperação, proporcionando cuidados médicos diários, cuidados de enfermagem, cuidados de reabilitação, terapia ocupacional e apoio psicossocial contínuo. Paralelamente, são asseguradas condições de higiene, conforto e alimentação adequadas, para além de atividades de lazer e de convívio que promovam o bem-estar global dos clientes (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024). Os critérios de admissão na Unidade de Média Duração e Reabilitação são rigorosamente definidos e abrangem clientes que requerem cuidados médicos diários e cuidados de enfermagem contínuos com enfoque na reabilitação intensiva e em medidas preventivas ou tratamentos para úlceras por pressão. Para além disso, são elegíveis indivíduos que necessitam de suporte respiratório, incluindo oxigenoterapia, aspiração de secreções ou ventilação não invasiva, bem como aqueles que exigem intervenções específicas relacionadas com o tratamento e com a manutenção do sistema gastrointestinal (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

A Unidade de Convalescença tem como propósito fundamental a recuperação funcional, a avaliação abrangente e a reabilitação integral de indivíduos com perda transitória de autonomia, desde que apresentem um potencial evidente de recuperação e não exijam cuidados hospitalares em regime agudo. O período de internamento permitido na Unidade de Convalescença pode estender-se até 30 dias consecutivos por cada admissão (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

Esta tipologia assegura cuidados médicos especializados, cuidados de enfermagem, fisioterapia, e acesso a exames complementares de diagnóstico, laboratoriais e radiológicos. Paralelamente, são providenciados: apoio psicossocial, prescrição e administração de terapêutica farmacológica, cuidados de higiene, conforto e alimentação, para além de atividades que promovem o convívio e o lazer, com vista à otimização do bem-estar global dos clientes (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024). Os critérios de referenciação específicos para a admissão incluem situações de dependência recente, decorrentes de episódios agudos, passíveis de melhoria clínica. São também considerados elegíveis os clientes que necessitam de cuidados médicos e de cuidados de enfermagem (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Unidade de Gestão e

Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

Conforme indicado pela Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011), o processo de referenciação para a RNCCI pode ser desencadeado por dois mecanismos distintos. No caso de o cliente estar internado num hospital integrado no Serviço Nacional de Saúde, a responsabilidade pela iniciação do processo recai sobre a equipa clínica do respetivo serviço. Em contrapartida, quando o cliente se encontra no domicílio ou hospitalizado numa instituição de saúde privada, é o enfermeiro de família a assumir a função de dar início ao processo.

A referenciação hospitalar é gerida pela equipa de gestão de altas do hospital, que assegura a coordenação entre os serviços hospitalares e os recursos externos necessários para a continuidade dos cuidados. Esta articulação é realizada de acordo com as necessidades específicas do cliente, incluindo o grau de dependência e as condições familiares. Após esta análise, a equipa de gestão de altas submete o pedido de admissão à equipa coordenadora local, que é responsável por avaliar a condição clínica e social do cliente, assim como verificar a conformidade com os critérios de referenciação predefinidos (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024). Por outro lado, a referenciação no contexto comunitário pode ser realizada por um elemento da equipa dos Cuidados de Saúde Primários. Neste cenário, o processo segue para a equipa coordenadora local, que conduz uma análise rigorosa e valida a referenciação, garantindo o cumprimento dos critérios de elegibilidade estabelecidos para as diversas tipologias de cuidados contempladas na rede (Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2024).

Para responder adequadamente às necessidades identificadas, as tipologias previamente mencionadas contam com uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes operacionais e terapeutas da fala. Destaca-se que a Unidade de Longa Duração e Manutenção e a Unidade de Média Duração e Reabilitação dispõem de uma equipa formada por 18 enfermeiros e 19 assistentes operacionais, enquanto a Unidade de Convalescença é constituída por nove enfermeiros e 11 assistentes operacionais. O Quadro 2 apresenta as dotações recomendadas para assegurar padrões elevados de qualidade na prestação de cuidados nas diferentes tipologias das Unidades de Cuidados Continuados (Portaria n.º 50/2017, 2017).

**Quadro 2 - Recursos Humanos recomendados nas Unidade de Cuidados Continuados Integrados para 30 camas - fonte: Portaria n.º 50/2017, 2017**

Perfil Profissional	Unidade de Convalescença	Unidade de Média Duração e Reabilitação	Unidade de Longa Duração e Manutenção	Unidade de Cuidados Paliativos	Frequência
	Horas semanais (c)				
Médico (inclui Médico Fisiatra)	40	30	20	20	Presença diária
Psicólogo	20	20	20	10	Presença ao longo da semana
Enfermeiro (inclui Coordenador e Enfermeiro de Reabilitação)	480	360	240	320	Presença permanente
Fisioterapeuta	80	80	20	10	Presença diária
Assistente Social	40	40	40	10	Presença ao longo da semana
Terapeuta da Fala	8	8	0	0	Presença ao longo da semana
Animador Sociocultural	20	20	40	0	Presença ao longo da semana
Nutricionista	5	5	4	4	Presença ao longo da semana
Terapeuta Ocupacional	40	40	20	0	Presença ao longo da semana
Pessoal Auxiliar	560	480	320	320	Presença permanente

As dotações seguras de enfermeiros, juntamente com o nível de qualificação e o perfil de competências exigido, constitui um elemento crucial para garantir padrões elevados de segurança e de qualidade nos cuidados de saúde prestados à população-alvo. Para alcançar este objetivo, é essencial a adoção de métodos e de critérios que possibilitem a adequação dos recursos humanos às necessidades reais de cuidados da população (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Ao analisar as dotações recomendadas pelo Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde, em confronto com a composição efetiva das equipas no local de estágio, constata-se uma discrepância entre as orientações normativas e as exigências reais dos clientes. Esta divergência é particularmente evidente face ao perfil dos clientes atendidos, caracterizado por elevadas taxas de dependência associadas à idade avançada e à coexistência de múltiplas comorbilidades. Tal cenário evidencia a insuficiência das dotações preconizadas para dar uma resposta adequada às necessidades complexas e multidimensionais desta população.

A RNCCI estabelece, como requisito para o funcionamento das unidades de internamento, a presença de um gestor de caso, que é descrito como o profissional "(...) responsável direto pelo acompanhamento do processo individual e garante da comunicação com os demais intervenientes na prestação de cuidados" (Portaria n.º 50/2017, 2017, p. 613). De acordo com a *Case Management Society of America* (2016), a gestão de casos constitui uma abordagem destinada a alcançar melhores resultados em saúde, nomeadamente, na promoção da autonomia do cliente e na capacitação para a autogestão de regimes terapêuticos complexos, com o intuito de melhorar a qualidade de vida do indivíduo e da sua família. Adicionalmente, a gestão de casos é definida como um processo colaborativo que envolve a avaliação, o planeamento, a facilitação, a coordenação de cuidados, a análise de opções e a orientação face

aos serviços disponíveis, com o objetivo de responder de forma abrangente às necessidades de saúde do indivíduo e da sua família (Case Management Society of America, 2016).

O Regulamento n.º 429/2018, que define o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, e a Portaria n.º 50/2017, que estabelece o regime jurídico aplicável ao enfermeiro gestor de caso, apresentam orientações convergentes no que concerne à prestação de cuidados individualizados e à promoção de um ambiente terapêutico facilitador da transição em saúde. Ambos os normativos enfatizam a importância da avaliação contínua e sistemática das necessidades da pessoa, bem como a articulação com a família ou com o cuidador principal, enquanto elementos centrais no planeamento e na implementação dos cuidados. Neste sentido, promovem a criação de um plano de cuidados centrado na pessoa, sustentado por uma intervenção clínica deliberada, orientada para a maximização da funcionalidade, da autonomia e da qualidade de vida. Assim, é possível afirmar que ambos os documentos partilham uma base comum, centrada na humanização e na continuidade dos cuidados.

O modelo de financiamento da RNCCI é delineado com base nas diferentes tipologias de unidades, conforme regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 101/2006, (2006). Nos casos de internamento em Unidades de Convalescência e em ECCI, os custos são integralmente suportados pelo Ministério da Saúde, não implicando encargos para o cliente. Para as restantes tipologias, o financiamento é partilhado entre os setores da saúde e da segurança social, sendo que a contribuição financeira do cliente está condicionada ao seu rendimento e ao dos membros do seu agregado familiar, conforme estipulado no referido Decreto-Lei n.º 101/2006 (2006). Com o objetivo de garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados de saúde, os valores praticados são sujeitos a uma revisão anual.

Com o objetivo de realizar uma análise comparativa entre o custo unitário das diferentes respostas assistenciais e o valor atribuído pelo Estado para o financiamento destas respostas, a Associação Nacional dos Cuidados Continuados, com base nos dados fornecidos, verificou que o montante disponibilizado pelo Estado é insuficiente para cobrir o custo diário por cliente assumido pelas instituições ao longo do ano. Tal disparidade revela-se de forma particularmente acentuada na Unidade de Longa Duração e Manutenção, com uma diferença negativa de 10,79 euros por dia (€/dia), seguida pela Unidade de Média Duração e Reabilitação com 6,67€/dia e, por fim, na Unidade de Convalescência com 4,35€/dia (Faculdade de Economia da Universidade do Porto, 2024).

O método de trabalho de enfermagem implementado nesta unidade baseia-se no método individual, recorrendo à figura do enfermeiro de referência. Este método, também designado por método de caso ou abordagem de atendimento integral ao cliente, assenta na premissa de que um único enfermeiro assume a responsabilidade integral pelo planeamento, pela execução e pela avaliação dos cuidados prestados a um ou mais clientes, de acordo com a carga de

trabalho e as necessidades individuais de cada cliente (Ventura et al., 2021). Desta forma, durante o exercício das suas funções, o enfermeiro assegura uma assistência contínua e não fragmentada, garantindo a prestação de cuidados holística e personalizada. A atribuição exclusiva da responsabilidade pelo processo assistencial a um único profissional favorece a continuidade e a qualidade dos cuidados, promovendo uma abordagem centrada no cliente e baseada na avaliação sistemática das suas necessidades clínicas e funcionais (Ventura et al., 2021).

O enfermeiro de referência desempenha um papel central na coordenação e na continuidade da prestação de cuidados de saúde, atuando como um elo fundamental entre o enfermeiro responsável pela assistência direta, a família do cliente, o médico e os demais profissionais da equipa multidisciplinar. A sua função estende-se para além da supervisão clínica, assumindo uma posição estratégica na comunicação e na articulação entre os diferentes intervenientes envolvidos no processo terapêutico e assistencial (Ventura et al., 2021).

No contexto desta unidade, o enfermeiro de referência tem como principal responsabilidade supervisionar, monitorizar e avaliar a qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem, garantindo a conformidade com as diretrizes institucionais e as melhores práticas baseadas na evidência científica. Para além disso, este profissional acompanha o percurso do cliente desde o momento da admissão até à alta hospitalar, assegurando uma transição segura e eficaz entre os diferentes níveis de cuidados. Neste sentido, o enfermeiro de referência desempenha um papel crucial na comunicação entre a unidade de cuidados, a família e a equipa coordenadora local, facilitando o planeamento da alta hospitalar e a implementação de estratégias que favoreçam a reabilitação e o bem-estar do cliente no seu contexto após a alta.

Nesta unidade, o planeamento da alta hospitalar é iniciado precocemente pela equipa multidisciplinar, garantindo uma abordagem estruturada e personalizada. Este processo envolve ativamente o cliente e, sempre que necessário, o cuidador, promovendo uma transição segura e eficaz entre os diferentes níveis de cuidados. No momento da alta, é elaborada uma carta de alta com informações essenciais para assegurar a continuidade dos cuidados de enfermagem. Independentemente do destino do cliente após a alta, seja o domicílio, uma unidade da RNCCI ou outra instituição, a transição é coordenada em estreita articulação com a equipa coordenadora local. Esta equipa, por sua vez, estabelece a comunicação com os diferentes intervenientes responsáveis pelo destino de alta, garantindo um seguimento adequado, a monitorização clínica necessária e a continuidade dos cuidados após o internamento.

O sistema de informação utilizado pela equipa para a documentação dos cuidados é o *Gestcare CCI* e o *MedicineOne*. A aplicação *Gestcare CCI* foi concebida em resposta às necessidades emergentes da RNCCI, no que respeita à gestão e à partilha de informações. A Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados identificou a necessidade de uma solução tecnológica que fosse capaz de responder de forma eficaz e contínua a este desafio, permitindo

a monitorização e a atualização da informação em tempo real, garantindo a otimização da resposta a estas necessidades de cuidados. O sistema principal utilizado pela Unidade é o *MedicineOne*, uma solução de gestão clínica integrada centrada no cliente e desenvolvida para responder às diversas necessidades das unidades de saúde do contexto nacional. O *MedicineOne* gere, de forma abrangente, todas as informações clínicas e administrativas dos clientes, promovendo a colaboração interprofissional por meio da implementação de fluxos de trabalho integrados, com o intuito de otimizar os processos organizacionais e fornecer suporte contínuo à prática clínica (MedicineOne, n.d.). Apesar das orientações da Ordem dos Enfermeiros, que visam promover a interoperabilidade semântica entre as plataformas informáticas na área da saúde, através da implementação da Ontologia em Enfermagem, o aplicativo da rede e o *software MedicineOne* ainda não atendem plenamente às quatro categorias definidas pela Ontologia em Enfermagem: dados provenientes da avaliação do cliente, diagnósticos, objetivos e intervenções de enfermagem, elementos cruciais para o processo de tomada de decisão em enfermagem.

O hospital que integra a Unidade de Internamento de Cuidados Continuados considera a formação uma ferramenta estratégica para o aprimoramento das competências dos profissionais. Neste contexto, foi elaborado um plano formativo para o ano de 2024, abrangendo diversas áreas de intervenção e destinado aos diferentes membros da equipa multidisciplinar. Entre os temas contemplados nas sessões formativas, destacam-se: Prevenção de Quedas, Sistema de Gestão da Qualidade - sensibilização, Boas Práticas no Tratamento de Feridas, Cuidados na Alimentação em clientes com disfagia, Cuidados Paliativos, Gestão de Resíduos Hospitalares, Precauções Básicas no Controlo de Infecção, entre outras.

### 3. PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO EM ENFERMAGEM

O presente capítulo “Processo de Tomada de Decisão em Enfermagem” aborda o processo de tomada de decisão clínica relativo a uma cliente do sexo feminino com 76 anos, atualmente reformada. Em janeiro de 2024, foi encaminhada pela Unidade de Saúde Familiar para a Equipa de Suporte a Doentes Crónicos devido a um controlo inadequado da diabetes mellitus tipo 2. Entre os antecedentes pessoais mais relevantes, destaca-se a hipertensão arterial e a insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, classificando-se como New York Heart Association (NYHA) II. Há cerca de um mês, foi diagnosticada com lombalgia incapacitante, com mais de três meses de evolução. Para a elaboração deste capítulo recorreu-se à plataforma “e4Nursing”. O principal objetivo deste capítulo é demonstrar o desenvolvimento de competências na conceção de cuidados de enfermagem, no contexto do percurso académico ao nível do mestrado. O capítulo estrutura-se em diferentes secções que visam a organização sistemática e coerente da informação analisada. Inicialmente, o enquadramento teórico aborda temáticas fundamentais, incluindo a dor, a diabetes mellitus, a insuficiência cardíaca e a hipertensão arterial, bem como aspetos relacionados com o autocuidado e a autogestão na pessoa em situação crónica. Adicionalmente, são exploradas as dinâmicas associadas à transição vivenciada por estes indivíduos e a importância da continuidade de cuidados, particularmente no contexto da dor crónica. Seguem-se as secções “Clientes”, “Medicação” e “Domínios”, seguidas da “Conceção de Cuidados”, que inclui a identificação dos dados, dos diagnósticos, dos objetivos e das intervenções de enfermagem. A secção “Especificação das Intervenções” descreve as ações implementadas. Por fim, a secção “Síntese Relativa ao Caso” apresenta uma síntese estruturada e crítica acerca do processo de tomada de decisão realizado.

#### 3.1. Enquadramento teórico

No contexto da prática profissional, três conceitos fundamentais emergem como estruturantes da ação do enfermeiro: conceção de cuidados, tomada de decisão e processo de enfermagem. A conceção de cuidados é definida pela Ordem dos Enfermeiros (2012) como o processo pelo qual o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem de um indivíduo ou de um grupo e prescreve intervenções com o objetivo de alcançar ganhos em saúde. Este conceito implica um exercício de planeamento estruturado, assente em conhecimento científico e na interpretação das necessidades do cliente. A conceção de cuidados envolve, assim, um processo cognitivo de análise e de síntese, permitindo ao enfermeiro determinar as intervenções mais

adequadas à promoção do bem-estar e à recuperação do cliente.

A tomada de decisão é um processo inerente à prática da enfermagem, no qual o enfermeiro faz julgamentos clínicos sobre as necessidades da pessoa e decide sobre as intervenções a implementar. De acordo com Bandman & Bandman (1995), este processo pode ser explicado através de um modelo analítico-racional, que descreve a tomada de decisão como uma sequência lógica de etapas: identificação do problema, recolha de informação, formulação de hipóteses, análise de alternativas e escolha da melhor solução. Contudo, Carnevali & Thomas (1993) propõem uma abordagem baseada na teoria do processamento de informação, segundo a qual a tomada de decisão se estrutura a partir do conhecimento armazenado na memória de longo prazo e da experiência clínica prévia.

O processo de enfermagem constitui a estrutura metodológica que orienta a prática dos enfermeiros, garantindo uma abordagem sistemática e centrada no cliente. Este processo é composto por cinco etapas essenciais: avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. A sua aplicação pressupõe uma tomada de decisão fundamentada e contínua, em que o enfermeiro analisa os dados disponíveis, define prioridades, estabelece objetivos e intervém de forma autónoma ou interdependente, conforme a natureza da situação clínica (Silva, 2011).

A interligação entre estes três conceitos evidencia a complexidade da prática da enfermagem e a necessidade de um raciocínio clínico rigoroso e estruturado. A conceção de cuidados fundamenta-se na tomada de decisão, que, por sua vez, se concretiza no processo de enfermagem. Assim, a tomada de decisão em enfermagem não é um ato isolado, mas sim um processo dinâmico que exige conhecimento científico, experiência e capacidade de adaptação às necessidades individuais dos clientes.

A utilização de uma linguagem comum na descrição dos elementos do processo de enfermagem constitui um fator determinante para a padronização e para a sistematização dos cuidados prestados aos clientes. De acordo com Escalada-Hernández et al. (2015), esta abordagem possibilita uma descrição precisa e rigorosa da prática de enfermagem, promovendo a uniformização terminológica e garantindo coerência na comunicação entre os profissionais.

No contexto dos sistemas de informação em saúde, a interoperabilidade semântica constitui um conceito central. Segundo Iakovidis et al. (2007), esta refere-se à capacidade de distintos sistemas interpretarem e utilizarem a informação de forma homogénea, garantindo a sua coerência e a sua aplicabilidade em diferentes plataformas. A modelação formal dos dados clínicos tem sido apontada como um dos caminhos mais promissores para atingir este objetivo, permitindo que a informação registada seja compreendida e aplicada de forma padronizada e fiável (Garde et al., 2009).

A necessidade de implementar a interoperabilidade semântica na Enfermagem impulsionou a

adoção de taxonomias e de ontologias específicas para a disciplina (Paiva et al., 2014). Neste contexto, em 2012, a ESEP deu início ao projeto internacional “*NursingOntos - Ontologia de Enfermagem*”, que tem como finalidade a construção de uma Ontologia de Enfermagem estruturada e de um repositório formal de conhecimento disciplinar. Como desdobramento deste projeto, foi desenvolvida a “*e4nursing*”, uma plataforma pedagógica orientada para o desenvolvimento de competências de conceção de cuidados de enfermagem, sustentada pela Ontologia de Enfermagem no seu *backend*.

No âmbito dos sistemas de informação e do conhecimento disciplinar, a ontologia é definida como uma especificação explícita de uma conceptualização, ou seja, uma representação formal do conhecimento (Gruber, 1993). Distinta de uma terminologia, que apenas descreve conceitos, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a ontologia estabelece e estrutura as relações entre estes conceitos, organizando-os com base num modelo de referência. Esta estruturação evita a introdução arbitrária de novos conceitos e assegura coerência na definição e na integração dos mesmos no corpo de conhecimento disciplinar.

Deste modo, a construção de uma Ontologia de Enfermagem representa um avanço significativo para a disciplina, contribuindo para a interoperabilidade da informação, para a sistematização do conhecimento e para a valorização do contributo dos enfermeiros para a saúde. Para além de melhorar a comunicação entre profissionais, a aplicação de ontologias e de taxonomias específicas possibilita o desenvolvimento de sistemas de informação mais eficazes, promovendo melhores decisões clínicas e uma prática baseada na evidência.

Como mencionado anteriormente, este capítulo aborda um processo de tomada de decisão em enfermagem, centrado numa cliente do sexo feminino, de 76 anos, atualmente reformada e a residir com o marido, com um historial clínico complexo. Em 2009, foi-lhe diagnosticada hipertensão arterial, seguida, em 2012, de diabetes *mellitus* tipo 2 não insulino dependente e insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada. Em 2016, a condição evoluiu para diabetes *mellitus* tipo 2 insulino dependente. Em janeiro de 2024, foi referenciada pela Unidade de Saúde Familiar para a Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos devido ao controlo inadequado da diabetes *mellitus* tipo 2 e da hipertensão arterial. Mais recentemente, foi-lhe diagnosticada lombalgia incapacitante, com evolução superior a três meses.

A referenciação para a Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos justifica-se pelos seguintes critérios: idade (76 anos), polimedicação e ocorrência de cinco ou mais episódios de recurso ao serviço de urgência no último ano. Estes fatores apontam para a necessidade de um acompanhamento contínuo e rigoroso pela equipa multidisciplinar, com vista à gestão e à autogestão da sua condição de saúde.

A intervenção da Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos assenta em três pilares fundamentais: gestão de caso, implementação de um plano individual de cuidados e a integração de um médico internista na comunidade. O objetivo central desta equipa consiste em

proporcionar um acompanhamento de proximidade, coordenado e adaptado às necessidades específicas de clientes que apresentem elevada vulnerabilidade e risco efetivo de perda de autonomia (Rocha, 2016).

Segundo Rocha (2016), a inclusão de clientes na Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos requer o cumprimento de critérios específicos, como a presença de multimorbilidade, definida pela coexistência de três ou mais patologias crónicas, de entre as quais doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência cardíaca, doença renal crónica, neoplasia ativa, diabetes *mellitus* e doença cerebrovascular. São igualmente considerados elegíveis indivíduos com idade igual ou superior a 75 anos, história de três ou mais internamentos hospitalares no último ano, polimedicação (isto é, utilização de seis ou mais fármacos) e ocorrência de cinco ou mais idas ao serviço de urgência no período de um ano.

### **3.1.1. Dor**

A perceção da dor apenas como um sintoma, e não como uma condição patológica em si, tem levado à sua subestimação no contexto da saúde pública. Reconhecer a dor como uma doença pode, assim, contribuir para reduzir o impacto global desta condição, ao mesmo tempo que diminui a ocorrência de diagnósticos errados e tratamentos inadequados (Goldberg & McGee, 2011). Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor é definida como “uma experiência sensorial e emocional, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal lesão” (Treede et al., 2019, p. 19). A formulação de uma definição para a dor revelou-se um desafio, pois esta transcende a sua componente física, sendo, assim, descrita como uma experiência sensorial complexa (Treede et al., 2019).

A dor crónica é reconhecida como uma síndrome complexa, descrita pela persistência de dor e por um impacto significativo na funcionalidade, para além de provocar alterações emocionais e sociais profundas nos indivíduos afetados (Hylands-White et al., 2017; Jameson et al., 2022). Caracteriza-se como uma dor contínua ou recorrente, com uma duração que excede três a seis meses, prolongando-se para além do período fisiológico de cura previsto. Distintamente da dor aguda, que exerce uma função de alarme natural do organismo, a dor crónica não apresenta esta função protetiva, destacando-se, antes, pelo impacto negativo na qualidade de vida dos clientes que dele padecem (Ciaramella, 2019).

#### **3.1.1.1. Fisiopatologia**

A nociceção é um processo fisiológico crucial pelo qual estímulos térmicos, mecânicos, químicos e outros tipos de agressões são detetados por estruturas macromoleculares específicas presentes nas fibras nervosas periféricas, conhecidas como nociceptores. Estes nociceptores desempenham um papel fundamental na perceção da dor, uma vez que transmitem os sinais de dor ao sistema nervoso central (Phipps et al., 2007; Dubin & Patapoutian, 2010; Cardoso, 2013; Guyton & Hall, 2021).

Os nociceptores encontram-se localizados em várias partes do corpo, incluindo a pele, o tecido celular subcutâneo, os músculos, as articulações e as vísceras (Cardoso, 2013). Estruturalmente, um nociceptor é uma terminação periférica de um neurónio, cujo corpo celular se localiza nos gânglios raquidianos. A sua terminação central projeta-se para dentro da medula espinal, especificamente no corpo posterior, enquanto a terminação periférica percorre os nervos sensitivos, terminando nos órgãos periféricos (Phipps et al., 2007; Dubin & Patapoutian, 2010; Guyton & Hall, 2021).

Os nociceptores desempenham um papel fundamental na comunicação das características da dor, incluindo a sua qualidade, a sua localização, a sua intensidade e a sua duração (Cardoso, 2013). Na pele, podemos identificar três classes principais de fibras sensitivas, cada uma com características distintas:

- As fibras A Delta ( $A\delta$ ), que são mielinizadas, apresentam um diâmetro que varia entre dois a seis micrómetro ( $\mu\text{m}$ ), permitindo uma velocidade de condução que oscila entre 12 a 30 metros por segundo (m/s);
- As fibras C que, por sua vez, são não mielinizadas e têm um diâmetro menor, variando entre 0,4 a 1,2  $\mu\text{m}$ . A velocidade de condução destas fibras é significativamente mais lenta, situando-se entre 0,5 e 2 m/s;
- As fibras A beta ( $A\beta$ ), que são grossas e mielinizadas, com um diâmetro superior a 10  $\mu\text{m}$  e uma velocidade de condução que varia entre 30 a 100 m/s.

(Dubin & Patapoutian, 2010; Guyton & Hall, 2021)

Os nociceptores profundos estão ligados às fibras aferentes finas e localizam-se no revestimento dos órgãos maciços, como o fígado, na camada muscular lisa dos órgãos ocos, como o intestino e a bexiga, bem como na parede dos vasos e nos músculos estriados (Phipps et al., 2007). Estes nociceptores são sensíveis à distensão, à isquemia, à contração e às substâncias algicas, podendo ser ativados por mediadores como a bradicinina, a histamina e os iões de potássio (Phipps et al., 2007).

As fibras nervosas periféricas aferentes possuem os seus corpos celulares localizados no gânglio da raiz dorsal e terminam no corno posterior da medula espinal (Dubin & Patapoutian, 2010). Os nociceptores, que são responsáveis pela deteção da dor, contêm neurotransmissores excitatórios, como o glutamato, a substância P e o péptido relacionado com o gene da calcitonina. Para além disso, estes nociceptores produzem diversas moléculas, incluindo as prostaglandinas, a adenosina trifosfato e o óxido nítrico, que desempenham papéis importantes na modulação da dor e na resposta inflamatória (Phipps et al., 2007).

### **3.1.1.1.1. Mecanismo Medular**

As fibras aferentes chegam à medula espinal através do corno posterior, que é responsável pela integração da informação nociceptora, sendo que uma pequena parte também se projeta através do corno anterior (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013). A substância cinzenta da medula

espinal é organizada em dez lâminas, sendo que o corno posterior é composto por seis lâminas.

Algumas células localizadas em lâminas mais profundas, particularmente nas lâminas VII e X, desempenham um papel fundamental na condução da informação nociceptiva para o tronco cerebral. As lâminas VII, VIII, IX e X estão principalmente envolvidas em funções somáticas (Phipps et al., 2007). As fibras A $\delta$  projetam-se nas lâminas I e V, enquanto as fibras C se distribuem pelas lâminas I e II, conhecidas como substância gelatinosa de Rolando (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013). As fibras C estabelecem sinapses essencialmente com pequenos neurónios de segunda ordem, sendo que a maioria destas sinapses ocorre no próprio segmento medular ou nos dois segmentos adjacentes (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013).

Os interneurónios excitatórios são predominantemente constituídos por glutamato e aspartato, podendo também conter péptidos com ação pró-nociceptiva, como a substância P, a neurotensina e a colecistoquinina. Para além disso, estes interneurónios são responsáveis pela libertação de substâncias excitatórias, como a adenosina trifosfato (Phipps et al., 2007). Por outro lado, os interneurónios inibitórios são caracterizados pela presença de neurotransmissores do tipo GABAérgico, opióide, colinérgico e glisinérgico (Phipps et al., 2007). Ambos os tipos de interneurónios são ativados pelas fibras A $\beta$ , A $\delta$  e C, contribuindo para a modulação da transmissão da dor (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013).

A teoria do “portão da dor”, proposta por Melzack e Wall em 1965, fornece uma compreensão fundamental sobre a modulação do sistema nociceptivo. De acordo com esta teoria, os cornos posteriores da medula espinal contêm um “portão” (mecanismo neuronal) localizado na substância gelatinosa de Rolando (lâmina II), que regula a transmissão dos impulsos e dos sinais de dor ao cérebro (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013).

Neste contexto, os nociceptores detetam a presença de estímulos dolorosos, que são então transmitidos através das fibras A $\beta$ , A $\delta$  e C em direção à medula espinal (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013). Quando a informação nociceptiva atinge um limiar que ultrapassa o nível de inibição, o “portão” é considerado aberto, permitindo a ativação das vias ascendentes, como o feixe espinotalâmico e o espinoreticular. Estas vias são responsáveis pela transmissão das informações de dor até ao tálamo, onde ocorre uma maior integração e interpretação da dor (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013).

### **3.1.1.1.2. Sensibilização Periférica**

A maioria das lesões agudas resolve-se sem o desenvolvimento de estados persistentes de dor, o que sugere que os processos de sensibilização periférica dos nociceptores são reversíveis. No entanto, muitos casos de dor crónica estão associados a alterações patológicas nos tecidos e a uma sensibilização aparentemente irreversível (Gold & Gebhart, 2010).

A propagação do estímulo álgico resulta do processo de despolarização e de repolarização da membrana celular. Um estímulo lesivo é convertido num potencial de ação no recetor do nervo

periférico sensitivo, que se propaga pelas vias ascendentes até ao córtex, onde é interpretado como dor (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013). Os recetores das fibras A $\delta$  e C, ao serem ativados, sofrem modificações na membrana, resultando na abertura dos canais de sódio. Este influxo de sódio provoca a despolarização da membrana, desencadeando um estímulo (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013).

Substâncias como prostaglandinas, serotonina e substância P são libertadas para sensibilizar os nociceptores. A sensibilização periférica resulta de alterações locais associadas à inflamação, incluindo vasodilatação e edema, que são regulados por péptidos vasoativos libertados pelos aferentes perivasculares. Esta dinâmica pode provocar sensibilização e redução do limiar de despolarização, facilitando o desencadear da dor (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013).

### **3.1.1.1.3. Sensibilização Central**

A sensibilização central é um processo patológico que resulta na hiperexcitabilidade dos neurónios do sistema nervoso central, decorrente da atividade prolongada das fibras aferentes primárias, após a sensibilização periférica dos nociceptores. Este fenómeno facilita a libertação de neurotransmissores excitatórios, como o glutamato, substância que desempenha um papel fundamental na intensificação da resposta dolorosa. Como consequência, verifica-se um aumento progressivo da transmissão nociceptiva (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013).

A estimulação repetida e prolongada dos nociceptores conduz à ativação dos recetores N-methyl-D-aspartate, recetores ionotrópicos que regulam funções biológicas cruciais como a dor crónica e o fenómeno de *wind-up* — um aumento progressivo da resposta neuronal quando as fibras C são estimuladas por frequências elevadas de estímulos nocivos (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013).

O processo inicia-se com a ativação dos recetores  $\alpha$ -amino-3-hydroxy-5-methyl-4-isoxazolepropionic acid, que provocam a despolarização das células pós-sinápticas, desencadeando potenciais excitatórios na membrana das células alvo. Posteriormente, os recetores N-methyl-D-aspartate são ativados, permitindo um influxo significativo de cálcio para o interior das células. Esta entrada excessiva de cálcio ativa a proteína quinase C, que fosforila os recetores N-methyl-D-aspartate, aumentando a sua sensibilidade e prolongando o seu estado de excitação neuronal no corno posterior da medula espinal (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013).

Este ciclo de sensibilização, associado ao aumento da densidade dos recetores N-methyl-D-aspartate e à alteração da plasticidade neuronal, resulta numa amplificação da dor e na manutenção de estados de dor crónica, mesmo na ausência de estímulos nocivos continuados, perpetuando a disfunção nociceptiva e contribuindo para o agravamento da dor patológica (Phipps et al., 2007; Cardoso, 2013).

### 3.1.1.2. Avaliação da Dor

Os instrumentos de avaliação multidimensional constituem elementos essenciais na análise e na compreensão da dor. A sua abordagem permite uma caracterização detalhada da dor, englobando as suas várias dimensões, como as componentes física, psicológica, social e económica. Este tipo de avaliação abrangente facilita a identificação dos fatores subjacentes à dor, permitindo, assim, o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais eficazes e personalizadas (Aguiar & Pinheiro, 2019). Por outro lado, os instrumentos unidimensionais, que se concentram exclusivamente na quantificação da intensidade da dor, são igualmente importantes. Embora não considerem as múltiplas dimensões da dor, oferecem uma medição subjetiva essencial, que complementa os instrumentos de avaliação multidimensional, contribuindo para uma compreensão global do quadro algico (Aguiar & Pinheiro, 2019).

Dada a natureza multidimensional da dor, a sua avaliação torna-se um processo complexo e de difícil quantificação. Para mitigar esta dificuldade e objetivar a avaliação da dor em Portugal, são utilizadas várias escalas, como a Escala Visual Analógica, a Escala Numérica, a Escala Qualitativa e a Escala de Faces (Direção-Geral da Saúde, 2003; Cardoso, 2013). No entanto, estas ferramentas apresentam limitações significativas, especialmente em clientes com confusão ou sedação, uma vez que para a sua aplicação eficaz, o cliente deverá apresentar algum grau de funcionalidade motora e visual para serem eficazes (Cardoso, 2013).

A escala qualitativa de avaliação da dor baseia-se numa categorização da intensidade da dor em diferentes níveis, permitindo uma descrição mais acessível e intuitiva para o cliente. Esta escala classifica a dor em cinco categorias principais: "Sem Dor", "Dor Ligeira", "Dor Moderada", "Dor Intensa" e "Dor Máxima" (Direção-Geral da Saúde, 2003; Cardoso, 2013). A escala numérica de avaliação da dor consiste numa régua dividida em onze secções, numeradas de 0 a 10, onde o valor 0 representa a ausência total de dor ("Sem dor") e o valor 10 indica o nível mais elevado de dor possível ("Dor Máxima"). Esta escala permite ao cliente quantificar de forma simples e objetiva a intensidade da sua dor, facilitando a avaliação e a monitorização contínua pelo profissional de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2003; Cardoso, 2013). A escala de faces consiste numa série de imagens que representam diferentes expressões faciais, variando desde uma face sorridente até uma face com expressão de dor intensa. Esta gradação nas expressões faciais permite ao cliente, especialmente crianças ou pessoas com dificuldades de comunicação, associar a sua própria dor à mímica apresentada nas figuras (Direção-Geral da Saúde, 2003; Cardoso, 2013; Nascimento et al., 2021).

### 3.1.1.3. Classificação

A dor pode ser classificada segundo vários critérios, nomeadamente a sua duração, a sua fisiopatologia, o seu local de origem e a sua causa. A correta categorização e o correto diagnóstico da dor são fundamentais para a escolha adequada do tratamento a ser aplicado. No

que diz respeito à duração, a dor pode ser dividida em aguda ou crónica (Mota & Dias, 2014).

A dor aguda caracteriza-se como uma resposta imediata a um estímulo nocivo de natureza química, mecânica ou térmica que ativa os nociceptores. Esta estimulação é transmitida pelas vias ascendentes da medula espinal até estruturas superiores do sistema nervoso central, onde é percebida como dor (Varandas, 2013). A sua função principal é de proteção e alerta, promovendo uma resposta rápida face à lesão ou insulto tecidual (Varandas, 2013). Por outro lado, a dor crónica apresenta-se como uma condição persistente e recorrente, normalmente associada a um período superior a três ou seis meses, prolongando-se para além do tempo necessário para a cura da lesão inicial. A dor crónica distingue-se pela sua ausência de função protetora, resultando muitas vezes em incapacidade física, bem como alterações emocionais e sociais significativas (Hylands-White et al., 2017). Ao contrário da dor aguda, a dor crónica deixa de ser um mecanismo de alarme, funcionando antes como um distúrbio complexo com múltiplas implicações (Ciaramella, 2019).

A dor pode também ser classificada, de acordo com a sua fisiopatologia, em três tipos: dor nociceptiva, dor neuropática e dor psicogénica. De acordo com a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor nociceptiva é aquela que resulta da ativação dos nociceptores, que são terminações nervosas periféricas sensíveis a estímulos potencialmente lesivos. Estes nociceptores são ativados em resposta a danos tecidulares ou a ameaças de lesão, desempenhando uma função de proteção ao alertar o organismo para perigos que possam comprometer a integridade dos tecidos (Cohen & Mao, 2014; Jameson et al., 2022).

Segundo a Associação Internacional para o Estudo da Dor, a dor neuropática caracteriza-se como uma dor causada por lesão primária ou disfunção do sistema nervoso, diferindo da dor nociceptiva ao não desempenhar um papel protetor. Esta condição é considerada patológica devido à incapacidade que provoca, muitas vezes com uma duração prolongada e resistente aos tratamentos convencionais (Guginski, 2008; Jameson et al., 2022).

As causas da dor neuropática podem ser divididas em duas categorias: periféricas e centrais. Entre as causas centrais encontram-se condições como a esclerose múltipla, a epilepsia, e lesões tumorais ou vasculares. Já as causas periféricas incluem traumatismos, compressão radicular, amputações e nevralgia pós-herpética (Jaggi et al., 2011; Jameson et al., 2022).

A dor psicogénica, por sua vez, engloba todos os tipos de dor cuja origem pode ser atribuída a problemas psicológicos. Geralmente, resulta de uma disfunção neuropsíquica, podendo ou não estar associada a uma doença. Este tipo de dor apresenta um impacto significativo na qualidade de vida do indivíduo, devido às suas características e à sua persistência (Varandas, 2013).

#### **3.1.1.4. Lombalgia**

A lombalgia é uma condição musculoesquelética caracterizada por dor, por tensão ou por rigidez na região lombar, entre a décima segunda costela e a crista ilíaca. Pode estar associada a dor

na região glútea, embora esta seja uma área anatomicamente distinta, compreendida entre a crista ílaca e as pregas glúteas (Allegri et al., 2016; Knezevic et al., 2021). A classificação da lombalgia, baseada na sua duração, inclui formas agudas (<6 semanas), subagudas (6-12 semanas) e crónicas (>12 semanas) (Hartvigsen et al., 2018; Jameson et al., 2022).

A lombalgia pode ocorrer por três mecanismos distintos. No mecanismo nociceptivo, não há lesão nervosa, e a dor é uma resposta a estímulos mecânicos, térmicos ou químicos. No mecanismo neuropático, há lesão nervosa ou sensibilização periférica/central, causando dor neuropática. Por fim, o mecanismo misto envolve dor sem lesão nervosa aparente, mas com características de ambos os componentes neuropáticos e nociceptivos (Cardoso, 2013; Jameson et al., 2022).

#### **3.1.1.4.1. Epidemiologia**

Segundo Allegri, et al. (2016), a lombalgia é a condição músculo-esquelética mais prevalente entre a população adulta, com uma taxa de prevalência superior a 84%. Esta condição afeta predominantemente indivíduos do sexo feminino, especialmente aqueles cuja faixa etária varia entre os 40 e os 80 anos.

A prevalência global da lombalgia é estimada em cerca de 7,8%, conforme indicado pelo *Global Burden of Disease Study* (2017). Esta condição representa a patologia músculo-esquelética mais prevalente em 134 dos 204 países analisados no estudo realizado por Cieza, et al. (2021). Estima-se que aproximadamente 568 milhões de indivíduos em todo o mundo sofrem de lombalgia, necessitando de intervenções terapêuticas, o que resulta num total de 64 milhões de anos de vida vividos com incapacidade (Cieza et al., 2021).

A lombalgia é reconhecida como a principal causa de incapacidade física, conforme demonstrado pelo *Global Burden of Disease Study* (2017). Esta condição destaca-se entre as principais responsáveis pelos anos de vida ajustados por incapacidade, posicionando-se na quarta posição entre os indivíduos com idades entre 25 e 49 anos e na sexta posição entre aqueles com idades entre 50 e 74 anos (Global Burden of Disease Study, 2017).

Em Portugal, de acordo com dados de 2016, a lombalgia, juntamente com a cervicalgia, foi identificada como uma das principais causas de incapacidade, sendo responsável por 16,7% dos anos vividos com incapacidade em comparação com todas as outras patologias. Verificou-se, assim, um aumento de 22,8% em relação aos dados registados em 1990 (Direção-Geral da Saúde, 2018). Duarte (2019) salienta que, em Portugal Continental, a lombalgia constitui uma das principais causas de prejuízos relacionados com o absentismo laboral. O autor defende que a adoção de estratégias preventivas e a procura por tratamentos eficazes têm o potencial de reduzir a prevalência de casos. No que respeita à lombalgia crónica, os sintomas são observados tanto em homens como em mulheres, contribuindo para a intensificação dos distúrbios e, conseqüentemente, para um aumento expressivo de absentismo (Duarte, 2019).

### **3.1.1.5. Abordagem à Dor Crónica**

Em 11 de outubro de 2004, a Organização Mundial da Saúde anunciou que o tratamento para o alívio da dor crónica é um direito humano, posição igualmente regulamentada pela *International Association for the Study of Pain* no âmbito do 1º Dia Mundial Contra a Dor (International Association for the Study, 2004). Esta declaração amplia o tratamento da dor crónica de uma questão exclusivamente clínica para uma atitude ética que abrange a prática de todos os profissionais de saúde. No entanto, a dor crónica permanece frequentemente subdiagnosticada e insuficientemente tratada em muitos contextos clínicos, pela existência de barreiras complexas, que incluem tanto as práticas e as perceções dos profissionais de saúde, como fatores relacionados com os clientes e as limitações estruturais e operacionais dos sistemas de saúde (Alves, 2009).

A dor é um sintoma presente em diversas condições patológicas que requerem cuidados de saúde, tornando-se, portanto, um foco constante de atenção na prática de enfermagem. Assim, torna-se fundamental seguir os princípios científicos que atualmente apoiam a atuação dos enfermeiros na avaliação e no controlo da dor, sendo "(. . .) claro que as intervenções de Enfermagem podem ter carácter autónomo ou interdependente, destacamos as autónomas, prescritas pelo enfermeiro, e, das interdependentes, a existência de protocolos cuja execução fica ligada à tomada de decisão casuística e concreta, adequada à pessoa singular, pelo enfermeiro" (Ordem dos Enfermeiros, 2008, p. 7).

#### **3.1.1.5.1. Abordagem Farmacológica no Tratamento da Dor**

De acordo com Varandas (2013), a estratégia de primeira linha para o controlo da dor é o tratamento farmacológico, reservando-se o tratamento não farmacológico para situações em que os fármacos não apresentam eficácia satisfatória ou quando se pretende uma intervenção terapêutica complementar. Em 1986, a Organização Mundial da Saúde distribuiu um conjunto de diretrizes para o controlo da dor, formalizada no esquema denominado "Escada Analgésica da Organização Mundial da Saúde" ou "Escada Analgésica de Três Níveis" (Cardoso, 2013; Hylands-White et al., 2017).

A "Escada Analgésica de Três Níveis" foi originalmente desenvolvida para o controlo da dor associada às patologias oncológicas, mas a sua aplicação foi subsequentemente ampliada para outras formas de dor crónica e aguda (Cardoso, 2013; Hylands-White et al., 2017). Com base na categorização preconizada pela Organização Mundial da Saúde, os analgésicos convencionais são frequentemente prescritos como tratamento farmacológico de primeira linha. A escada analgésica estabelece, ainda, que a via de administração de eleição é, prioritariamente, a via oral, pois maximiza a eficácia terapêutica e a adesão do cliente ao regime medicamentoso (Hylands-White et al., 2017).

A escada analgésica é um sistema de classificação organizado em três níveis diferentes,

permitindo uma seleção adequada de analgésicos com base na intensidade da dor experienciada pelo cliente. O primeiro nível da escala é constituído por analgésicos não opioides, destacando-se os anti-inflamatórios não esteroides e o paracetamol. Este nível é especificamente indicado para o controlo da dor ligeira, que, segundo a classificação analgésica, corresponde a uma intensidade de um a três numa escala de 10 pontos (Roenn et al., 2009; Cardoso, 2013).

No segundo nível, encontram-se os opioides fracos, que incluem agentes como a codeína, a dihidrocodeína, o tramadol, a pentazocina e a meperidina. Estes fármacos são utilizados predominantemente no tratamento de dor moderada, a qual se define por uma intensidade de quatro a seis na referida escala. A introdução destes analgésicos ocorre quando os fármacos do primeiro nível não fornecem o alívio adequado, permitindo um incremento na eficácia da analgesia (Roenn et al., 2009; Cardoso, 2013).

Por último, o terceiro nível da escala é reservado para os opioides fortes, que incluem a morfina, o fentanil, a hidromorfona, o tapentadol, a oxicodona e a buprenorfina. Estes agentes são indicados para o tratamento da dor intensa, correspondente a uma intensidade de sete a 10 na referida escala. Os opioides fortes são frequentemente usados em cenários clínicos que envolvem dor severa, como situações oncológicas ou condições crónicas, nas quais a dor é superior aos níveis mencionados anteriormente. A administração destes fármacos deve ser cuidadosamente monitorizada devido ao seu elevado potencial de efeitos adversos e à necessidade de ajustes na dosagem (Roenn et al., 2009; Cardoso, 2013).

No tratamento da dor crónica, pode surgir a necessidade de complementar a terapêutica analgésica com a utilização de outras classes farmacológicas. De entre estes, destacam-se os antidepressivos, os anticonvulsivantes, os corticosteróides, os relaxantes musculares, a cetamina e os antiarrítmicos. Estas classes farmacológicas podem ser utilizadas em qualquer nível da escala analgésica, de acordo com a natureza e a intensidade da dor, bem como com as características individuais do cliente (Cardoso, 2013; Jameson et al., 2022).

#### **3.1.1.5.2. Abordagem não Farmacológica no Tratamento da Dor**

Com base na literatura científica, a implementação de intervenções não farmacológicas no contexto das intervenções autónomas de enfermagem pode constituir um recurso altamente eficaz na gestão de sintomas, incluindo o controlo da dor. As intervenções não farmacológicas podem ser definidas como estratégias ou técnicas aplicadas na prevenção e/ou no tratamento da dor, sem administração de fármacos. Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros enfatiza a importância de o enfermeiro desenvolver um papel ativo na promoção de cuidados que visam a eliminação ou a redução da dor, utilizando as intervenções não farmacológicas como forma complementar à terapêutica farmacológica, e não como forma de substituição. Para além disso, a Ordem dos Enfermeiros recomenda que a seleção das intervenções seja orientada pela opinião do cliente, pelos objetivos terapêuticos e pelas evidências científicas disponíveis (Ordem

dos Enfermeiros, 2008).

Conforme indicado pela Ordem dos Enfermeiros (2008), as intervenções não farmacológicas podem ser classificadas em três categorias: físicas, cognitivo-comportamentais e de suporte emocional. As intervenções físicas incluem técnicas como aplicação de frio e de calor, o exercício, a imobilização, a massagem e a estimulação elétrica transcutânea. Estas intervenções visam objetivos diferentes, como a promoção do relaxamento muscular, a libertação de substâncias analgésicas endógenas para a diminuição da dor, a prevenção da atrofia e da desmineralização óssea, bem como a melhoria da mobilidade física, por meio da modulação da transmissão de impulsos nociceptivos nas fibras nervosas.

As intervenções cognitivo-comportamentais incluem intervenções como a terapia cognitivo-comportamental, a reestruturação cognitiva, o treino de habilidades de *coping*, o relaxamento com imaginação e através da técnica de distração. Estas estratégias têm como objetivos modificar as perceções e os padrões de dor do indivíduo, promover um maior sentimento de controlo sobre a dor, reduzir comportamentos disfuncionais e fornecer ao cliente ferramentas e estratégias para autocontrolar a dor e o stresse. Para além disso, visam aumentar a capacidade do cliente em focar-se nas sensações de bem-estar, e diminuir a tensão, a ansiedade, a depressão e a dor associada à inatividade (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As intervenções de suporte emocional incluem práticas como o toque terapêutico, entendido como um processo intencional de reequilíbrio e repadronização do campo energético, no qual o terapeuta utiliza as mãos para direcionar ou modular este campo com objetivos terapêuticos, e o conforto, que se refere à sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal. Ambas as intervenções têm como objetivo fornecer o apoio emocional e a sensação de segurança por meio do contato físico, promover o relaxamento, reduzir a ansiedade e auxiliar no controlo da dor, assim como outros sintomas que causam desconforto (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor recomenda que o regime terapêutico inclua medidas farmacológicas e não farmacológicas, tais como: a reeducação do cliente, a estimulação elétrica transcutânea, técnicas de relaxamento e *biofeedback*, a terapia cognitivo-comportamental, bem como exercícios ativos e passivos, entre outras abordagens (Direção-Geral da Saúde, 2001).

Diversos estudos científicos evidenciam que o exercício físico constitui um componente essencial na abordagem terapêutica da lombalgia crónica. A prática regular de exercícios não só contribui para a melhoria da funcionalidade e da força muscular, como também desempenha um papel fundamental na redução da dor e na promoção do bem-estar global do cliente. No entanto, a questão relativa aos tipos específicos de exercícios mais adequados para o tratamento da lombalgia crónica permanece, ainda, objeto de debate e de investigação (Tomé et al., 2012).

A lombalgia crónica apresenta uma associação significativa com a falta de robustez física, com a

fraqueza muscular e com a má postura corporal, entre outros fatores predisponentes. Os exercícios de resistência são reconhecidos como uma intervenção terapêutica eficaz no controlo da lombalgia, uma vez que promovem o fortalecimento dos músculos do abdómen e da região lombar, desempenhando um papel crucial na estabilização e na proteção da coluna vertebral (Tomé et al., 2012).

Para além disso, a prática regular de atividade física aeróbica, com uma frequência média de três vezes por semana, tem sido correlacionada com a diminuição dos mediadores bioquímicos envolvidos na fisiopatologia da dor, bem como na redução do stresse oxidativo. A integração do fortalecimento muscular com exercícios de alongamento é amplamente utilizada tanto no tratamento como na prevenção da lombalgia crónica, contribuindo para a melhoria da função musculoesquelética e para a diminuição da recorrência de episódios álgicos (Martins & Longen, 2017).

A literatura científica indica que a técnica de Pilates se revela uma abordagem terapêutica eficaz no tratamento da lombalgia (Machado et al., 2017). Os exercícios de Pilates consistem na contração dos músculos abdominais durante a execução de movimentos dinâmicos ou na manutenção de posturas estáticas. Os músculos envolvidos nesta prática incluem os músculos da parede abdominal anterior, os músculos da parede abdominal posterior, os músculos extensores das coxas, os músculos flexores das coxas e os músculos do pavimento pélvico (Patti et al., 2016).

Desta forma, os exercícios fundamentados na técnica de Pilates podem ser recomendados para a melhoria dos níveis de dor e para a diminuição da incapacidade funcional em indivíduos com lombalgia. A implementação desta técnica em programas de reabilitação pode contribuir significativamente para a otimização da força muscular, da estabilidade e da mobilidade da coluna vertebral, fatores cruciais para a mitigação dos sintomas associados a esta condição (Patti et al., 2016).

Kroll (2015) analisa os métodos Back School e McKenzie como intervenções terapêuticas no tratamento da lombalgia, enfatizando a combinação de exercícios e de componentes educacionais específicos que visam não apenas diminuir o intervalo da dor, mas também a reabilitação e a prevenção de recorrências (Kroll, 2015).

O método Back School centra-se na educação dos clientes sobre a anatomia da coluna vertebral e os princípios mecânicos corporais, tendo como objetivo promover comportamentos adequados que favoreçam a saúde da coluna e previnam lesões. Por sua vez, o método McKenzie é fundamentado na avaliação clínica e na implementação de exercícios específicos que promovem a mobilização da coluna vertebral. Deste modo, ambos os métodos não se limitam ao tratamento da lombalgia, pois dotam os clientes de conhecimentos e de estratégias que promovem a prevenção de episódios futuros, contribuindo significativamente para a melhoria da sua qualidade de vida (Kroll, 2015).

### 3.1.2. Diabetes Mellitus

A diabetes *mellitus* é uma condição metabólica caracterizada pela elevação dos níveis de glicose no sangue, denominada hiperglicemia, causada por uma secreção insuficiente de insulina pelo pâncreas, por uma resistência à ação da insulina nos tecidos-alvo, ou por ambos os mecanismos (Guyton & Hall, 2021). A hiperglicemia crónica pode levar a complicações graves a longo prazo, incluindo lesões e disfunções em vários órgãos, particularmente nos olhos (retinopatia diabética), nos rins (nefropatia diabética), nos nervos (neuropatia diabética), no coração (cardiopatia isquémica) e nos vasos sanguíneos (doença aterosclerótica) (Parillo & Riccardi, 2004; Guyton & Hall, 2021).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (Norma 002/2011) a classificação da diabetes *mellitus* estabelece a existência de quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos:

- Diabetes tipo 1: é designada como diabetes insulino-dependente e caracteriza-se pela destruição autoimune das células beta. Esta destruição resulta numa deficiência absoluta de insulina, uma hormona essencial para a regulação dos níveis de glicose no sangue, desta forma, a diabetes é classificada como imune ou como idiopática;
- Diabetes tipo 2: é caracterizada pela resistência à insulina, que ocorre quando as células do organismo não respondem de forma adequada a hormona, associada a uma secreção insuficiente de insulina pelo pâncreas;
- Diabetes gestacional;
- Outros tipos específicos de diabetes.

(Direção-Geral da Saúde, 2011; Guyton & Hall, 2021)

#### 3.1.2.1. Epidemiologia

De acordo com a Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2021), a diabetes *mellitus* afetava cerca de 463 milhões de pessoas em todo o mundo em 2019, estimando-se que, em 2045, este número atinja os 700 milhões de pessoas. Portugal destaca-se entre os países europeus por apresentar uma das taxas de prevalência mais elevadas de diabetes *mellitus*. Em 2021, aproximadamente 14,1% da população portuguesa, com idades entre os 20 e 79 anos, apresentava diabetes *mellitus*, o que corresponde a cerca de 1,1 milhões de indivíduos. Adicionalmente, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa na prevalência da diabetes *mellitus* entre homens e mulheres, sendo mais prevalente no género masculino (Observatório Nacional da Diabetes, 2023).

Guyton & Hall (2021) destacam que a prevalência da diabetes *mellitus*, particularmente da diabetes *mellitus* tipo 2, tem apresentado um crescimento acentuado nas últimas décadas, fortemente associado ao aumento da obesidade e do sedentarismo. Esta forma da doença afeta principalmente adultos, embora a sua prevalência esteja a aumentar em jovens devido às mudanças nos estilos de vida. A diabetes tipo 1, menos comum, é geralmente diagnosticada em crianças e em adolescentes, com uma forte componente genética. Ambos os tipos de diabetes

contribuem significativamente para o aumento da morbidade e da mortalidade global.

Em 2022, estimou-se que 14% da população adulta com 18 ou mais anos vivia com diabetes, representando um aumento de 7% em relação a 1990. O número de pessoas com diabetes aumentou de 200 milhões em 1990 para 830 milhões em 2022, sendo que a prevalência da doença tem crescido de forma mais acentuada em países de baixo e de médio rendimento, em comparação com países de alto rendimento. Para além disso, verificou-se que 59% dos adultos com 30 ou mais anos, diagnosticados com diabetes, não estavam a receber terapêutica farmacológica para o controlo da doença. De forma mais abrangente, mais de metade das pessoas que vivem com diabetes não tomavam medicação para esta condição em 2022. A cobertura do tratamento foi particularmente baixa em países de baixo e de médio rendimento, refletindo desigualdades no acesso aos cuidados de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2024b).

No ano anterior, em 2021, a diabetes foi diretamente responsável por aproximadamente 1,6 milhões de óbitos, sendo que 47% destas mortes ocorreram antes dos 70 anos. Adicionalmente, a diabetes esteve na origem de cerca de 530 000 mortes por doença renal, e a hiperglicemia contribuiu para aproximadamente 11% da mortalidade associada a patologias cardiovasculares (Organização Mundial de Saúde, 2024b).

### **3.1.2.2. Fisiopatologia**

A fisiopatologia da diabetes *mellitus* tipo 2, de acordo com Guyton e Hall (2021), é caracterizada por um conjunto de alterações multifatoriais, associadas ao envelhecimento, a um estilo de vida pouco saudável, com destaque para a falta de exercício físico, para o sedentarismo e para a obesidade. A resistência à insulina e a disfunção progressiva das células beta do pâncreas assumem um papel central neste processo (Observatório Nacional da Diabetes, 2014; Guyton & Hall, 2021). Inicialmente, o organismo mantém a produção de insulina, mas as células, particularmente no fígado, nos músculos e no tecido adiposo, desenvolvem uma resistência crescente à sua ação. Esta resistência impede que a glicose seja eficazmente absorvida e utilizada pelas células, resultando em níveis elevados de glicose no sangue, condição conhecida como hiperglicemia (Observatório Nacional da Diabetes, 2014; Guyton & Hall, 2021).

Para compensar esta resistência, o pâncreas aumenta a produção de insulina, o que mantém os níveis de glicose relativamente controlados numa fase inicial. No entanto, com o tempo, as células beta perdem a capacidade de produzir insulina de forma adequada, resultando numa diminuição progressiva da secreção de insulina. Este declínio funcional é agravado por fatores como predisposição genética, inflamação crónica e acumulação de lípidos no pâncreas, que contribuem para a disfunção metabólica (Guyton & Hall, 2021).

A resistência à insulina no tecido adiposo também promove a lipólise, levando ao aumento da libertação de ácidos gordos livres para a corrente sanguínea. Estes ácidos exacerbam a

resistência à insulina e aumentam a produção de glicose pelo fígado, agravando ainda mais o quadro de hiperglicemia. Para além disso, a resistência à insulina nos músculos limita a utilização eficaz da glicose por este tecido (Guyton & Hall, 2021; Khardori, 2024).

Desta forma, a diabetes *mellitus* tipo 2 envolve uma combinação de resistência à insulina, de disfunção das células beta e de regulação inadequada dos níveis de glicose, o que resulta em hiperglicemia crónica e concorre para o desenvolvimento de complicações metabólicas, incluindo dislipidemia e um aumento substancial do risco de doenças cardiovasculares (Guyton & Hall, 2021).

### **3.1.2.3. Sinais e sintomas**

Os sintomas clássicos da diabetes *mellitus* incluem poliúria, polifagia e polidipsia. No entanto, estes sinais clínicos surgem apenas em casos de hiperglicemia grave, sendo mais comuns na diabetes *mellitus* tipo 1 e menos prevalentes na diabetes *mellitus* tipo 2, o que poderá levar a um diagnóstico tardio (Ramachandran, 2014; Organização Mundial de Saúde, 2024b).

A diabetes *mellitus* pode manifestar-se através de diversos sinais e sintomas, incluindo: poliúria, polifagia, polidipsia, perda de peso, fadiga, visão turva, alterações de humor, como irritabilidade, dificuldade de concentração, parestesias, atraso no processo de cicatrização de feridas, e uma maior suscetibilidade a infeções, particularmente infeções recorrentes do trato urinário, infeções genitais ou cutâneas (Ramachandran, 2014; Farmaki et al., 2020; Organização Mundial de Saúde, 2024b).

### **3.1.2.4. Diagnóstico**

O diagnóstico de diabetes *mellitus* é estabelecido com base nos seguintes parâmetros e valores de glicose no plasma venoso, aplicáveis à população em geral. Os critérios de diagnóstico incluem:

- Presença de sintomas clássicos (poliúria, polidipsia e perda de peso) associados a uma glicemia ocasional (realizada a qualquer hora do dia)  $\geq 200$  miligramas por decilitro (mg/dl);
- Glicemia em jejum  $\geq 126$  mg/dl;
- Glicemia  $\geq 200$  mg/dl duas horas após a sobrecarga oral de 75 gramas (g) de glicose (teste de tolerância à glicose);
- Hemoglobina glicada A1c  $\geq 6,5\%$ .

(Direção-Geral da Saúde, 2011; American Diabetes Association, 2022)

### **3.1.2.5. Regime Terapêutico na Diabetes Mellitus**

A manutenção dos níveis de glicemia o mais próximo possível dos valores de referência, juntamente com o controlo do perfil lipídico e da hipertensão, constitui um dos objetivos

primordiais do tratamento da diabetes *mellitus*. O tratamento inicial da diabetes *mellitus* implica o ajuste da dieta e a prática de exercício físico, apenas posteriormente deve considerar-se a introdução de medicação oral e/ou insulina (Infarmed, 2022a; American Diabetes Association, 2022).

A utilização de metformina em monoterapia é recomendada como primeira linha de terapêutica oral para a diabetes *mellitus* tipo 2, em conjunto com medidas não farmacológicas (regime alimentar e atividade física). No caso de intolerância à metformina, deve optar-se pelo uso de sulfonilureias, de inibidores da alfa-glicosidase, de inibidores da dipeptidil peptidase 4 ou de inibidores do transportador de sódio-glicose de tipo 2 (SGLT2) (Infarmed, 2022a; American Diabetes Association, 2022).

A associação de fármacos de segunda linha deve ser considerada apenas após a otimização das medidas não farmacológicas (regime alimentar + atividade física) e da terapêutica com metformina, até uma dose de pelo menos de 2000 miligramas por dia (mg/dia) ou a dose máxima tolerada (Infarmed, 2022a).

A evolução das insulinas incluiu a criação de diferentes tipos de preparações de análogos de insulina, como insulina de ação rápida, insulina de ação intermediária e insulina de ação prolongada. Estas diversas preparações permitem aos profissionais de saúde ajustar o tratamento às necessidades específicas de cada cliente, otimizando o controlo glicémico e reduzindo o risco de hipoglicemia (Skyler et al., 2017). O objetivo da terapêutica com insulina é “fornecer uma cobertura com insulina que se assemelhe o mais possível à produção de insulina endógena e que esta resulte no melhor controlo glicémico sem hipoglicemias” (Vallerand et al., 2016, p. 1671).

Uma alimentação saudável e equilibrada, aliada à prática regular de exercício físico, constitui uma componente essencial do tratamento de indivíduos com diabetes *mellitus* (Magkos et al., 2020). A adoção de uma dieta caracterizada por um elevado teor de gorduras e um baixo teor de fibras está associada não apenas ao aumento da obesidade, mas também ao desenvolvimento da intolerância à glicose (Wang & Hu, 2018).

A *American Diabetes Association* (2023) recomenda que 50 a 60% do valor energético total da dieta deve ser proveniente de hidratos de carbono, priorizando aqueles com baixo índice glicémico. Dentro desta percentagem de hidratos de carbono, uma porção significativa deve ser composta por fibra alimentar, sendo aconselhada uma ingestão mínima de 14 g de fibra por 1000 quilocalorias por dia (Kcal/dia).

Atualmente, a *American Diabetes Association* (2023) sugere a inclusão de alimentos que contenham hidratos de carbono, como grãos integrais, frutas e vegetais, todos com baixo teor de gordura. Para além disso, recomenda-se que a ingestão de sódio seja limitada a um máximo de 2.300 mg/dia, com o objetivo de promover uma alimentação saudável e contribuir para o

controlo da diabetes *mellitus* e para a redução do risco de complicações associadas.

A percentagem de gordura total consumida deve ser inferior a 30%, com a ingestão de ácidos gordos saturados limitada a menos de 7%. As gorduras polinsaturadas e monoinsaturadas têm demonstrado efeitos benéficos na ação da insulina, enquanto o consumo elevado de gorduras saturadas e uma dieta com alto teor de gordura total estão associados a uma diminuição da sensibilidade à insulina (American Diabetes Association, 2023).

O consumo de álcool pode influenciar os níveis de glicemia, diminuindo-os ou aumentando-os, dependendo da quantidade ingerida e dos tipos de alimentos consumidos em conjunto com o álcool. Assim, a American Diabetes Association (2023) recomenda que, em adultos, o consumo diário de álcool seja limitado a uma bebida padrão para as mulheres e a duas para os homens, sendo que uma bebida padrão corresponde a 17 g de etanol.

A atividade física refere-se a qualquer movimento corporal que resulta num gasto energético superior ao que ocorre em repouso (Colberg et al., 2016). O exercício físico, por sua vez, é caracterizado por um conjunto de atividades físicas programadas, estruturadas e realizadas de maneira sistemática, com o objetivo de melhorar a condição física de cada indivíduo (Colberg et al., 2016).

A prática de atividade física apresenta uma relação positiva com o controlo glicémico, uma vez que contribui para a melhoria da sensibilidade à insulina e para o controlo das comorbilidades que aumentam o risco de desenvolver diabetes *mellitus*, incluindo obesidade, dislipidemia, síndrome metabólica e processos inflamatórios (Pedersen & Saltin, 2015). Segundo os autores, a realização de exercícios, sejam estes aeróbios, de resistência ou uma combinação de ambos, durante um mínimo de 150 minutos por semana, resulta em efeitos benéficos no controlo glicémico, incluindo a redução dos níveis de hemoglobina glicada em indivíduos com diabetes *mellitus* (Pedersen & Saltin, 2015; American Diabetes Association, 2023). Contudo, Pedersen e Saltin (2015) enfatizam a necessidade de que a prática de exercício físico seja realizada sob supervisão adequada, garantindo a segurança e a eficácia das intervenções.

Church, et al. (2010) destacam que exercícios de alta intensidade proporcionam um controlo glicémico superior quando comparados a exercícios de baixa intensidade. No entanto, os autores salientam que a combinação de exercícios aeróbios e de resistência parece ser a abordagem mais eficaz na prescrição de atividade física para indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2. Os autores Van Dijk, et al. (2012) evidenciam que a realização de três sessões semanais de atividades aeróbicas de intensidade moderada a alta é efetiva no controlo da prevalência de hiperglicemias em clientes com diabetes *mellitus* tipo 2.

Por outro lado, Magkos, et al. (2020) indicam que, para que a prática de exercícios aeróbicos, como caminhadas, yoga e natação, contribua para o aumento da sensibilidade à insulina e a redução dos níveis de hemoglobina glicada, a duração das sessões deve ser de, pelo menos, 60

minutos.

A realização de atividade física deve ser programada para ocorrer sempre à mesma hora do dia, assegurando uma rotina estável. É crucial evitar variações significativas na intensidade e na duração do exercício. Ademais, a prática deve ser acompanhada por uma ingestão hídrica adequada, de modo a garantir a hidratação e a otimização do desempenho físico (Pedersen & Saltin, 2015).

### **3.1.3. Insuficiência Cardíaca**

A insuficiência cardíaca é uma síndrome complexa que resulta da incapacidade do coração em bombear sangue de forma eficaz para satisfazer as necessidades metabólicas do organismo, levando a um comprometimento na perfusão tecidual e à congestão venosa (Guyton & Hall, 2021). Esta condição está associada a elevados índices de morbidade e de mortalidade, afetando diretamente a qualidade de vida dos clientes diagnosticados com insuficiência cardíaca (Ziaeeian & Fonarow, 2016; Guyton & Hall, 2021).

A insuficiência cardíaca, enquanto síndrome complexa, apresenta diversas classificações que contemplam desde a gravidade e complexidade dos sintomas até à progressão da doença. Esta natureza multifacetada da insuficiência cardíaca exige uma abordagem terapêutica abrangente e coordenada, que combine múltiplos fármacos com alterações sustentadas no estilo de vida (Sousa et al., 2017).

#### **3.1.3.1. Epidemiologia - Insuficiência Cardíaca**

A insuficiência cardíaca constitui um grave problema de saúde pública, sendo a principal causa de internamento hospitalar entre clientes com 65 ou mais anos de idade. A prevalência global da insuficiência cardíaca é estimada em mais de 37,7 milhões de indivíduos (Ziaeeian & Fonarow, 2016). Estima-se que a prevalência desta condição varie entre 1% a 2%, aumentando significativamente com a idade, podendo atingir valores de 10% na população com mais de 70 anos (Ziaeeian & Fonarow, 2016; Fonseca et al., 2018).

Em Portugal, o estudo Epidemiologia da Insuficiência Cardíaca, realizado em 2011, estimou que a prevalência total da insuficiência cardíaca, na população adulta era de 4,36%. Esta taxa subiu para 12,67% na faixa etária dos 70-79 anos e alcançou 16,14% entre os indivíduos com mais de 80 anos. Projeções para o ano de 2035 indicam um aumento aproximado de 30% no número de clientes com insuficiência cardíaca em comparação com os dados de 2011. Estas previsões refletem as esperadas mudanças demográficas e o envelhecimento da população, sugerindo um aumento significativo no número de portugueses afetados por esta condição, podendo chegar a meio milhão de pessoas até 2035 (Fonseca et al., 2018).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2015), a insuficiência cardíaca em Portugal é responsável por mais de 50.000 dias de internamento e corresponde a 12,5% dos óbitos

hospitalares. Após a primeira hospitalização devido a insuficiência cardíaca descompensada, a sobrevida média estimada é de 2 a 3 anos para indivíduos do sexo masculino e de 1 a 7 anos para indivíduos do sexo feminino (Direção-Geral da Saúde, 2015; Fonseca et al., 2018).

### 3.1.3.2. Classificação - Insuficiência Cardíaca

A classificação da insuficiência cardíaca é baseada na fração de ejeção do ventrículo esquerdo, que é definida como a razão entre o volume de ejeção e o volume telediastólico. De acordo com esta definição, a insuficiência cardíaca pode ser categorizada em duas modalidades: insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada e insuficiência cardíaca com fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida (Ponikowski et al., 2016).

Os clientes com insuficiência cardíaca e fração de ejeção do ventrículo esquerdo preservada apresentam uma fração de ejeção igual ou superior a 50%. Normalmente, estes clientes não demonstram dilatação do ventrículo esquerdo, o que dificulta o diagnóstico. Em contrapartida, aqueles com insuficiência cardíaca e fração de ejeção do ventrículo esquerdo reduzida possuem uma fração de ejeção inferior a 50% (Ponikowski et al., 2016).

De acordo com a NYHA, a insuficiência cardíaca pode ser classificada com base na gravidade dos sintomas apresentados pelos clientes e na sua capacidade física. Esta classificação funcional estratifica a insuficiência cardíaca em quatro categorias:

#### Quadro 3 - Classificação da IC pela NYHA - adaptado da Sociedade Europeia de Cardiologia (2021)

Classe	Sintomas dos clientes
I	Sem restrição de atividade física. A atividade física normal não provoca dispneia, fadiga nem palpitações.
II	Restrição ligeira da atividade física. Confortável em repouso, mas a atividade física normal provoca dispneia, fadiga ou palpitações desajustadas.
III	Restrição acentuada da atividade física. Confortável em repouso, mas atividade física inferior ao normal provoca dispneia, fadiga ou palpitações desajustadas.
IV	Incapacidade de realizar qualquer atividade física sem sentir desconforto. Os sintomas podem manifestar-se mesmo em repouso. A realização de qualquer atividade física aumenta o desconforto.

A insuficiência cardíaca também pode ser classificada com base nas alterações estruturais e sintomáticas que ocorrem ao longo do desenvolvimento da doença, sendo dividida em quatro estádios:

**Quadro 4 - Classificação da insuficiência cardíaca pela alteração estrutural - adaptado da Sociedade Europeia de Cardiologia (2021)**

Estádio	Descrição
A	Elevado risco de insuficiência cardíaca, sem alterações estruturais cardíacas e sintomas.
B	Doença estrutural cardíaca, mas sem sinais e sintomas.
C	Doença estrutural cardíaca com sintomas recorrentes.
D	Insuficiência cardíaca refratária com necessidade de intervenção.

### 3.1.3.3. Fisiopatologia - Insuficiência Cardíaca

O desenvolvimento da insuficiência cardíaca requer a presença de uma condição cardíaca subjacente, que pode ser de natureza estrutural ou funcional (Ouzounian et al., 2008; Guyton & Hall, 2021). A fisiopatologia da insuficiência cardíaca é complexa, dado o seu caráter multifatorial e a diversidade de etiologias associadas. No entanto, o mecanismo fisiopatológico central é, geralmente, uma disfunção na contratilidade ventricular, desencadeada por fatores como sobrecarga de pressão, sobrecarga de volume ou comprometimento da função contrátil do miocárdio (Guyton & Hall, 2021).

A insuficiência cardíaca resulta, predominantemente, de uma redução na capacidade da contratilidade do miocárdio. Esta disfunção pode ser consequência de diversas condições patológicas, como o enfarte agudo do miocárdio ou doenças cardíacas crónicas, conduzindo a uma redução do débito cardíaco. A insuficiência cardíaca pode comprometer tanto a função sistólica, que se refere à capacidade do ventrículo em ejetar o sangue, como a função diastólica, relacionada com a capacidade de relaxamento e enchimento ventricular (Barry, 2014; Guyton & Hall, 2021).

Para compensar a função cardíaca comprometida, o organismo ativa vários mecanismos compensatórios. Um dos primeiros mecanismos é o aumento da pré-carga, no qual a elevação do volume diastólico pode inicialmente levar ao aumento do débito cardíaco, conforme a Lei de *Frank-Starling*. Entretanto, esta compensação pode levar a um aumento da pressão venosa, resultando em congestão venosa e em edema (Barry, 2014; Guyton & Hall, 2021).

A ativação do sistema nervoso simpático também é uma resposta compensatória, que ocorre em resposta à diminuição do débito cardíaco. Esta ativação aumenta a frequência cardíaca e a contratilidade, para além de elevar a resistência periférica total, contribuindo para a hipertensão arterial. Por sua vez, o sistema renina-angiotensina-aldosterona é ativado em resposta à diminuição da perfusão renal, levando à retenção de sódio e de água, o que aumenta o volume sanguíneo e a pressão arterial (Guyton & Hall, 2021).

Apesar de estes mecanismos poderem manter o débito cardíaco num primeiro momento, a sua ativação prolongada pode resultar num ciclo patológico. A retenção de líquidos aumenta a pressão de enchimento ventricular, levando a congestão pulmonar na insuficiência cardíaca

esquerda ou edema periférico na insuficiência cardíaca direita. Para além disso, a estimulação crónica do sistema nervoso simpático aumenta o consumo de oxigénio pelo miocárdio, agravando a isquemia e a disfunção cardíaca (Guyton & Hall, 2021).

#### **3.1.3.4. Sinais e Sintomas - Insuficiência Cardíaca**

Os sinais e sintomas da insuficiência cardíaca apresentam uma ampla variabilidade. Os sintomas mais frequentemente observados podem ser associados a sinais clínicos específicos, como ingurgitamento jugular, taquicardia, edema periférico e dispneia. Estes sinais e sintomas resultam de alterações estruturais e/ou funcionais do miocárdio, que culminam na diminuição do débito cardíaco e/ou na elevação das pressões intracardíacas, tanto em repouso como durante a atividade física (Ponikowski et al., 2016; Guyton & Hall, 2021).

Os sintomas mais frequentes são:

- **Dispneia:** é o sintoma mais característico da insuficiência cardíaca, embora nos estádios iniciais possa manifestar-se apenas durante a prática de atividade física. Este sintoma surge em decorrência de pressões pulmonares elevadas, que provocam o extravasamento de fluido dos capilares pulmonares para o interstício ou para os alvéolos. Consequentemente, resulta numa respiração rápida e superficial. Esta condição compromete a eficiência das trocas gasosas e reduz a complacência pulmonar, aumentando, assim, o trabalho respiratório (Phipps et al., 2007; Guyton & Hall, 2021);
- **Fadiga:** manifesta-se durante atividades que, anteriormente, não eram consideradas extenuantes e resulta de uma perfusão tecidual inadequada, decorrente da diminuição do débito cardíaco. A intolerância ao esforço é um sintoma frequentemente inaugural na disfunção diastólica, uma vez que o volume diastólico não pode ser aumentado devido à alteração estrutural do ventrículo esquerdo (Phipps et al., 2007; Guyton & Hall, 2021);
- **Taquicardia:** a frequência cardíaca aumenta como um mecanismo compensatório como tentativa de compensar a diminuição da capacidade de bombeamento do coração. No entanto, em indivíduos com insuficiência cardíaca, esta taquicardia diminui ainda mais o tempo de enchimento diastólico do ventrículo esquerdo, o que compromete adicionalmente a capacidade do coração de bombear o sangue de forma eficaz (Phipps et al., 2007; Guyton & Hall, 2021);
- **Edema** - desenvolve-se em consequência de pressões venosas elevadas, que forçam o fluido a infiltrar-se no tecido extravascular. Este fenómeno resulta na formação de edema, que apresenta sinal de Godet positivo e é indolor, ocorrendo predominantemente nas áreas mais suscetíveis à ação da gravidade, especialmente nos membros inferiores (Phipps et al., 2007; Guyton & Hall, 2021).

#### **3.1.3.5. Regime Terapêutico - Insuficiência Cardíaca**

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2003b), a adesão ao regime terapêutico é definida como o grau em que o comportamento de um indivíduo está alinhado com as recomendações dos profissionais de saúde, abrangendo não apenas a toma de fármacos, mas também a adesão às orientações dietéticas, às recomendações de exercício físico, às modificações no estilo de

vida e às restrições terapêuticas. Esta definição abrange, portanto, um espectro mais amplo de comportamentos de saúde, para além do cumprimento das prescrições farmacológicas, incluindo os padrões alimentares e de exercício físico (Organização Mundial da Saúde, 2003b).

A Sociedade Europeia de Cardiologia (2021) enfatiza a importância de um regime medicamentoso direcionado para a insuficiência cardíaca, particularmente para aqueles com fração de ejeção reduzida. A gestão farmacológica em clientes com insuficiência cardíaca é fundamental e inclui a utilização de antagonistas neuro-hormonais, como os inibidores da enzima de conversão da angiotensina, os antagonistas dos recetores mineralocorticóides e os beta-bloqueadores. Estes fármacos desempenham um papel crucial na redução da pré-carga, diminuindo o volume de sangue que o coração necessita bombear, e na redução da pós-carga, minimizando a resistência que o coração enfrenta durante a ejeção do sangue. Para além disso, alguns fármacos, como os inotrópicos positivos, podem aumentar a força de contração cardíaca (Ponikowski et al., 2016; Phipps et al., 2007; Guyton & Hall, 2021; McDonagh et al., 2021).

Os inibidores do transportador de sódio-glicose tipo 2, como a dapagliflozina e a empagliflozina, foram recentemente integrados no regime medicamentoso como agentes modificadores da doença na insuficiência cardíaca. Estes fármacos demonstraram benefícios significativos na redução da mortalidade cardiovascular e na diminuição das hospitalizações por insuficiência cardíaca, independentemente da presença de diabetes *mellitus* (Ponikowski et al., 2016). Os diuréticos, como a furosemida, são frequentemente utilizados para o controlo sintomático e para promover a excreção rápida de fluidos no organismo, aliviando assim a congestão (Guyton & Hall, 2021).

É importante evitar o uso de fármacos que possam agravar a insuficiência cardíaca, incluindo anti-inflamatórios não esteroides, betabloqueadores em certas situações, e antagonistas do cálcio. Para além disso, a vacinação contra a gripe e os pneumococos é recomendada para estes clientes, contribuindo para a prevenção de complicações infecciosas que podem piorar a condição clínica (Ponikowski et al., 2016; Phipps et al., 2007; Guyton & Hall, 2021).

O padrão alimentar recomendado para doentes com insuficiência cardíaca é orientado para reduzir a sobrecarga cardíaca e controlar fatores de risco associados à progressão da doença, como a hipertensão e a retenção de líquidos (Aquilani et al., 2003; Pinho et al., 2016). De acordo com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável, no documento "Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor de Saúde", vários estudos têm demonstrado uma ligação positiva entre a adoção do padrão alimentar mediterrânico e um aumento da proteção contra a mortalidade por diversas causas. Este padrão alimentar surge, assim, como um fator de proteção importante na prevenção de doenças crónicas, como o cancro, a diabetes *mellitus* tipo 2, a síndrome metabólica, a obesidade, e as doenças neurodegenerativas e cardiovasculares (Pinho et al., 2016).

A ingestão calórica recomendada varia entre os 28 e 35 quilocalorias por quilograma (kcal/kg),

conforme diferentes autores. Enquanto alguns especialistas sugerem um limite máximo de 28 kcal/kg outros indicam que a ingestão pode ir até 35 kcal/kg (Von Haehling et al., 2009). Relativamente aos hidratos de carbono, o consumo diário deve corresponder entre 50% e 60% do valor energético total, sendo preferível evitar o consumo excessivo de hidratos de carbono simples, uma vez que este pode promover a resistência à insulina (Aquilani et al., 2003). No que diz respeito às proteínas, as recomendações para um adulto saudável situam-se entre 0,8 e 1,0 gramas por quilograma de peso corporal por dia. No entanto, para clientes com insuficiência cardíaca, as necessidades proteicas aumentam para 1,1 gramas por quilograma por dia (g/kg/dia) em indivíduos com estado nutricional adequado, e para 1,5 a 2,0 g/kg/dia em casos de depleção nutricional (Aquilani et al., 2003).

De entre as principais recomendações alimentares para clientes com insuficiência cardíaca, a restrição de sódio é uma das mais relevantes, sendo geralmente recomendada para valores inferiores a duas a três gramas por dia. Esta limitação tem como objetivo controlar a retenção de líquidos, uma complicação frequente em clientes com insuficiência cardíaca, contribuindo assim para a prevenção do agravamento de sintomas como o edema e a dispneia (Jaarsma et al., 2021). Relativamente ao potássio, a recomendação diária é de duas a quatro g, uma vez que a sua ingestão está associada à redução da pressão arterial e à diminuição da mortalidade em clientes com insuficiência cardíaca (Von Haehling et al., 2009). No que respeita à ingestão de líquidos, Von Haehling et al. (2009) sugerem um consumo entre 1,5 a 2,0 litros por dia, com o intuito de aliviar a sintomatologia associada à insuficiência cardíaca, particularmente nos casos em que a sobrecarga hídrica pode agravar os sintomas clínicos.

De acordo com as recomendações de Pelliccia et al., (2021) sobre o padrão de exercício para clientes com insuficiência cardíaca, o exercício físico desempenha um papel fundamental na melhoria da qualidade de vida e na prevenção da deterioração cardíaca. Estudos demonstram que até mesmo atividades físicas moderadas têm um impacto positivo em clientes com insuficiência cardíaca, contrariando a visão inicial de que o exercício poderia agravar os sintomas (Pelliccia et al., 2021).

Atualmente, o exercício é amplamente recomendado em clientes com insuficiência cardíaca, sendo visto como um fator preditivo de sobrevida e uma ferramenta eficaz na reabilitação cardíaca. As recomendações atuais incluem a prática de diferentes tipos de exercícios, como exercícios aeróbicos, exercícios de resistência, exercícios respiratórios e exercícios aquáticos (Pelliccia et al., 2021). De acordo com Pelliccia et al., (2021), a dose ideal de exercício físico para clientes com insuficiência cardíaca crónica é a seguinte:

**Quadro 5 - Prescrição de exercícios para clientes com insuficiência cardíaca (Pelliccia et al., 2021)**

	Exercício Aeróbio	Exercício de Resistência
<b>Frequência</b>	3-5 dias/semana, idealmente todos os dias	2-3 dias/semana; Treino de equilíbrio diário
<b>Intensidade</b>	40-80% do pico de consumo de oxigénio	Escala de Borg $\leq 15$ (40-60% de uma repetição máxima)
<b>Duração</b>	20-60 minutos	10-15 repetições em pelo menos 1 conjunto de 8-10 exercícios diferentes para as partes superior e inferior do corpo
<b>Modo</b>	Contínuo ou intervalado	
<b>Progressão</b>	Regime de treino progressivamente crescente com controlos de seguimento regular (a cada 3-6 meses) 2-3 dias/semana; Treino de equilíbrio diário	Regime de treino progressivamente crescente com controlos de seguimento regular (a cada 3-6 meses)

No entanto, ainda não existe uma dose ideal de exercício definida para clientes com insuficiência cardíaca, e a prescrição deve ser individualizada com base na intensidade, na frequência e na duração adequadas a cada cliente (Pelliccia et al., 2021).

### 3.1.4. Hipertensão Arterial

A hipertensão arterial é uma doença crónica não transmissível, caracterizada por uma elevação persistente da pressão arterial nas paredes das artérias, acima dos valores considerados normais (Guyton & Hall, 2021). A pressão arterial é medida por dois parâmetros: a pressão sistólica, que representa a força exercida pelo sangue nas artérias durante a contração do coração (sístole), quando o sangue é expulso do coração; e a pressão diastólica, que corresponde ao período em que o coração está em repouso (diástole), permitindo o enchimento das cavidades cardíacas (Guyton & Hall, 2021).

#### 3.1.4.1. Epidemiologia

A hipertensão arterial é amplamente reconhecida como o principal fator de risco para doenças cardiovasculares e cerebrovasculares, como o enfarte agudo do miocárdio e o acidente vascular cerebral, que constituem causas significativas de morbilidade e de mortalidade a nível global (Sousa Uva et al., 2014).

De acordo com as Guidelines da European Society of Hypertension de 2023, a prevalência média global de hipertensão arterial, padronizada por idade, em adultos com idades compreendidas entre 30 e 79 anos, foi estimada, em 2019, em 34% nos homens e 32% nas mulheres. Em termos europeus, a prevalência mantém-se semelhante, embora com variações regionais. Nos países da Europa Ocidental, os valores registados são ligeiramente inferiores à

média global, enquanto que nos países da Europa Oriental, a prevalência é superior à média (Mancia et al., 2023). A pressão arterial sistólica apresenta um crescimento progressivo com o avançar da idade, ao passo que a pressão arterial diastólica aumenta até aos 50-60 anos, seguindo-se uma fase de estabilização e, posteriormente, uma ligeira diminuição. Estas alterações resultam num aumento da pressão de pulso com o envelhecimento (Mancia et al., 2023).

Na Europa, estima-se que a hipertensão arterial afete aproximadamente 35-40% da população. Em Portugal, a prevalência de hipertensão arterial na população adulta é de 42,6%, conforme os dados da Direção-Geral da Saúde (2013). No entanto, entre os indivíduos diagnosticados com hipertensão, menos de metade recebem tratamento com fármacos anti-hipertensores, e apenas 11,2% têm a pressão arterial controlada (Direção-Geral da Saúde, 2013). De acordo com um inquérito epidemiológico realizado em 2015 pelo Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, que analisou a população portuguesa residente com idades entre 25 e 74 anos, concluiu-se que 36% da população, correspondendo a cerca de 2,4 milhões de pessoas, sofria de hipertensão arterial (Rodrigues et al., 2017). Este dado realça a dimensão do problema de saúde pública que a hipertensão representa em Portugal.

#### **3.1.4.2. Fisiopatologia**

A hipertensão arterial pode ser desencadeada por dois mecanismos principais: o aumento da resistência vascular periférica e o aumento do débito cardíaco. O aumento da resistência periférica, que ocorre principalmente devido à vasoconstrição das arteríolas e pode ser estimulado pela ativação excessiva do sistema renina-angiotensina-aldosterona, o que provoca a liberação de angiotensina II, um potente vasoconstritor, e a retenção de sódio e de água pelos rins, contribuindo para o aumento do débito cardíaco e, conseqüentemente, da pressão arterial (Guyton & Hall, 2021).

Existem mecanismos de regulação da pressão arterial que atuam de forma imediata ou a curto prazo, geralmente num intervalo de segundos a minutos, podendo prolongar-se até três dias (Guyton & Hall, 2021). Estes mecanismos são predominantemente de origem neural e caracterizam-se pela sua elevada eficácia na resposta rápida a alterações da pressão arterial (Guyton & Hall, 2021). Entre os principais mecanismos estão os barorreceptores, localizados nas artérias carótidas e na aorta, que detetam variações de pressão e ajustam a resposta cardiovascular. Para além disso, o sistema nervoso central desempenha um papel crucial, atuando através dos ramos simpático e parassimpático para modular o tónus vascular e a frequência cardíaca. Os quimiorreceptores também participam neste controlo imediato, respondendo a alterações nos níveis de oxigénio, de dióxido de carbono e do pH sanguíneo (Guyton & Hall, 2021).

A regulação a longo prazo da pressão arterial é mediada por mecanismos de natureza humoral, que começam a atuar após alguns minutos e podem estender-se por dias. Estes mecanismos

são essenciais para o controlo da volemia, sendo o mais relevante o sistema renina-angiotensina-aldosterona, que regula a retenção de sódio e de água pelos rins. Outros mecanismos importantes incluem o controlo renal do volume sanguíneo, a modulação endotelial, e a ação da hormona antidiurética, que intervém na conservação de água pelos rins (Guyton & Hall, 2021).

Desta forma, a hipertensão arterial resulta de uma interação complexa entre vários sistemas fisiológicos que regulam a pressão arterial. Quando se verifica um desequilíbrio crónico nestes mecanismos, ocorre um aumento sustentado da pressão arterial (Guyton & Hall, 2021).

### **3.1.4.3. Regime Terapêutico na Hipertensão Arterial**

Os enfermeiros, enquanto profissionais de saúde com contato direto e frequente com a população, desempenham um papel central na educação para a saúde, promovendo estilos de vida saudáveis e contribuindo, assim, para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças. O diagnóstico de hipertensão arterial representa uma transição complexa na vida do indivíduo, exigindo adaptação e desenvolvimento de novas competências. Neste contexto, os enfermeiros assumem um papel determinante no apoio à adaptação da pessoa, promovendo estratégias que facilitam a aquisição de novos conhecimentos e de novas competências para a gestão e para a autogestão desta condição, com particular foco no regime medicamentoso, dietético e de exercício (Ferreira et al., 2016).

Os indivíduos diagnosticados com hipertensão arterial frequentemente têm prescritos fármacos anti-hipertensores, que visam, primordialmente, a redução e o controlo da pressão arterial para níveis inferiores a 140/90 milímetros de mercúrio (mmHg) em um curto espaço de tempo (Direção-Geral da Saúde, 2013). Os fármacos anti-hipertensores podem ser classificados em várias categorias, incluindo diuréticos, inibidores da enzima conversora da angiotensina, bloqueadores dos recetores da angiotensina II, bloqueadores dos canais de cálcio, e beta-bloqueadores. A escolha do tratamento deve ser individualizada, considerando as características clínicas de cada cliente, as comorbidades existentes, e a resposta ao tratamento anterior (Mancia et al., 2023).

A escolha do regime medicamentoso mais apropriado para cada cliente com hipertensão arterial deve ter em consideração uma variedade de fatores essenciais. Conforme indicado pela norma da Direção-Geral da Saúde (2013), é fundamental a recomendação, a implementação e a vigilância adequada das intervenções não farmacológicas. Para além disso, a idade do cliente é um aspeto relevante, assim como a presença de lesões coexistentes nos órgãos-alvo. É necessário também considerar os fatores de risco cardiovascular associados, bem como quaisquer doenças e condições clínicas que possam coexistir (Direção-Geral da Saúde, 2013).

As diretrizes da *European Society of Hypertension* de 2023 estabelecem uma abordagem sistemática e fundamentada para o tratamento farmacológico da hipertensão arterial (Mancia et

al., 2023). Recomenda-se, na maioria dos casos, que o tratamento inicial seja baseado na combinação de dois fármacos, especialmente para indivíduos que apresentam hipertensão não controlada, sendo as associações mais frequentes aquelas que incluem inibidores da enzima conversora da angiotensina ou antagonistas dos recetores da angiotensina II em combinação com bloqueadores dos canais de cálcio ou com diuréticos (Mancia et al., 2023). Este modelo de abordagem combinada visa maximizar a eficácia no controlo da pressão sanguínea, para além de minimizar os efeitos adversos associados ao uso de doses elevadas de um único princípio ativo (Mancia et al., 2023). Para além disso, os inibidores de SGLT2 e os antagonistas não esteroides da aldosterona podem ser integrados no tratamento da hipertensão arterial, em clientes com comorbidades como diabetes *mellitus* ou insuficiência renal (Mancia et al., 2023).

De acordo com Mancia et al. (2023), as mudanças comportamentais e no estilo de vida demonstraram-se eficazes na prevenção ou no retardamento da hipertensão arterial, bem como na redução do risco de doenças cardiovasculares. As principais alterações relacionadas com o padrão alimentar focam-se na restrição de sal, na moderação do consumo de álcool, no aumento da ingestão de frutas e vegetais, na redução e na manutenção de um peso corporal saudável, assim como na prática regular de exercício físico.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2013), as principais intervenções no estilo de vida, no âmbito de um padrão alimentar destinado à promoção da saúde cardiovascular, incluem várias recomendações essenciais. Entre estas, destaca-se a adoção de uma dieta equilibrada, caracterizada por uma elevada ingestão de legumes, leguminosas, verduras e frutas, e uma restrição no consumo de gorduras, particularmente as gorduras saturadas. Outro ponto fundamental é o controlo e a manutenção de um peso corporal saudável, com um índice de massa corporal situado entre 18,5 e 25 quilogramas por metro quadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), e o perímetro abdominal inferior a 94 centímetros (cm) nos homens e 80 cm nas mulheres, sendo estes indicadores importantes na prevenção de doenças associadas à hipertensão e de outras condições metabólicas.

A Direção-Geral da Saúde (2013), recomenda a restrição no consumo de álcool, dada a sua relação com o aumento do risco cardiovascular. O consumo de sal também deve ser significativamente reduzido, sendo aconselhado um valor inferior a 5,8 g por dia, de modo a prevenir o agravamento da hipertensão arterial e contribuir para o controlo da pressão arterial. Estas intervenções são pilares na gestão, na autogestão e na prevenção da hipertensão arterial, promovendo uma redução significativa do risco de complicações cardiovasculares associadas (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A relação entre os fatores dietéticos e a regulação da pressão arterial é complexa e não se limita apenas à ingestão de sal. Constituintes como proteínas, potássio, magnésio e cálcio desempenham um papel crucial na saúde cardiovascular, particularmente em indivíduos com hipertensão arterial (Santos et al., 2018). Estudos, como o de Mente, et al. (2009), destacam

que a ingestão elevada de potássio, presente em diversos alimentos, está fortemente associada à redução da pressão arterial, contribuindo para a diminuição do risco de eventos cardiovasculares. Esta relação é explicada pelo efeito do potássio na diminuição da resistência vascular periférica e na excreção de sódio pelos rins, promovendo uma melhor regulação da pressão arterial (Mente et al., 2009).

A dieta mediterrânea, reconhecida pela sua eficácia na promoção da saúde cardiovascular, possui características que a alinham com a Dieta "*Dietary Approaches to Stop Hypertension*". Ambas as dietas são intervenções alimentares equilibradas que favorecem um adequado equilíbrio entre sódio e potássio (Na/K), fundamental para o controlo da pressão arterial (Santos et al., 2018). Para além disso, a dieta mediterrânea destaca-se pela utilização de produtos locais e sazonais, tornando-a uma opção não só saudável, mas também acessível economicamente, o que facilita a sua aceitação por parte dos clientes (Santos et al., 2018).

Este padrão alimentar incorpora novas recomendações, como a substituição do sal por ervas aromáticas e a preferência por métodos de confeção tradicionais da região mediterrânica. Estas orientações promovem não só a redução do consumo de sódio, mas também a inclusão de alimentos ricos em potássio e outros nutrientes benéficos para a saúde cardiovascular (Santos et al., 2018). A Direção-Geral da Saúde (2013) recomenda que a prática de exercício físico seja realizada entre quatro a sete dias por semana, com uma duração de 30 a 60 minutos. Este regime de atividade física deve incluir exercícios aeróbios, que envolvem grandes grupos musculares e podem ser praticados através de atividades como dança, natação, caminhada e ciclismo (Monteiro et al., 2020). Estudos demonstram que a realização regular de exercícios aeróbios está associada a resultados positivos significativos, incluindo a redução da pressão arterial, diminuição da resistência vascular periférica, melhoria da qualidade do sono e, conseqüentemente, aumento da qualidade de vida (Monteiro et al., 2020).

A prática de exercícios aeróbios contribui ainda para uma redução substancial no índice de massa corporal, o que tem um impacto direto na diminuição do risco cardiovascular. A relação entre atividade física regular e a saúde cardiovascular é amplamente reconhecida, com evidências que demonstram que a prática consistente de exercício físico pode levar a uma diminuição do risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares (Vargas & Rosas, 2019).

A intensidade do exercício físico é um fator crucial na sua eficácia para a promoção da saúde cardiovascular, sendo que a prática de exercícios de intensidade moderada se revela como a mais benéfica para os indivíduos, conforme demonstrado por (Müller et al., 2023). Os autores salientam que os exercícios de baixa ou de elevada intensidade não produzem os mesmos efeitos positivos que os de intensidade moderada, os quais se associam a melhorias significativas na saúde cardiovascular de pessoas com hipertensão arterial.

Durante a atividade física, é fundamental que a pressão arterial sistólica não ultrapasse os 220

mmHg e que a pressão arterial diastólica se mantenha igual ou inferior a 105 mmHg. Em indivíduos classificados como de baixo ou de moderado risco cardiovascular, é possível realizar exercícios de alta intensidade, os quais podem levar a picos temporários de pressão arterial que excedam os 240 mmHg (Müller et al., 2023).

#### **3.1.4.4. Relação entre a Dor e a Hipertensão Arterial**

De acordo com o estudo *Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade*, realizado em Portugal entre 2011 e 2012, a prevalência de hipertensão arterial na população portuguesa foi estimada em 42,2% (Polonia et al., 2014). Por outro lado, um estudo desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge em 2015 indicou que 36% da população portuguesa apresenta hipertensão arterial. Este estudo evidenciou ainda uma maior prevalência da hipertensão arterial na faixa etária mais idosa (71,3%) e no sexo masculino (39,6%) (Nunes et al., 2017).

A pressão sanguínea é determinada pela interação de dois fatores principais: o débito cardíaco e a resistência vascular periférica. Na hipertensão arterial primária, o aumento persistente da resistência vascular periférica constitui o principal mecanismo subjacente, resultando, frequentemente, de um desequilíbrio entre fatores vasoconstritores e vasodilatadores. Os sistemas reguladores mais relevantes neste processo são o sistema nervoso simpático e o sistema renina-angiotensina-aldosterona, que desempenham um papel fundamental na regulação hemodinâmica (Guyton & Hall, 2021). O débito cardíaco, por sua vez, é influenciado por diversos fatores, incluindo a contratilidade e o relaxamento do miocárdio, o volume sanguíneo circulante, o retorno venoso e a frequência cardíaca. Estas variáveis interagem de forma complexa e dinâmica para garantir a perfusão tecidual adequada, sendo o seu desequilíbrio uma contribuição adicional para a fisiopatologia da hipertensão arterial (Guyton & Hall, 2021).

A dor provoca uma resposta de stresse no organismo, mediada pela ativação do eixo hipotálamo-hipófise-glândula suprarrenal e do sistema nervoso simpático, com consequente libertação de cortisol e de catecolaminas. Esta resposta neuroendócrina resulta numa elevação da pressão sanguínea como adaptação ao estímulo doloroso (Reynolds & Minic, 2023; Silva et al., 2024). Em situações de dor aguda, é acionado um mecanismo compensatório mediado pelos barorreceptores, que promove a redução da pressão sanguínea, ao mesmo tempo que ativa o sistema endógeno de analgesia, com o objetivo de suprimir os estímulos dolorosos e manter a homeostasia. Este fenómeno é designado por hipoalgesia causada por hipertensão arterial (Reynolds & Minic, 2023; Silva et al., 2024). No entanto, em casos de dor crónica, a função dos barorreceptores encontra-se comprometida, o que leva a uma elevação persistente da pressão sanguínea. Estudos demonstram que a hipertensão arterial é mais prevalente em indivíduos com dor crónica. Para além disso, em clientes hipertensos, a dor crónica pode dificultar o controlo da pressão sanguínea, tornando mais difícil alcançar um controlo adequado dos níveis

tensionais e prejudicando a eficácia do tratamento (Reynolds & Minic, 2023; Silva et al., 2024).

Os fármacos analgésicos apresentam efeitos variados sobre a pressão sanguínea, dependendo da sua classe terapêutica. No caso do paracetamol, os dados disponíveis são inconclusivos, sendo a sua influência na pressão sanguínea alvo de controvérsia. Em contraste, os anti-inflamatórios não esteroides têm sido amplamente associados a um aumento da pressão sanguínea, atribuível aos seus efeitos sobre a retenção de sódio, sobre a redução da síntese de prostaglandinas vasodilatadoras e sobre o aumento da resistência vascular periférica (Saccò et al., 2013; Rivasi et al., 2022; Silva et al., 2024).

Os opioides, por sua vez, estão frequentemente associados a eventos de hipotensão e de hipotensão ortostática, efeitos adversos que resultam da sua ação central depressora sobre o sistema nervoso autónomo e do relaxamento do tónus vascular. Por último, os fármacos adjuvantes utilizados na gestão da dor, como os antidepressivos tricíclicos e os inibidores da recaptção de serotonina e de noradrenalina, estão ligados aos efeitos hipertensivos, devido à potenciação da transmissão adrenérgica e ao aumento da resistência vascular periférica (Saccò et al., 2013; Rivasi et al., 2022; Silva et al., 2024).

A dor crónica está associada a uma redução marcada da atividade física, ao desenvolvimento de níveis de stresse e de ansiedade, e à predisposição para o desenvolvimento de obesidade severa. Estes fatores comportamentais e metabólicos representam determinantes de risco significativos para a gênese e/ou progressão da hipertensão arterial, evidenciando uma relação bidirecional entre estas condições patológicas (Mancia et al., 2023).

### **3.1.5. Autocuidado e Autogestão na Pessoa em Situação Crónica**

O autocuidado é um conceito fundamental na enfermagem, tanto enquanto disciplina como na prática profissional. A enfermeira americana Dorothea Orem, na sua Teoria do Autocuidado, defende que os indivíduos desenvolvem um conjunto de atividades orientadas para o seu próprio benefício, com o intuito de preservar a vida, de garantir o funcionamento adequado do organismo e de promover o seu desenvolvimento. Orem sublinha que o autocuidado é uma competência adquirida e desenvolvida ao longo da vida, influenciada por diversos fatores, incluindo o desenvolvimento pessoal, as experiências vívidas, o contexto cultural e as condições de vida. Esta abordagem teórica realça a importância do autocuidado como um elemento crucial para a promoção da saúde e para a prevenção de doenças (Orem, 1993).

A Organização Mundial da Saúde (2022) define o autocuidado como um conjunto de atividades que os indivíduos realizam por si mesmos, em colaboração com a família e com os vizinhos, com o objetivo de estabelecer e de manter a sua saúde, prevenir doenças e promover o seu bem-estar. Esta definição abrange ações individuais, assim como práticas que incluem a promoção da saúde, a prevenção e o controlo de doenças, a autoadministração de medicação, bem como a procura de cuidados de saúde primários, de cuidados especializados e de serviços de

reabilitação (Organização Mundial da Saúde, 2022).

Segundo Silva (2020), viver com uma doença crónica exige que o indivíduo realize uma gestão eficaz dos sintomas, se adapte às modalidades de tratamento e incorpore novos conceitos que o possibilitem enfrentar as exigências diárias associadas à nova condição de saúde. O aparecimento inesperado de uma doença crónica provoca uma rutura significativa com o estilo de vida anterior, resultando numa alteração abrupta não apenas para o indivíduo em questão, mas também para a sua família. Para aqueles que vivem com doenças crónicas, o autocuidado é definido como um processo dinâmico de aprendizagem, que se desenvolve através da experiência e da exploração dos limites impostos pela doença. Este processo implica a identificação de respostas físicas e psicológicas à condição de saúde e exige um planeamento sistemático para a gestão das atividades diárias. Assim, o autocuidado representa um caminho de adaptação e de autoconhecimento, capacitando o indivíduo a formular estratégias que lhe permitam viver de forma plena e satisfatória, mesmo diante dos desafios provocados pela doença (Kralik et al., 2010).

Um dos conceitos fundamentais desta teoria é o requisito de autocuidado, definido como um conjunto de ações necessárias para garantir o bem-estar do indivíduo e a satisfação das suas necessidades essenciais de saúde (Orem, 1991). Estes requisitos encontram-se organizados em três categorias: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Os requisitos universais dizem respeito às necessidades comuns a todos os seres humanos, independentemente da idade ou do estado de saúde. São essenciais para a manutenção da integridade estrutural e funcional do organismo e incluem aspetos como a ingestão adequada de água, de ar e de nutrientes, o equilíbrio entre a atividade e o repouso, a eliminação eficiente de resíduos corporais e a promoção da interação social (Tomey & Alligood, 2002). Estes requisitos resultam de fatores internos e externos que influenciam o bem-estar do indivíduo ao longo do ciclo de vida.

Os requisitos de desenvolvimento estão relacionados com os processos de crescimento e de maturação, bem como com eventos que representam transições significativas na vida do indivíduo. Exemplos deste tipo de requisitos são: a infância, a adolescência, a gravidez, o envelhecimento, o casamento, o divórcio ou a perda de um ente querido (Orem, 1991). Estas circunstâncias podem comprometer a capacidade do indivíduo para gerir o seu autocuidado, exigindo ajustamentos para garantir a continuidade da promoção da saúde e da qualidade de vida (Tomey & Alligood, 2002).

Os requisitos de desvio de saúde referem-se às necessidades de autocuidado decorrentes da presença de doença, de deficiência ou de incapacidade. Estas condições podem ser de origem genética, podem resultar de alterações estruturais ou funcionais, de processos patológicos ou de intervenções terapêuticas (Orem, 1991). Indivíduos que enfrentam doenças agudas ou crónicas podem necessitar de suporte adicional para a gestão do seu autocuidado, seja através

da assistência de profissionais de saúde ou de cuidadores informais (Tomey & Alligood, 2002).

A resposta a estas necessidades implica a implementação de sistemas de autocuidado terapêutico, que podem ser desenvolvidos pelo próprio indivíduo ou por terceiros. A complexidade destes sistemas aumenta de acordo com a gravidade da condição de saúde e a necessidade de assistência contínua (Taylor & Alligood, 2002). Neste contexto, surge o conceito de agente de autocuidado terapêutico, definido por Orem como o indivíduo responsável por garantir a satisfação das necessidades terapêuticas de autocuidado de uma pessoa dependente. Estes agentes podem ser profissionais de saúde ou cuidadores informais organizados para prestar assistência, conforme referido por Queirós (2010).

A estruturação dos requisitos de autocuidado e a sua aplicação prática permitem um planeamento mais eficaz das intervenções de enfermagem, facilitando a prestação de cuidados baseados na melhor evidência disponível e promovendo, sempre que possível, a autonomia do indivíduo. Assim, a teoria de Orem continua a ser um referencial essencial para a prática de enfermagem, contribuindo para a melhoria dos resultados em saúde e para a otimização dos sistemas de prestação de cuidados.

O modelo proposto por Backman e Hentinen classifica o autocuidado em quatro categorias, tendo em conta as condições individuais de cada cliente e os significados que estes atribuem às suas ações. As categorias identificadas são: autocuidado responsável, autocuidado formalmente guiado, autocuidado independente e autocuidado abandonado (Sequeira, 2012, citado por Backman & Hentinen, 1999).

O autocuidado responsável caracteriza-se pela adoção de uma postura ativa e responsável nas suas atividades diárias e na gestão do seu processo de saúde e de doença. Estas pessoas apresentam uma necessidade aumentada de informação, confirmando a importância de compreender a sua condição para uma gestão eficaz da saúde (Sequeira, 2012, citado por Backman & Hentinen, 1999). O autocuidado formalmente guiado encontra-se em indivíduos que se distinguem pela regularidade e pela rotina nas suas atividades diárias, cumprindo rigorosamente as orientações terapêuticas dadas pelos profissionais de saúde. Esta conformidade reflete um entendimento claro das diretrizes recebidas e a sua aplicação prática diária (Sequeira, 2012, citado por Backman & Hentinen, 1999). O autocuidado independente é identificado em indivíduos que adotam uma abordagem crítica e personalizada perante as suas atividades diárias e na gestão da sua saúde e doença. Estas pessoas tendem a questionar e a duvidar das soluções propostas pelos profissionais de saúde, demonstrando uma procura ativa por informações que lhes permitam tomar decisões mais informadas sobre o seu autocuidado (Sequeira, 2012, citado por Backman & Hentinen, 1999). Por fim, o autocuidado abandonado é caracterizado por um comportamento de negligência e de irresponsabilidade em relação às suas atividades diárias e à gestão do seu processo de saúde e de doença. Este perfil evidencia uma falta de envolvimento e um distanciamento significativo das práticas de autocuidado, revelando

a necessidade de intervenções que visem reverter esta situação (Sequeira, 2012, citado por Backman & Hentinen, 1999).

O conceito de autogestão é frequentemente associado ao conceito de autocuidado, ao ponto de muitos autores considerarem-nos indistintos (Coster & Norman, 2009). Contudo, Coulter e Ellins (2006) defendem que, apesar da sua proximidade, estes conceitos apresentam diferenças subtis de significado. A educação para a autogestão é exclusivamente reconhecida como uma das principais atividades para fomentar o autocuidado em pessoas com doença crónica (Coulter & Ellins, 2006). O conceito de autogestão é definido pelo Conselho Internacional de Enfermagem (2019) como uma “atividade realizada pelo próprio indivíduo”. A literatura científica descreve a autogestão como um “processo dinâmico e contínuo de autorregulação, derivado do autocuidado em contextos de condições crónicas de saúde” (Padilha, 2013, p. 51).

A autogestão de uma condição crónica exige que os indivíduos realizem diversas atividades diárias, incluindo a adesão a um regime medicamentoso, a implementação de alterações no estilo de vida e nos comportamentos, a adoção de um plano alimentar específico, a prática regular de exercício físico e a promoção de mudanças nos domínios psicológico, familiar e social. Estas questões aumentam a complexidade e os desafios inerentes ao processo (Thombs et al., 2017). A autogestão é modulada pela forma como o indivíduo vivencia o seu processo de transição saúde-doença, constituindo-se como um estímulo central na ação da enfermagem (Bastos, 2013).

Relativamente à gestão da dor, esta pode ser conduzida tanto por profissionais de saúde como pelo próprio indivíduo. Segundo LeFort e McGillion (2021), a autogestão constitui uma etapa crucial no tratamento da dor. Contudo, estes autores sublinham que, de forma geral, os indivíduos encontram-se insuficientemente preparados para uma autogestão eficaz, evidenciando lacunas na implementação de intervenções preventivas, na identificação de sinais de alerta e na procura de apoio especializado de forma atempada. Assim, torna-se essencial promover o empoderamento do cliente, o que envolve a ampliação da sua capacidade de tomar decisões informadas e o desenvolvimento de competências individuais que lhes permitam um controlo ativo da dor (Pekonen et al., 2020).

Devan et al. (2018) afirmam que a eficácia da autogestão da dor depende fortemente da motivação e da intenção dos indivíduos em tomar medidas para enfrentar a dor e os fatores de risco associados. No entanto, muitas vezes, estes indivíduos não têm clareza sobre as ações adequadas a adotar. Nesse contexto, a influência de profissionais de saúde, assim como o apoio de familiares, de amigos e de colegas de trabalho, desempenha um papel crucial na divulgação de conhecimento, na melhoria da comunicação e na criação de um ambiente de suporte, que contribui para que os indivíduos se sintam valorizados, compreendidos e capacitados para receber a assistência necessária (Devan et al., 2018).

### **3.1.6. A Transição vivenciada pela Pessoa em Situação Crónica**

As doenças crónicas acarretam implicações de natureza multidimensional, pois não se restringem apenas a problemas físicos, envolvendo uma experiência complexa que requer uma abordagem abrangente e holística. Esta abordagem deve contemplar não apenas os aspetos físicos, mas também os fatores psicológicos, sociais e espirituais, com ênfase no bem-estar e na melhoria da qualidade de vida do cliente (Paldron et al., 2004).

Com o desenvolvimento de uma doença crónica, o indivíduo enfrenta alterações que ultrapassam o impacto meramente biológico, implicando uma adaptação profunda e contínua (Silva, 2020). Este contexto de adaptação exige que a prática de enfermagem adote uma abordagem centrada na pessoa, visando não apenas o controlo de sintomas físicos, mas também a promoção de estratégias de resiliência que apoiem o equilíbrio emocional, social e espiritual do cliente. Assim, o enfermeiro assume um papel fundamental no apoio a esta adaptação, promovendo não só o autocuidado, mas também a capacidade do indivíduo para enfrentar os desafios complexos associados à doença crónica (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Meleis, 2012).

No contexto dos doentes crónicos complexos, a Teoria de Enfermagem de Afaf Meleis proporciona um referencial particularmente relevante para compreender e abordar, de forma precisa, as transições experienciadas pela pessoa ao longo do seu percurso clínico. Esta teoria salienta que as transições envolvem mudanças que podem ser complexas e desafiadoras, requerendo orientações específicas para facilitar o processo de adaptação e reduzir o impacto negativo na saúde e no bem-estar do indivíduo. De acordo com Meleis, estas mudanças compreendem diferentes tipos de transição: saúde-doença, desenvolvimento, situacionais e organizacionais, que muitas vezes coexistem e interagem entre si, aumentando a complexidade do processo de adaptação (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Meleis, 2012).

Na Teoria das Transições, Meleis e colaboradores (2000) apresentam conceitos centrais como a natureza do processo de transição, os condicionalismos que podem facilitar ou dificultar o processo e os padrões de resposta associados às transições. Relativamente à natureza das transições, estas são definidas de acordo com o tipo, os padrões e as suas propriedades. Existem cinco propriedades principais: a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, a duração temporal e os eventos críticos (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Meleis, 2012).

A consciencialização, que diz respeito à perceção, à compreensão e ao reconhecimento do processo de transição por parte do indivíduo, é uma propriedade essencial. A ausência de consciencialização sobre a necessidade de mudança pode indicar que a pessoa ainda não iniciou o seu processo de transição. O nível de consciencialização influencia o grau de envolvimento, pois é difícil participar num processo de transição que não se compreende. Esta propriedade é influenciada pela perceção individual, pela experiência prévia, pelas crenças, pelas atitudes

culturais, pelos significados atribuídos à situação, pelo nível de preparação, pelo conhecimento e, naturalmente, pelo contexto socioeconómico (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Meleis, 2012).

Quanto aos padrões de resposta, os autores identificam dois tipos de indicadores: indicadores de processo e indicadores de resultado. Os indicadores de processo incluem aspetos como a interação da pessoa com o ambiente, o sentido de pertença, o sentido de orientação e o desenvolvimento de confiança e de estratégias de *coping*. Os indicadores de resultado, por sua vez, refletem a mestria de novas competências e a integração de uma identidade mais fluída e adaptada ao contexto de transição (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Meleis, 2012).

A Teoria das Transições atribui um papel fundamental aos enfermeiros como facilitadores das transições, através de intervenções específicas que auxiliam o indivíduo em momentos de vulnerabilidade. A responsabilidade do enfermeiro neste processo inclui identificar os tipos de transição, reconhecer as condições facilitadoras e inibidoras, avaliar o impacto das transições nos aspetos emocionais, físicos e sociais do cliente e implementar intervenções que promovam a adaptação e a redução do sofrimento. As intervenções de enfermagem podem incluir a educação para a saúde, com o objetivo de fornecer o conhecimento sobre a condição e capacitar o indivíduo para gerir os seus sintomas, a orientação para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, essenciais para lidar com as mudanças e com os desafios impostos pela transição (Meleis, 2010; Meleis et al., 2000; Meleis, 2012).

### **3.1.7. Continuidade de Cuidados à Pessoa com Dor Crónica**

O Plano Nacional de Saúde sublinha a necessidade de colocar o cliente no centro do sistema de saúde, uma premissa que assume uma relevância particular no contexto da dor crónica. Esta abordagem não se limita à centralização do cliente, mas procura promover uma gestão integral e personalizada das suas condições de saúde. No caso da dor crónica, uma condição persistente e com um impacto significativo na qualidade de vida, é essencial adotar estratégias que envolvam o cliente de forma ativa no seu próprio processo de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2022). Para alcançar este objetivo, torna-se imperativo promover o envolvimento e a capacitação tanto do cliente como da sua família, de forma a tornarem-se agentes ativos na gestão e na autogestão da sua condição. Tais medidas são fundamentais não apenas para o controlo da dor, mas também para a melhoria global da saúde e do bem-estar do cliente (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Os sistemas de saúde, inicialmente projetados para responder a situações de saúde agudas, estão atualmente a passar por um processo de adaptação e de transformação, tendo em vista as necessidades de uma população cada vez mais envelhecida e, predominantemente, afetada por condições crónicas, como é o caso da dor crónica. Estas condições crónicas exigem um modelo de cuidados que privilegie a continuidade, a proximidade e a integração dos serviços de saúde, de forma a garantir uma abordagem mais eficaz e centrada no cliente (Direção-Geral da Saúde, 2017a; Direção-Geral da Saúde, 2017b).

A continuidade dos cuidados é um conceito fundamental neste contexto, sendo definida como a "(...) sequencialidade, no tempo e nos sistemas de saúde e de segurança social, das intervenções integradas de saúde e de apoio social" (Decreto-Lei n.º 101/2006, 2006, p. 3857). Este conceito implica que as intervenções de saúde e de apoio social sejam planeadas e implementadas de forma contínua e coordenada, assegurando que o cliente receba cuidados adequados ao longo do tempo, especialmente em situações de cronicidade.

A Direção-Geral da Saúde (2003) destaca a relevância de que a dor, bem como os efeitos da sua terapêutica, sejam sistematicamente valorizados, diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde. Esta prática deve ser encarada como uma norma de excelência clínica e uma rotina essencial na abordagem humanizada às pessoas de todas as idades que sofram de dor, seja esta de carácter agudo ou crónico. Neste contexto, a intensidade da dor deve ser equiparada, em termos de importância, aos sinais vitais, integrando-se de forma sistemática no processo de avaliação clínica e no registo de dados (Direção-Geral da Saúde, 2003). Em conformidade com as orientações da Circular Normativa de 14 de junho de 2003, os profissionais de saúde são convocados a realizar uma avaliação contínua e regular da intensidade da dor, garantindo a sua documentação apropriada. Este procedimento tem como objetivo otimizar o regime terapêutico e, simultaneamente, assegurar a continuidade dos cuidados prestados à pessoa com dor crónica. Assim, promove-se não apenas a eficácia do controlo da dor, mas também uma abordagem que valoriza a qualidade dos cuidados de saúde e a humanização do atendimento (Direção-Geral da Saúde, 2003).

O Programa Nacional de Controlo da Dor reforça a importância de uma cooperação ativa entre diversas entidades e níveis de prestação de cuidados de saúde. Este programa prevê a integração dos Cuidados de Saúde Primários, dos Cuidados de Saúde Hospitalares e da RNCCI, entre outros, com o propósito de oferecer um tratamento especializado, diferenciado e contínuo para o controlo da dor. A implementação desta estratégia integrada visa não apenas proporcionar um alívio efetivo da dor, mas também assegurar que as intervenções sejam centradas no cliente e fundamentadas na melhor evidência disponível, promovendo a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com dor crónica (Direção-Geral da Saúde, 2017b).

Em suma, o acompanhamento contínuo e sistemático dos profissionais de saúde à pessoa que vive com dor crónica deve centrar-se prioritariamente na resposta às necessidades específicas do indivíduo e da sua família. Este acompanhamento implica uma abordagem integrada e coordenada que assegure a continuidade e a articulação eficaz dos cuidados de saúde em diferentes níveis e contextos assistenciais.

## 3.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 76 anos | Feminino

## 3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-10-11 09:00:00	Insulina aspártico (FIASP) SC (6 UI - peq. Almoço; 4 UI - almoço; 6 UI - jantar)	
2024-10-11 09:00:00	Insulina glargina (TOUJEO) SC (28 UI - peq. almoço)	
2024-10-11 09:00:00	Pantoprazol, 20 mg PO - (1 comp - jejum)	
2024-10-11 09:00:00	Furosemida, 40 mg PO - (2 comp - jejum)	
2024-10-11 09:00:00	Perindopril + amlodipina, 5 + 5 mg - (1 comp - peq. almoço)	
2024-10-11 09:00:00	Empagliflozina + linagliptina, 10 + 5 mg PO (1 comp - peq. almoço)	
2024-10-11 09:00:00	Nebivolol, 5 mg PO (1 comp - peq. Almoço; 1 comp - jantar)	
2024-10-11 09:00:00	Rilmenidina, 1 mg PO (1 comp - peq. Almoço; 1 comp - jantar)	
2024-10-11 09:00:00	Edoxabano, 30 mg PO (1 comp - jantar)	
2024-10-11 09:00:00	Bupropiona, 150 mg PO (1 comp - jantar)	

### 3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro define que é da competência do mesmo proceder "(...) à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detém, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais" (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 103).

Face ao exposto, no presente capítulo, serão discutidos os propósitos terapêuticos que se revelam fundamentais para o processo de tomada de decisão em enfermagem. Serão igualmente, descritos os mecanismos de ação, os efeitos adversos, a classificação farmacológica e as atividades de vigilância que devem ser implementadas pelos enfermeiros, com vista a garantir a segurança e a eficácia na gestão e na autogestão do tratamento.

**Insulina aspártico (FIASP)**

A insulina aspártico é um análogo da insulina recombinante, classificada como uma insulina biossintética de ação rápida. O efeito hipoglicemiante da insulina aspártica resulta da sua capacidade de facilitar a absorção da glicose, promovendo a ligação da insulina aos recetores nas células musculares e adiposas, ao mesmo tempo que inibe a produção de glicose pelo fígado (Vallerand et al., 2016; Infarmed, s.d.c).

Em comparação com a insulina humana solúvel, a insulina aspártica apresenta um início de ação mais rápido, o que se traduz em concentrações de glicose mais baixas nas medições realizadas nas primeiras quatro horas após a refeição. A redução da glicose no sangue inicia-se entre 10 a 20 minutos após a injeção, alcançando um efeito máximo entre uma a três horas após a administração, com uma duração total de efeito que varia entre três a cinco horas (Infarmed, s.d.c).

Na zona de administração da insulina, podem ocorrer reações locais como dor, rubor, hematoma, edema e prurido. Para além disso, podem surgir complicações como lipodistrofia ou amiloidose cutânea, as quais podem comprometer a absorção da insulina e, por conseguinte, prejudicar o controlo glicémico. Por esta razão, é essencial alternar os locais de administração da insulina para minimizar estas complicações (Vallerand et al., 2016; Infarmed, s.d.c).

Devido ao risco de hipoglicemia, é essencial que as atividades de vigilância de enfermagem integrem a monitorização regular dos níveis de glicose no sangue. Para além disso, é fundamental proporcionar ao cliente o conhecimento necessário sobre os sinais e os sintomas que possam indicar a ocorrência de hipoglicemia. Esta abordagem visa promover uma gestão e uma autogestão eficaz da sua condição clínica, assegurando assim uma resposta adequada às variações glicémicas e prevenindo possíveis complicações associadas (Vallerand et al., 2016; Infarmed, s.d.c).

**Insulina glargina (TOUJEO)**

A insulina glargina é um análogo da insulina humana desenvolvido para apresentar uma solubilidade reduzida em pH neutro, sendo definida como uma insulina de ação prolongada. A sua principal função consiste na regulação do metabolismo da glicose. Os efeitos da insulina e dos seus análogos incluem a diminuição dos níveis glicémicos, promovendo a captação periférica da glicose, especialmente pelo músculo esquelético e pelo tecido adiposo, ao mesmo tempo que inibe a produção hepática de glicose. Para além disso, a insulina atua inibindo a lipólise no adipócito e a proteólise, ao mesmo tempo que estimula a síntese de proteínas, contribuindo para a homeostase metabólica (Vallerand et al., 2016; Infarmed, s.d.d).

A insulina deve ser administrada uma vez por dia, a qualquer hora, desde que a administração ocorra sempre à mesma hora diariamente. A posologia, que inclui tanto a dose quanto o momento da administração, deve ser ajustado de forma individualizada para cada cliente. Nos

clientes com diabetes *mellitus* tipo 2, a insulina glargina pode ser utilizada em combinação com fármacos antidiabéticos orais, permitindo uma abordagem terapêutica mais integrada e adaptada às necessidades específicas de cada cliente (Vallerand et al., 2016; Infarmed, s.d.d).

Os efeitos adversos mais comuns associados à administração de insulina glargina incluem episódios de hipoglicemia, para além de reações e alterações no local de injeção (Vallerand et al., 2016; Infarmed, s.d.d). A insulina glargina caracteriza-se por uma liberação contínua da insulina basal, o que resulta numa incidência de hipoglicemia noturna inferior do que de madrugada (Infarmed, s.d.d). Vários fatores aumentam o risco de hipoglicemia, incluindo a prática de exercício físico intenso ou prolongado, a ingestão de alimentos consumidos, a omissão de refeições, episódios de vômitos e diarreia, bem como o consumo de bebidas alcoólicas. Dada esta complexidade, é fundamental realizar uma monitorização mais rigorosa dos níveis glicémicos (Infarmed, s.d.d).

### **Pantoprazol**

O pantoprazol é um fármaco pertencente à classe dos inibidores da bomba de prótons. Este agente atua como um inibidor seletivo da bomba de prótons, utilizado para suprimir a inibição do ácido gástrico. É indicado no tratamento da doença do refluxo gastroesofágico, bem como na terapêutica, na manutenção e na prevenção de recidivas da esofagite de refluxo. Para além disso, o pantoprazol é eficaz na prevenção de úlceras gastroduodenais causadas por anti-inflamatórios não esteroides não seletivos (Vallerand et al., 2016; Infarmed, 2023a).

A dose recomendada de pantoprazol para o tratamento de úlcera péptica é de 40 mg/dia, administrada numa única toma durante um período de quatro a seis semanas. Para a esofagite de refluxo, a dosagem varia entre 20 a 40 miligramas (mg), uma vez por dia. As doses podem ser variáveis, podendo chegar até 120 mg/dia. É importante salientar que doses superiores a 60 mg por dia devem ser fracionadas em duas tomas diárias (Infarmed, 2023a).

As cápsulas de pantoprazol devem ser ingeridas em jejum, preferencialmente antes do pequeno-almoço, com o intuito de otimizar a ingestão do fármaco. É fundamental que as cápsulas sejam engolidas inteiras, acompanhadas por um copo de água. É importante evitar a mastigação ou a fragmentação das cápsulas, uma vez que estas contenham compostos revestidos. Este revestimento tem como função principal prevenir a manipulação do fármaco no ácido estomacal, garantindo, assim, uma administração adequada e eficaz do pantoprazol (Infarmed, 2023a).

No âmbito das atividades de vigilância de enfermagem, é essencial identificar a presença de dor abdominal ou epigástrica, a ocorrência de sangue nas fezes e a existência de cefaleias persistentes, visto que estes sinais podem ser indicativos de efeitos adversos associados ao fármaco (Vallerand et al., 2016). Este fármaco tem potencial para causar uma série de efeitos secundários, incluindo diarreia, obstipação, cefaleias, perturbações do sono, mialgias e

artralgias (Infarmed, 2023a).

### **Furosemida**

A furosemida é um diurético de alta potência, caracterizado por um início de ação relativamente rápido. O seu mecanismo de ação baseia-se na prevenção da reabsorção de sódio e de cloro na ansa de Henle, assim como no túbulo renal distal. Este efeito resulta na promoção da excreção de água, de sódio e de outros iões, facilitando a mobilização do excesso de líquidos e aumentando o volume diurético (Vallerand et al., 2016; Infarmed, 2022b).

A semelhança de outros fármacos da mesma classe farmacológica, a furosemida é recomendada na presença de edemas e de congestão pulmonar associados a insuficiência cardíaca, patologias hepáticas ou renais. Para além disso, encontra-se indicado para o tratamento de outros tipos de edemas leves refratários. A furosemida também é utilizada em situações de oligúria, bem como no tratamento da hipercalcemia e da hipertensão arterial (Infarmed, 2022b).

As principais reações adversas associadas à administração de furosemida incluem tonturas, cefaleias, hipotensão, desidratação, polidipsia, oligúria, arritmias, náuseas, vômitos, hipocloremia, hipocaliemia e hiponatremia (Vallerand et al., 2016; Infarmed, 2022b). Face às reações adversas mencionadas, as principais atividades de vigilância de enfermagem devem incluir a monitorização da pressão arterial, da frequência cardíaca e do débito urinário. É igualmente fundamental realizar uma pesagem regular do cliente e avaliar a evolução de sinais de edema. Para além disso, recomenda-se a monitorização regular dos níveis séricos de sódio, de potássio e da creatinina, a fim de garantir a segurança do tratamento e a eficácia da terapêutica (Vallerand et al., 2016; Infarmed, 2022b).

### **Perindopril + amlodipina**

A combinação de perindopril e amlodipina é utilizada para o tratamento da hipertensão arterial essencial e/ou doença coronária arterial estável, especialmente em casos onde o controlo da pressão arterial não é alcançado com monoterapia (Vallerand et al., 2016; Infarmed, 2022c). Esta combinação farmacológica integra dois agentes com mecanismos de ação complementar. O perindopril, um inibidor da enzima de conversão da angiotensina, atua inibindo a formação da angiotensina II, um potente vasoconstritor. Ao inibir esta enzima, o perindopril promove a vasodilatação, diminuindo a resistência vascular periférica e, conseqüentemente, a pressão arterial (Vallerand et al., 2016). Por outro lado, a amlodipina, um antagonista dos canais de cálcio do tipo di-hidropiridina, atua na musculatura lisa dos vasos sanguíneos, promovendo a sua dilatação e a diminuição da resistência periférica conseqüentemente, a pressão arterial (Vallerand et al., 2016).

Os efeitos adversos mais comuns associados à combinação de perindopril e amlodipina incluem

tonturas, cefaleias e edema periférico, sendo este último frequentemente relacionado com a amlodipina (Infarmed, 2022c). Adicionalmente, em alguns casos, ocorre tosse seca, um efeito adverso comumente associado ao perindopril (Infarmed, 2022c). Dada a possibilidade de ocorrência dos referidos efeitos adversos, a administração de perindopril e amlodipina exige uma monitorização rigorosa por parte dos profissionais de saúde, incluindo a avaliação regular da frequência cardíaca e da pressão sanguínea, bem como a vigilância para a deteção precoce de edemas (Vallerand et al., 2016; Infarmed, 2022c).

Este fármaco deve ser administrado por via oral em dose única diária, preferencialmente de manhã e antes da ingestão de alimentos, de modo a melhorar sua eficácia. A administração deve ocorrer diariamente, evitando o consumo concomitante com toranja ou suco de toranja, uma vez que esta fruta pode interferir no metabolismo do fármaco, potencializando ou alterando sua eficácia terapêutica (Infarmed, 2022c).

### **Empagliflozina + linagliptina**

A combinação de empagliflozina e linagliptina é apresentada como uma opção terapêutica para o tratamento do diabetes *mellitus* tipo 2 (Vallerand et al., 2016; Infarmed, s.d.b). A empagliflozina atua como um inibidor seletivo do cotransportador de sódio-glicose tipo 2, promovendo a excreção de glicose na urina ao bloquear a sua reabsorção nos túbulos renais. Este mecanismo não só contribui para a redução dos níveis de glicose no sangue, como também pode resultar numa diminuição do peso corporal e da pressão sanguínea (Vallerand et al., 2016). Por outro lado, a linagliptina é um inibidor da dipeptidil peptidase-4, uma enzima que inativa as incretinas, hormonas que estimulam a distribuição de insulina em resposta às refeições (Vallerand et al., 2016; Infarmed, s.d.b).

A associação de empagliflozina e linagliptina em um comprimido único tem como objetivo não apenas aumentar a adesão ao tratamento, mas também potenciar a eficácia no controlo glicémico em indivíduos com diabetes *mellitus* tipo 2. A administração combinada destes fármacos pode estar associada a vários efeitos adversos. Os efeitos colaterais mais comuns incluem infeções do trato urinário, que se manifestam com sintomas como ardor ao urinar, urina turva e dor pélvica ou lombar. Para além disso, a candidíase genital é frequentemente reportada. Outros efeitos adversos podem incluir polaquíúria, prurido, erupção cutânea, tosse e episódios de hipoglicemia, especialmente quando estes fármacos são utilizados em combinação com outros antidiabéticos (Vallerand et al., 2016; Infarmed, s.d.b).

Em virtude dos efeitos adversos anteriormente descritos, é crucial que as atividades de vigilância de enfermagem incluam a monitorização regular dos níveis de glicose sanguínea, bem como a educação do cliente sobre os sinais e sintomas que possam indicar a presença de hipoglicemia. Para além disso, é fundamental a supervisão do débito urinário e a vigilância precoce de possíveis infeções do trato urinário e genitais (Vallerand et al., 2016; Infarmed, s.d.b).

### **Nebivolol**

O nebivolol é um anti-hipertensor de terceira geração que pertence a classe farmacológica dos bloqueadores seletivos dos recetores beta-1 adrenérgicos, com propriedades adicionais de vasodilatação (Vallerand et al., 2016). Este fármaco é geralmente indicado para o tratamento da hipertensão arterial essencial e também pode ser utilizado no tratamento de insuficiências cardíacas crónicas leves a moderadas (Vallerand et al., 2016).

A dose inicial recomendada para hipertensão arterial é de cinco mg, administrada uma vez por dia, com ajuste possível dependendo da resposta do cliente. Na insuficiência cardíaca, a dose deve ser cuidadosamente titulada, começando por 1,25 mg/dia e aumentando progressivamente até a dose máxima tolerada pelo cliente (Infarmed, 2021b).

O nebivolol é contraindicado em clientes com insuficiência cardíaca descompensada, disfunção hepática grave, bradicardia, hipotensão e bloqueios cardíacos de segundo e de terceiro grau (Infarmed, 2021b). Os efeitos adversos mais comuns incluem tonturas, cefaleias, fadiga, bradicardia, dispneia e sintomas gastrointestinais como náuseas e desconforto abdominal (Infarmed, 2021b). Este fármaco não interfere com os níveis de glicose em casos de diabetes *mellitus*, no entanto, é necessária precaução no seu uso, pois pode mascarar sinais clássicos de hipoglicemia, nomeadamente taquicardia e palpitações (Infarmed, 2021b).

Atendendo à sua classe farmacológica e aos efeitos adversos que apresenta, é de extrema importância a monitorização da pressão arterial, da frequência cardíaca e respiratória, e da vigilância da eliminação intestinal (Vallerand et al., 2016; Infarmed, 2021b).

### **Rilmenidina**

De acordo com Vallerand et al. (2016), a rilmenidina é um agente anti-hipertensor de ação central, indicado principalmente para o tratamento da hipertensão arterial. Este fármaco atua por meio da estimulação de recetores imidazólicos no sistema nervoso central, promovendo uma redução da resistência vascular periférica e, assim, uma diminuição eficaz da pressão sanguínea (Vallerand et al., 2016; Laurent, 2017). A rilmenidina apresenta a vantagem de reduzir os efeitos sedativos e de provocar um impacto menor sobre a frequência cardíaca em comparação com outros fármacos da mesma classe farmacológica. A dosagem inicial recomendada é de um mg/dia, com possibilidade de ajuste até dois mg diários, dependendo da resposta clínica (Infarmed, 2021a).

Os efeitos adversos mais frequentemente associados ao uso da rilmenidina incluem palpitações, sonolência, prurido e erupção cutânea, disfunção sexual, xerostomia, diarreia, obstipação, câibras musculares, ansiedade, depressão, insónia, edema, astenia, fadiga aquando da realização de esforços. Este fármaco deve ser administrado com precaução em clientes com antecedentes de insuficiência cardíaca ou renal, dado o risco de descompressão (Infarmed, 2021a). Como atividades de vigilância de enfermagem destaca-se a monitorização da

frequência cardíaca e da pressão sanguínea e a vigilância da eliminação intestinal, face aos efeitos colaterais mencionados anteriormente.

### **Edoxabano**

O edoxabano é um fármaco que integra a classe dos anticoagulantes. A sua função principal reside na prevenção da formação de coágulos sanguíneos, concomitantemente como inibidor da atividade do fator Xa, um componente essencial no mecanismo de coagulação. Este medicamento é utilizado no tratamento da trombose venosa profunda e da embolia pulmonar. Para além disso, o edoxabano é recomendado para evitar a formação de coágulos no sistema circulatório, especialmente no cérebro, onde estes podem resultar em acidentes vasculares cerebrais. Esta indicação é especialmente relevante para clientes que apresentam fibrilação auricular não valvular e que apresentam pelo menos um fator de risco adicional (Vallerand et al., 2016; Infarmed, s.d.a).

O efeito colateral mais relevante associado ao edoxabano é o aumento do risco de hemorragia. Outros efeitos adversos que podem ocorrer são: prurido, erupção cutânea, hematúria, tonturas, cefaleias e epistaxe. Em função das reações adversas referidas, as principais atividades de vigilância de enfermagem devem contemplar a monitorização de possíveis perdas sanguíneas, tendo em vista o risco hemorrágico (Infarmed, s.d.a).

### **Bupropiona**

A bupropiona é um fármaco classificado como antidepressivo atípico, cuja ação principal consiste na inibição da recaptção de dopamina e de noradrenalina no sistema nervoso central (Vallerand et al., 2016). Este mecanismo de ação confere-lhe propriedades antidepressivas, sendo frequentemente utilizado no tratamento da depressão maior e na prevenção de recaídas em episódios depressivos (Vallerand et al., 2016; Infarmed, 2023b).

A bupropiona apresenta uma variabilidade na dosagem, sendo a dose inicial geralmente recomendada de 150 mg, administrada uma vez por dia. Caso não haja evidência de melhoria clínica após quatro semanas de tratamento com a dose de 150 mg, é possível considerar um aumento da dosagem para 300 mg, também administrada uma vez ao dia. É imperativo que a titulação da dose seja efetuada com cautela, tendo em consideração a resposta clínica do cliente e a ocorrência de potenciais efeitos adversos (Vallerand et al., 2016; Infarmed, 2023b).

Entre os efeitos adversos mais comuns associados à bupropiona, destacam-se a insónia, que se caracteriza por alterações no padrão de sono, como dificuldade em adormecer ou manter o sono, a xerostomia e os distúrbios gastrointestinais como náuseas e vômitos, especialmente no início do tratamento. Para além disso, alguns clientes podem experimentar um aumento da sudorese (Infarmed, 2023b). Face às reações adversas mencionadas, as principais atividades de vigilância de enfermagem devem incluir a avaliação do estado de humor, bem como a vigilância do padrão de sono.

### 3.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
11-10-2024 09:00	Sensações somáticas	
11-10-2024 09:00	Sistema respiratório	
11-10-2024 09:00	Sistema cardiovascular	
11-10-2024 09:00	Metabolismo	
11-10-2024 09:00	Volume de líquidos	
11-10-2024 09:00	Sono	
11-10-2024 09:00	Conservação de energia	
11-10-2024 09:00	Emoção	
11-10-2024 09:00	Autogestão do regime medicamentoso	
11-10-2024 09:00	Padrão alimentar	
11-10-2024 09:00	Padrão de exercício	
11-10-2024 09:00	Pele e mucosas	

#### 3.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Com o propósito de orientar a priorização dos cuidados de saúde, considerando as necessidades específicas da cliente, o enquadramento teórico e os objetivos previamente delineados, foi selecionado um conjunto de domínios essenciais para alicerçar o processo de tomada de decisão em enfermagem. Seguidamente, serão apresentados os domínios selecionados e a respetiva justificação. Proceder-se-á a uma análise crítica da sua relevância, com uma apresentação sistemática e fundamentada, tendo por base a fisiopatologia, e destacando as relações entre os diferentes domínios identificados.

##### Metabolismo

A diabetes *mellitus* é uma condição metabólica caracterizada por hiperglicemia, ou seja, pela elevação dos níveis de glicose no sangue, que resulta de uma secreção insuficiente de insulina pelo pâncreas, de uma resistência aumentada à ação da insulina nos tecidos-alvo, ou da interação de ambos os mecanismos (Guyton & Hall, 2021). Considerando a fisiopatologia da diabetes *mellitus* tipo 2 e os antecedentes clínicos da cliente, levanta-se a hipótese de potenciais desequilíbrios metabólicos. Assim, a monitorização dos níveis de glicemia capilar constitui uma etapa indispensável, estabelecendo-se a “Glicemia” como um foco de atenção.

##### Sensações Somáticas

Conforme referido anteriormente no enquadramento teórico, a diabetes *mellitus* manifesta-se através de um conjunto diversificado de sinais e sintomas. Entre as complicações associadas à diabetes *mellitus*, a neuropatia diabética é a mais prevalente, afetando até 50% dos indivíduos

com diabetes *mellitus* tipo 2 (Parillo & Riccardi, 2004; Santos et al., 2015; Guyton & Hall, 2021). A alteração da percepção sensorial tátil é uma complicação que antecede o desenvolvimento da neuropatia, caracterizando-se como um distúrbio microvascular e neurológico que afeta progressivamente as fibras nervosas e, conseqüentemente, o sistema nervoso periférico (Santos et al., 2015).

Face ao exposto, surge a necessidade de recolher dados sobre a sensibilidade superficial dos membros inferiores, considerando a sensibilidade tátil inespecífica, térmica e dolorosa. Esta avaliação é fundamental para a deteção precoce de alterações sensoriais, permitindo a implementação de intervenções adequadas na gestão e na autogestão da condição clínica.

O domínio das sensações somáticas surge ainda face às circunstâncias clínicas da cliente, levando à necessidade de realizar a recolha de dados sobre a presença ou ausência de dor, fundamentada na hipótese diagnóstica de "Dor". Se o diagnóstico "Dor" estiver presente, será crucial caracterizá-lo, obtendo informações detalhadas sobre a localização, a intensidade, a duração e o tipo de dor. Para além disso, é importante compreender o conhecimento que a cliente possui acerca da dor, bem como os significados que lhe atribui.

### **Pele e Mucosas**

A diabetes *mellitus* pode manifestar-se através de diversos sinais e sintomas, incluindo infeções cutâneas e atrasos no processo de cicatrização (Ramachandran, 2014; Farmaki et al., 2020; Organização Mundial de Saúde, 2024b). As infeções da pele e dos tecidos moles surgem principalmente nos pés das pessoas com diabetes *mellitus*, envolvendo, geralmente, a epiderme e parte da derme. Esta complicação ocorre com maior frequência em indivíduos com neuropatia periférica (Schaper et al., 2023). Assim, considerando o quadro teórico e o historial clínico da cliente, torna-se fundamental avaliar a integridade dos tecidos, identificando-se a hipótese diagnóstica de "Alteração da Integridade dos Tecidos".

### **Sono**

Segundo Almeida, et al. (2024), o sono desempenha um papel essencial na promoção da saúde e no desempenho das atividades de vida diária, podendo ser comprometido pela presença de dor. O mesmo estudo revela que a lombalgia crónica é uma das principais causas de alterações no padrão do sono.

Com base na avaliação realizada junto da cliente, a escolha deste domínio justifica-se pela indicação da cliente de que a dor interfere de forma substancial na qualidade do sono. Deste modo, torna-se necessária a recolha de dados sobre a duração e a qualidade do sono, com o intuito de fundamentar a hipótese diagnóstica de "Sono Comprometido".

## **Emoção**

De acordo com Falco, et al., (2015), a presença de uma patologia crónica, aliada aos desafios que esta implica, pode ter um impacto psicossocial significativo nos indivíduos afetados. A ansiedade é frequentemente reconhecida como uma das perturbações mais comuns entre os clientes com doenças crónicas. Esta interligação entre as patologias crónicas e as preocupações destaca-se a necessidade de integrar os aspetos psicológicos na gestão e na autogestão destas condições, visto que tais fatores podem influenciar de forma substancial a adesão ao tratamento.

De acordo com a International Classification for Nursing (2019, p. 10), a ansiedade é definida como uma "emoção negativa, caracterizada por sentimentos de ameaça, perigo ou angústia". Considerando esta definição e os sinais manifestados pela cliente, surge a hipótese de diagnóstico de "Ansiedade". Assim, torna-se imperativo proceder à colheita de dados relativos à manifestação de antecipação de ameaça.

## **Sistema Cardiovascular**

A seleção do domínio "sistema cardiovascular" justifica-se pela necessidade de uma caracterização detalhada deste sistema, dada a relação direta com a insuficiência cardíaca, bem como os antecedentes clínicos da cliente, que sugerem a possibilidade de diagnóstico de "Hipertensão arterial".

Conforme abordado anteriormente, a fisiopatologia da insuficiência cardíaca é complexa, caracterizada por uma etiologia multifatorial e variada. No entanto, o principal mecanismo fisiopatológico consiste, geralmente, numa disfunção da contratilidade ventricular, resultante de fatores como sobrecarga de pressão, sobrecarga de volume ou comprometimento da função contrátil do miocárdio (Guyton & Hall, 2021). Face ao exposto, torna-se essencial recolher dados específicos relativos à frequência, à localização, à amplitude, ao ritmo e à simetria do pulso, bem como relativos à pressão sanguínea, à temperatura das extremidades e ao tempo de preenchimento capilar. É importante salientar que, devido aos antecedentes de diabetes *mellitus* tipo 2 e de insuficiência cardíaca, surge a hipótese diagnóstica de "Perfusão dos tecidos periféricos comprometida".

## **Volume de Líquidos**

A insuficiência cardíaca pode afetar a função renal e desencadear mecanismos compensatórios que influenciam o débito cardíaco, aumentando a probabilidade de edema nos clientes com esta condição. O edema surge devido ao aumento das pressões venosas, que forçam o fluido a deslocar-se para o tecido extravascular, resultando em edema de carácter indolor e com sinal de godet positivo. Este tipo de edema manifesta-se principalmente nas áreas mais vulneráveis à gravidade, como os membros inferiores (Phipps et al., 2007; Guyton & Hall, 2021).

Assim, torna-se fundamental recolher dados sobre o tempo de preenchimento capilar, sobre a presença de tumefação e sobre a presença de sinal de godet nos membros inferiores, com vista a fundamentar o diagnóstico de “Edema”.

### **Sistema Respiratório**

A escolha do domínio sistema respiratório é justificada pela possibilidade da presença de dispneia, reconhecida como o sintoma mais representativo da insuficiência cardíaca, que, nos estádios iniciais, pode manifestar-se apenas durante a realização de atividade física. Este sintoma surge em resposta ao aumento das pressões pulmonares, promovendo a passagem de fluido dos capilares pulmonares para o espaço intersticial ou para os alvéolos. Como consequência, poderá observar-se uma respiração rápida e superficial, o que compromete a eficácia das trocas gasosas e diminui a complacência pulmonar, aumentando, assim, o trabalho respiratório (Phipps et al., 2007; Guyton & Hall, 2021).

Face ao exposto, é essencial recolher dados que permitam avaliar a frequência e o ritmo respiratório, a simetria dos movimentos respiratórios, a utilização dos músculos acessórios da respiração, a saturação de oxigénio no sangue e, principalmente, a presença de sensação de falta de ar, que poderá sustentar a hipótese diagnóstica de “Dispneia”.

### **Conservação de Energia**

A atividade física engloba qualquer movimento corporal que implique um gasto energético superior ao estado de repouso (Colberg et al., 2016). Distintamente, o exercício físico corresponde a um conjunto de atividades programadas, estruturadas e executadas de forma sistemática, com o propósito de melhorar a condição física individual (Colberg et al., 2016).

Conforme previamente abordado no enquadramento, a fadiga constitui um dos sintomas predominantes em indivíduos com insuficiência cardíaca, manifestando-se durante atividades que, anteriormente, não eram consideradas extenuantes. Esta condição decorre de uma perfusão tecidual inadequada, resultante da redução do débito cardíaco. A intolerância ao esforço, por sua vez, configura-se frequentemente como uma manifestação inicial da disfunção diastólica, dado que o volume diastólico não consegue ser aumentado devido à alteração estrutural do ventrículo esquerdo (Phipps et al., 2007; Guyton & Hall, 2021). Deste modo, é fundamental avaliar a presença de cansaço relatado pela cliente, confirmando ou refutando a hipótese diagnóstica de “Intolerância à Atividade”.

### **Autogestão do Regime Medicamentoso**

Conforme abordado no enquadramento teórico, o desenvolvimento de uma patologia crónica implica, frequentemente, alterações significativas nos hábitos de vida. Esta necessidade de adaptação decorre não apenas da convivência com a doença, mas também da exigência de gerir um regime terapêutico complexo (Bastos, 2013). Nesse sentido, estabelece-se a hipótese

diagnóstica de "Autogestão do regime medicamentoso comprometida", o que requer a recolha de dados sobre a capacidade da cliente de gerir a sua medicação.

A gestão do regime medicamentoso não se limita ao número de fármacos, às doses e aos intervalos de administração, mas inclui também a capacidade, o conhecimento, a consciencialização e os significados que a cliente atribui ao tratamento (Acurcio et al., 2009). Assim, torna-se crucial avaliar o conhecimento, a capacidade, a consciencialização e os significados associados ao regime medicamentoso.

### **Padrão Alimentar**

A má nutrição e o sedentarismo são fatores determinantes que contribuem significativamente para o aumento da incidência e da prevalência de doenças crónicas não transmissíveis. Esta relação está bem estabelecida na literatura científica e está associada a incapacidade e a mortes prematuras que poderiam ser evitadas. Evidências demonstram que certos componentes da dieta, quando consumidos em quantidades e em frequências inadequadas, podem ter efeitos adversos no organismo, aumentando assim o risco de desenvolvimento destas patologias (Carapeto & Fonseca, 2014; Organização Mundial da Saúde, 2003a).

O consumo excessivo de alimentos processados, sal, açúcar e gorduras saturadas, aliado à ingestão insuficiente de frutas, hortícolas e peixe, constitui um padrão alimentar que aumenta o risco cardiovascular na população portuguesa e a nível global. Este comportamento alimentar é caracterizado pela elevada ingestão de sódio, de gorduras saturadas, de gorduras trans e de açúcares, em contrapartida com um défice significativo na ingestão de alimentos saudáveis, como frutas, legumes, nozes e grãos integrais (Ministério da Saúde, 2018; Organização Mundial da Saúde, 2003a).

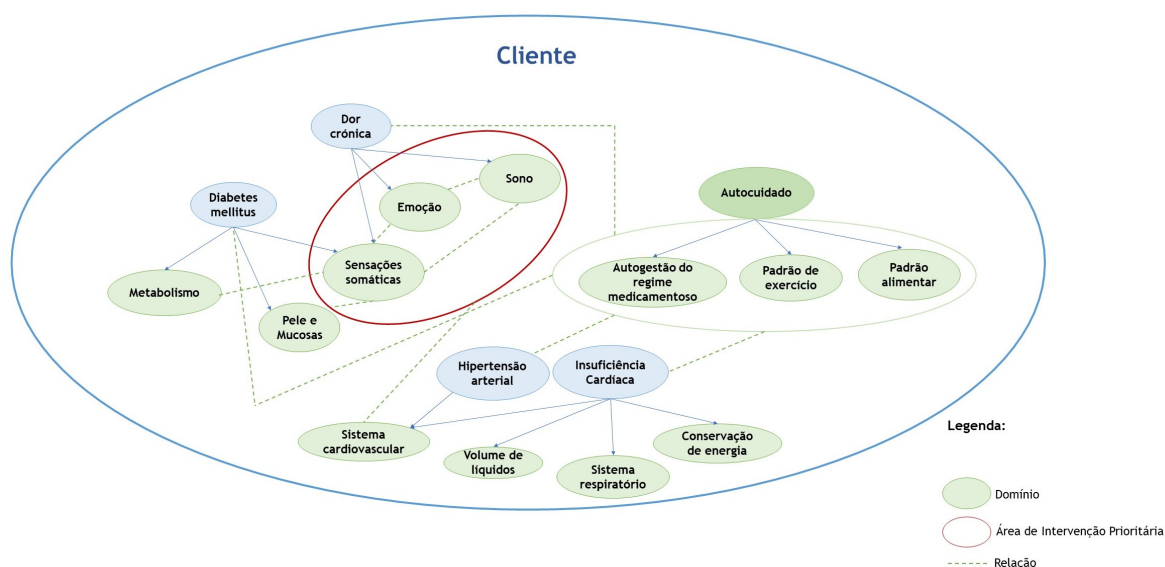
Considerando as informações previamente apresentadas e os antecedentes associados ao caso, a análise do padrão alimentar revela-se pertinente. Portanto, é crucial proceder à recolha de dados relativos ao número de refeições diárias e à composição do padrão alimentar, incluindo a ingestão de gorduras, de vegetais, de frutas, de hidratos de carbono, de sódio, de potássio, de sal e de proteínas.

### **Padrão de exercício**

A prática regular de exercício físico, conforme recomendam a Organização Mundial de Saúde e o Programa Nacional para a Promoção da Atividade Física, revela benefícios significativos na redução da morbilidade associada a doenças crónicas, na prevenção secundária e na reabilitação de patologias cardiovasculares, respiratórias e cerebrovasculares, bem como na prevenção da diabetes e na mitigação dos efeitos de doenças músculo-esqueléticas, como a lombalgia e a osteoartrose, em pessoas com 18 ou mais anos (Hoffmann et al., 2016; Camargo & Añez, 2020; Direção-Geral da Saúde, 2017a).

De acordo com a fundamentação teórica, torna-se essencial recolher dados sobre o número de horas semanais de atividade física de lazer e o tempo dedicado ao exercício físico diário e semanal, para fundamentar o foco de enfermagem "Autogestão do Regime de Exercício".

A figura seguinte apresenta os domínios identificados no âmbito da presente análise, bem como as inter-relações estabelecidas entre eles. No centro da representação encontra-se a cliente, o que reforça a centralidade da pessoa na prestação de cuidados e evidencia uma abordagem holística e centrada na mesma. Esta figura tem como principal objetivo facilitar a visualização e a compreensão das dinâmicas estabelecidas entre os diferentes domínios, contribuindo simultaneamente para a sua sistematização e para a síntese concetual dos domínios seleccionados, no contexto do processo de tomada de decisão em enfermagem.



**Figura 1 - Domínios identificados e as suas relações**

### 3.5. Conceção de Cuidados

#### Sensações somáticas

11-10-2024 09:00

11-10-2024 09:00 - Sensibilidade superficial

11-10-2024 09:00 - Pé Direita(o)

11-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

11-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

11-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

11-10-2024 09:00 - Pé Esquerda(o)

11-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

11-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

11-10-2024 09:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

11-10-2024 09:00 - Manifesta dor.

#### **11-10-2024 09:00 - Determinar evolução da sensibilidade**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da sensibilidade [Uma vez por ano; Save Our Souls (SOS).]*

#### **11-10-2024 09:00 - Dor**

11-10-2024 09:00 - Localização da dor

11-10-2024 09:00 - Dorso Inferior

11-10-2024 09:00 - Intensidade da dor - 6.

11-10-2024 09:00 - frequência da dor - contínua.

11-10-2024 09:00 - duração da dor - crónica.

11-10-2024 09:00 - dor de tipo - moedeira.

#### **11-10-2024 09:00 - Determinar evolução da dor**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da dor [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Localização da dor

25-10-2024 11:00 - Dorso Inferior

25-10-2024 11:00 - Intensidade da dor - 4.

25-10-2024 11:00 - frequência da dor - contínua.

25-10-2024 11:00 - duração da dor - crónica.

25-10-2024 11:00 - dor de tipo - moedeira.

#### **11-10-2024 09:00 - Promover autocontrolo: dor**

11-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

#### **11-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [No segundo contacto; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias

não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

11-10-2024 09:00 - *Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [No primeiro contacto]*

11-10-2024 09:00 - *Avaliar evolução do autocontrolo da dor [No segundo contacto; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo da dor.

25-10-2024 11:00 - Refere insatisfação com o autocontrolo da dor mas disponibilidade para melhorar.

11-10-2024 09:00 - *Referenciar dor ao médico [No primeiro contacto; SOS.]*

### **Sistema respiratório**

11-10-2024 09:00

11-10-2024 09:00 - Frequência respiratória: 17 ciclos/min.

11-10-2024 09:00 - Ritmo respiratório regular.

11-10-2024 09:00 - Movimento respiratório simétrico.

11-10-2024 09:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais.

11-10-2024 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

11-10-2024 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

11-10-2024 09:00 - Periférico(a): 98 %.

11-10-2024 09:00 - Coloração da mucosa: rosada.

11-10-2024 09:00 - Não comunica falta de ar.

#### **11-10-2024 09:00 - Determinar evolução da ventilação**

11-10-2024 09:00 - *Avaliar evolução da ventilação [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

25-10-2024 11:00 - Ritmo respiratório regular [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Profundidade da ventilação: inspirações normais [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Saturação do oxigénio no sangue

25-10-2024 11:00 - Periférico(a): 97 %.

25-10-2024 11:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Coloração da mucosa: rosada.

### **Sistema cardiovascular**

11-10-2024 09:00

11-10-2024 09:00 - Localização do Pulso

11-10-2024 09:00 - Antebraço Direita(o)

11-10-2024 09:00 - Frequência do pulso: 56 pulsações por minuto.

11-10-2024 09:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

11-10-2024 09:00 - Pulso rítmico.

11-10-2024 09:00 - Pulso simétrico.

11-10-2024 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

11-10-2024 09:00 - Membro superior Direita(o)

11-10-2024 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 140 mmHg.

- 11-10-2024 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 85 mmHg.  
11-10-2024 09:00 - Temperatura das extremidades  
11-10-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal.  
11-10-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.  
11-10-2024 09:00 - Coloração das extremidades  
11-10-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades.  
11-10-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.  
11-10-2024 09:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

**11-10-2024 09:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Localização do Pulso

25-10-2024 11:00 - Antebraço Direita(o)

25-10-2024 11:00 - Pulso rítmico.

25-10-2024 11:00 - Frequência do pulso: 60 pulsações por minuto.

**11-10-2024 09:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Temperatura das extremidades

25-10-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Coloração das extremidades

25-10-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

25-10-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

25-10-2024 11:00 - Frequência do pulso: 60 pulsações por minuto.

25-10-2024 11:00 - Pulso simétrico [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

**11-10-2024 09:00 - Hipertensão**

**11-10-2024 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

**11-10-2024 09:00 - Promover autogestão: pressão sanguínea**

11-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre hipertensão: facilitador.

11-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre complicações da hipertensão: facilitador.

11-10-2024 09:00 - Capacidade para vigiar pressão sanguínea: facilitadora.

11-10-2024 09:00 - Significado atribuído à hipertensão: não dificultador.

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão da pressão sanguínea [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Adota comportamentos de autogestão da pressão

sanguínea.

25-10-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão da pressão sanguínea.

### **Pele e mucosas**

11-10-2024 09:00

11-10-2024 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

#### **11-10-2024 09:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

### **Metabolismo**

11-10-2024 09:00

11-10-2024 09:00 - Glicemia capilar: 187 mg/dl.

#### **11-10-2024 09:00 - Glicemia**

##### **11-10-2024 09:00 - Determinar evolução da glicemia**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da glicemia [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Glicemia capilar: 150 mg/dl.

##### **11-10-2024 09:00 - Promover autogestão: glicemia**

11-10-2024 09:00 - Capacidade para vigiar a glicemia

11-10-2024 09:00 - Dispositivo: Glicosímetro - facilitadora.

11-10-2024 09:00 - Autoeficácia para vigiar a glicemia

11-10-2024 09:00 - Dispositivo: Glicosímetro - facilitadora.

11-10-2024 09:00 - Significado atribuído aos compromissos da glicemia: não dificultador.

##### **11-10-2024 09:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações do compromisso da glicemia**

11-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do compromisso da glicemia: facilitador.

### **Volume de líquidos**

11-10-2024 09:00

11-10-2024 09:00 - Tumefação dos tecidos

11-10-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): ausente.

11-10-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o): ausente.

11-10-2024 09:00 - Sinal de Godet

11-10-2024 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet negativo.

11-10-2024 09:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet negativo.

11-10-2024 09:00 - Peso: 87.00 Kg.

#### **11-10-2024 09:00 - Determinar evolução de sinais de edema**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Tumefação dos tecidos

25-10-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): ausente [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): ausente [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Sinal de Godet

25-10-2024 11:00 - Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet negativo [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Membro inferior Direita(o): Sinal de Godet negativo [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Peso: 86.00 Kg.

25-10-2024 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

25-10-2024 11:00 - Membro superior Direita(o)

25-10-2024 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 142 mmHg.

25-10-2024 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 86 mmHg.

## Sono

11-10-2024 09:00

11-10-2024 09:00 - Dormiu por períodos curtos.

11-10-2024 09:00 - Sono não reparador, com dificuldade em adormecer.

**11-10-2024 09:00 - Sono comprometido** [RESOLVIDO] 25-10-2024 11:00

### **11-10-2024 09:00 - Determinar evolução do sono**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do sono [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Dormiu por períodos longos.

25-10-2024 11:00 - Sono reparador [MELHOROU].

### **11-10-2024 09:00 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono** [FIM]

25-10-2024 11:00

11-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-10-2024 09:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

### **11-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono** [RESOLVIDO] 25-10-2024 11:00

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono [No segundo contacto; SOS.] [FIM] 25-10-2024 11:00*

*11-10-2024 09:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [No primeiro contacto] [FIM] 25-10-2024 11:00*

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono [No segundo contacto; SOS.] [FIM] 25-10-2024 11:00*

25-10-2024 11:00 - Adota estratégias promotoras do sono de acordo com a recomendação.

25-10-2024 11:00 - Refere satisfação com a autogestão das estratégias promotoras do sono.

## Conservação de energia

11-10-2024 09:00

11-10-2024 09:00 - Não comunica cansaço.

### **11-10-2024 09:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Não comunica cansaço [MANTEVE].

**Emoção**

11-10-2024 09:00

11-10-2024 09:00 - Verbaliza ansiedade.

11-10-2024 09:00 - Sem manifestação de inquietação.

11-10-2024 09:00 - Sem manifestação de irritabilidade.

11-10-2024 09:00 - Sem manifestação de pânico .

**11-10-2024 09:00 - Ansiedade****11-10-2024 09:00 - Determinar evolução da ansiedade**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da ansiedade [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Sem manifestação de irritabilidade [MANTEVE].

25-10-2024 11:00 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

**11-10-2024 09:00 - Promover autocontrolo: ansiedade**

11-10-2024 09:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

**11-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [No segundo contacto; SOS]*

25-10-2024 11:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

*11-10-2024 09:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização [No primeiro contacto]*

*11-10-2024 09:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [No primeiro contacto]*

**11-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade** [RESOLVIDO] 25-10-2024 11:00

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [No segundo contacto; SOS] [FIM]* 25-10-2024 11:00

25-10-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

*11-10-2024 09:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [No primeiro contacto] [FIM]* 25-10-2024 11:00

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [No segundo contacto; SOS]*

25-10-2024 11:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo da

ansiedade.

25-10-2024 11:00 - Refere insatisfação com o autocontrolo da ansiedade mas disponibilidade para melhorar.

### **Autogestão do regime medicamentoso**

11-10-2024 09:00

11-10-2024 09:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

11-10-2024 09:00 - Dispositivo: Caixa de comprimidos - Organiza a medicação conforme horário.

11-10-2024 09:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

11-10-2024 09:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - Prepara a medicação conforme a dose.

11-10-2024 09:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

11-10-2024 09:00 - Dispositivo: Caneta de insulina - Administra a medicação pela via adequada.

11-10-2024 09:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

11-10-2024 09:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

### **Padrão alimentar**

11-10-2024 09:00

11-10-2024 09:00 - Número de refeições diárias: 6.

11-10-2024 09:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

11-10-2024 09:00 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

11-10-2024 09:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

11-10-2024 09:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

11-10-2024 09:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

11-10-2024 09:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

11-10-2024 09:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

11-10-2024 09:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

11-10-2024 09:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

### **11-10-2024 09:00 - Autogestão do regime dietético**

#### **11-10-2024 09:00 - Determinar evolução do padrão alimentar**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Número de refeições diárias: 6.

25-10-2024 11:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

25-10-2024 11:00 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

25-10-2024 11:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

25-10-2024 11:00 - Ingestão de potássio adequadamente integrado no padrão alimentar.

25-10-2024 11:00 - Excesso de ingestão de sal face ao regime dietético aconselhado.

25-10-2024 11:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

25-10-2024 11:00 - Ingestão calórica adequadamente integrada no padrão alimentar.

25-10-2024 11:00 - Ingestão de proteínas adequadamente integrado no padrão alimentar.

25-10-2024 11:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

### **11-10-2024 09:00 - Promover autogestão: regime dietético**

11-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

11-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

### **11-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [No terceiro contacto (planeado).]*

*11-10-2024 09:00 - Ensinar sobre regime dietético [No segundo contacto]*

*11-10-2024 09:00 - Ensinar sobre dieta restrita em sódio [No segundo contacto]*

### **11-10-2024 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [No terceiro contacto (planeado).]*

*11-10-2024 09:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [No segundo contacto]*

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [No terceiro contacto (planeado).]*

### **Padrão de exercício**

11-10-2024 09:00

11-10-2024 09:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

11-10-2024 09:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

11-10-2024 09:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

### **11-10-2024 09:00 - Autogestão do regime de exercício**

#### **11-10-2024 09:00 - Determinar evolução do padrão de exercício**

*11-10-2024 09:00 - Avaliar evolução do padrão de exercício [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 0 horas.

25-10-2024 11:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

25-10-2024 11:00 - Tempo de exercício físico semanal: 0 Minutos .

#### **11-10-2024 09:00 - Promover autogestão: regime de exercício**

11-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para

intervir.

11-10-2024 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

11-10-2024 09:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício [Em todos os contactos posteriores à primeira avaliação; SOS.]*

25-10-2024 11:00 - Não adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.

25-10-2024 11:00 - Refere insatisfação com a autogestão do regime de exercício e indisponibilidade para melhorar.

### 3.6. Especificação das intervenções

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Estabelecer um horário regular para o sono – recomenda-se deitar-se à mesma hora todas as noites, com o objetivo de manter uma rotina de sono consistente. Esta prática está associada a melhorias na qualidade do sono e no bem-estar geral (Ordem dos Psicólogos, 2024);
- Manter um ambiente propício ao sono – recomenda-se reduzir a intensidade do ruído e da luminosidade durante a noite, de forma a promover uma melhor qualidade do sono (Ordem dos Psicólogos, 2024). Pode optar por retirar a televisão do seu quarto, de modo a reduzir a intensidade do ruído e da luminosidade;
- Evitar o consumo de bebidas ou alimentos com cafeína, como café, chá, chocolate e refrigerantes à base de cola, durante a noite, a fim de melhorar a qualidade do sono (Ordem dos Psicólogos, 2024);
- Promover o relaxamento antes de dormir, como, por exemplo, tomar um banho quente de imersão à noite, pode contribuir para uma melhor qualidade do sono (Ordem dos Psicólogos, 2024).

Ensinar sobre regime dietético

- A adoção de uma dieta equilibrada, rica em legumes, leguminosas, verduras e frutas, e pobre em gorduras, demonstra ser eficaz na prevenção ou no retardo do aparecimento da hipertensão arterial, para além de reduzir o risco de doenças cardiovasculares (Direção-Geral da Saúde, 2013);
- Uma ingestão de potássio igual ou superior a 3510 mg/dia para adultos, associada a uma ingestão de sódio inferior a 5 g/dia, promove a redução da pressão arterial (Organização Mundial da Saúde, 2012);
- A escolha de gorduras saudáveis contribui de forma significativa para a redução da hipertensão arterial. Neste sentido, as melhores opções incluem ácidos graxos ômega-3 (presentes em salmão e sardinhas), ácidos graxos monoinsaturados (encontrados no abacate, amêndoas e castanhas) e ácidos graxos polinsaturados (presentes em óleo de girassol e nas sementes);

- É de salientar ainda que o controlo e a manutenção do peso (índice de massa corporal igual ou superior 18,5 kg/m<sup>2</sup>, mas inferior a 25, kg/m<sup>2</sup>) e do perímetro abdominal (inferior a 80 cm, na mulher) são parâmetros antropométricos importantes no controlo da hipertensão arterial (Direção-Geral de Saúde, 2013).

#### Ensinar sobre dieta restrita em sódio

- Uma das principais mudanças comportamentais relacionadas com o regime dietético envolve a restrição de sal. No controlo da hipertensão arterial, a ingestão diária de sal deve ser inferior a 5,8 g, o que corresponde a uma colher de chá por dia (Direção-Geral da Saúde, 2013);
- No controlo da hipertensão arterial, deve ser seguido um conjunto de recomendações associadas às modificações no estilo de vida, como, por exemplo, a preferência por alimentos locais e sazonais e o uso de ervas aromáticas como substitutos do sal (Santos, et al., 2018).

#### Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- A informação foi transmitida à cliente, com a linguagem ajustada ao seu nível de conhecimento prévio. As técnicas e os conteúdos apresentados foram adaptados para atender aos seus gostos e aos seus interesses;
- A aplicação de calor local pode ser realizada várias vezes ao dia utilizando um saco de pedras aquecido no micro-ondas, compressas ou toalhas humedecidas, mantidas a uma temperatura entre 40 e 45°C, durante um período de 20 a 30 minutos por sessão (Sousa, 2009);
- A aplicação de calor tem um potencial analgésico, uma vez que reduz a falta de circulação (isquemia) através do aumento da irrigação do sangue (perfusão sanguínea) local e facilita o relaxamento muscular. Esta intervenção é eficaz na redução da dor articular, na minimização de espasmos musculares e no alívio da lesão superficial localizada (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Cardoso, 2013);
- A massagem pode ser realizada pelo seu marido ou pela sua filha, recorrendo a movimentos de fricção, de percussão, de compressão e vibração. O uso de óleos ou cremes é adequado para facilitar o deslizamento das mãos durante a massagem (Sousa, 2009). A massagem é considerada uma técnica eficaz para a redução da dor, pois facilita o relaxamento muscular na área aplicada, decorrente do aumento da circulação sanguínea (fluxo sanguíneo) e da circulação da linfa “fluxo linfático” no local (Ordem dos Enfermeiros, 2008; Cardoso, 2013; Sousa, 2009);
- A utilização da técnica de distração permite reduzir a atenção focada na dor, aumentando a capacidade de se concentrar nas sensações de bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Pode optar por ouvir uma música relaxante ou da sua preferência, com o objetivo de desviar a sua atenção da dor, promovendo o seu relaxamento e a sua distração mental.

#### Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- O controlo e a fragmentação dos tempos respiratórios através de uma inspiração lenta e controlada pelo nariz, apresenta um efeito positivo no controlo da ansiedade (Cordeiro & Menoita, 2012). Quando se sentir ansiosa, respire profundamente. Inspire lentamente até

encher o abdómen e, em seguida, expire lentamente. Imagine-se a cheirar uma flor, fazendo uma inalação profunda e lenta pelo nariz, e depois imagine-se a apagar uma vela, expelindo o ar lentamente pela boca;

- A utilização da técnica de distração permite não apenas reduzir a dor, mas também diminuir a ansiedade, aumentando a capacidade de se concentrar nas sensações de bem-estar (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Visto que tem um grande gosto por plantas, pode optar por criar um "jardim interior" ou uma "horta vertical" na sua varanda, promovendo o seu relaxamento e a sua distração mental.

Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

- Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade: Solicitar à cliente que, até ao próximo contacto, realize um registo ("diário") dos fatores que reconheça como associados ou desencadeantes de episódios de ansiedade que venham a ocorrer.

Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

- Analisar com a cliente os momentos em que ocorreram os episódios de ansiedade;
- Ajudar a cliente a identificar os pensamentos que fomentam a ansiedade;
- Ajudar a cliente a compreender se estes fatores têm uma etiologia ambiental (condições de vida, hábitos sociais), socioeconómica (rendimentos), familiar ou se estão relacionados com a sua condição de saúde.

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Consumir, no máximo, o equivalente a uma colher de chá de sal por dia (Direção-Geral de Saúde, 2013);
- Optar pela substituição do sal por ervas aromáticas, de forma a reduzir a ingestão de sal (sódio) na dieta (Santos et al., 2018);
- Optar pela ingestão de alimentos ricos em potássio, como romã, batata doce, tomate, leguminosas e aveia, contribui para um melhor controlo da hipertensão arterial, uma vez que o potássio ajuda a equilibrar os níveis de sal (sódio) no organismo e promove a redução da pressão arterial (Santos, et al., 2018);
- Uma vez que compra o almoço em restaurantes diariamente, deve optar por estabelecimentos que respeitem as quantidades de sal recomendadas pela Direção-Geral de Saúde ou, alternativamente, alterar a sua rotina e começar a preparar as refeições em casa.

### 3.7. Síntese relativa ao caso

O presente subcapítulo, intitulado "Síntese relativa ao Caso", tem como objetivo principal apresentar uma análise reflexiva e sistemática do processo de tomada de decisão em enfermagem, fundamentada ao longo do desenvolvimento do estudo de caso em questão. Este processo foi delineado e sustentado com base nos referenciais teóricos de Meleis e de Orem,

que orientaram as escolhas e a prática ao longo da conceção de cuidados.

O principal objetivo dos cuidados prestados à cliente foi capacitá-la para a autogestão eficaz do seu regime terapêutico, incluindo o controlo adequado de sinais e de sintomas de forma autónoma. Esta abordagem visou promover, de forma integrada, as competências da cliente para uma autogestão adequada do seu regime terapêutico, tendo em vista a prevenção de episódios de agudização e de internamentos futuros, contribuindo, assim, para uma melhoria da sua qualidade de vida e da funcionalidade, o que se traduziu em ganhos em saúde para a cliente. A capacitação para a autogestão envolveu, principalmente, o desenvolvimento de competências específicas por parte da cliente, incluindo a compreensão dos mecanismos subjacentes à sua condição, a identificação precoce de sinais e de sintomas de agravamento e a adoção de comportamentos de adesão ao regime terapêutico prescrito.

Considerando a área de atuação da Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos, todos os contactos com a cliente ocorreram no seu domicílio, o que exigiu uma adaptação contínua às condições e às dinâmicas do ambiente familiar. Esta proximidade posiciona o enfermeiro como o profissional de saúde de referência, assumindo uma responsabilidade central no controlo / gestão e na promoção do autocontrolo / autogestão de sinais e sintomas, no esclarecimento de dúvidas e na análise de crenças potencialmente dificultadoras do processo de transição saudável.

O processo de tomada de decisão em enfermagem apresentado foi estruturado em duas sessões, correspondendo a dois contactos distintos. No primeiro contacto com a cliente, tendo em conta o contexto de prestação de cuidados, atribuiu-se especial relevância à colheita abrangente de todos os dados necessários para fundamentar o processo de tomada de decisão em enfermagem. Contudo, dada a necessidade de priorizar os cuidados, considerou-se prudente, neste contacto, orientar a intervenção para os aspetos fundamentais relacionados com o controlo e o autocontrolo da dor, uma vez que esta dimensão exercia um impacto significativo no bem-estar da cliente.

No segundo contacto, o principal objetivo consistiu na avaliação da evolução da cliente e da sua trajetória em direção à mestria no processo de transição. Para tal, foi analisado o impacto de diversos condicionalismos, nomeadamente o nível de conhecimento da cliente, na progressão e na adaptação à nova condição de saúde. Esta avaliação permitiu compreender de que forma estes fatores influenciaram ou continuaram a influenciar o curso da transição, possibilitando a identificação de necessidades específicas e a implementação de intervenções adequadas para promover uma adaptação mais eficaz e sustentada.

A Teoria das Transições, desenvolvida por Meleis e colaboradores (2000), apresenta um modelo concetual para compreender os processos de transição, enfatizando a sua natureza, os seus fatores condicionantes e os seus padrões de resposta. A natureza das transições é definida pelo tipo, pelos padrões e pelas propriedades associadas (Meleis, 2010; Meleis, 2012). Entre estas

propriedades, destaca-se a consciencialização, que envolve perceção, experiência, conhecimento e reconhecimento da transição, influenciando diretamente o nível de envolvimento do indivíduo na adaptação à nova realidade.

Face à presença de dor crónica, a cliente encontra-se a vivenciar uma transição do tipo saúde-doença, exigindo a adaptação a uma nova condição de vida, o que, por sua vez, implicou a assimilação de novos conhecimentos e a adoção de comportamentos ajustados. Trata-se de uma transição de padrão simples, uma vez que envolve um único processo de mudança.

Relativamente à consciencialização, a cliente demonstrava uma perceção clara das alterações decorrentes da dor crónica. Este nível de consciencialização foi um elemento crucial, pois influenciou diretamente a capacidade de resposta e o envolvimento da cliente no seu processo de transição. Este processo implicou a necessidade de adquirir novos conhecimentos e adotar comportamentos adequados à situação. Assim, a colheita de dados foi realizada de forma gradual e sistemática, abordando aspetos como o nível de conhecimento sobre a autogestão da dor, a capacidade funcional, a consciencialização, a autoeficácia e o significado atribuído à dor crónica.

Dada a complexidade do quadro clínico da cliente em análise e os aspetos considerados na contextualização teórica, bem como a avaliação realizada junto da cliente, foram selecionados os seguintes domínios: “metabolismo”, “sensações somáticas”, “pele e mucosas” “sono”, “emoção”, “sistema cardiovascular”, “volume de líquidos”, “sistema respiratório”, “conservação de energia”, “autogestão do regime medicamentoso”, “padrão alimentar” e “padrão de exercício”. A escolha destes domínios foi orientada pelas necessidades específicas da cliente, alinhando-se com as hipóteses diagnósticas formuladas. A seleção destes domínios foi ainda realizada com base numa análise criteriosa, considerando a relação entre cada domínio e a condição fisiopatológica da cliente, bem como as interações potenciais entre eles.

Entre os domínios selecionados, o domínio “sensações somáticas” assumiu um papel de destaque no processo de tomada de decisão em enfermagem, devido à presença de dor crónica. A dor, enquanto fenómeno multidimensional, influencia significativamente a qualidade de vida da cliente e o seu grau de funcionalidade, tornando essencial a sua monitorização e a sua gestão adequada. Desta forma, a priorização deste domínio, considerando a hipótese de diagnóstico “Dor”, vislumbra a avaliação e a implementação de estratégias que promovam o seu autocontrolo / autogestão, contribuindo para uma abordagem terapêutica mais eficaz e centrada na pessoa.

O domínio das “sensações somáticas” foi identificado como prioritário no primeiro contacto com a cliente, devido ao diagnóstico de lombalgia incapacitante, o que motivou a necessidade da colheita de dados sobre a presença ou a ausência de dor, com base na hipótese diagnóstica de “Dor”. Após a confirmação deste diagnóstico, foi essencial obter informações como a localização, a intensidade, a duração e o tipo de dor, assim como avaliar o conhecimento da

cliente quanto ao alívio da dor usando estratégias não farmacológicas. O conhecimento da cliente necessitava de ser melhorado para progredir para a mestria, sendo o momento próprio para intervir.

Face ao diagnóstico de dor, foram definidos como objetivos principais “Determinar a evolução da dor” e “Promover autocontrolo: dor”. Com base nestes objetivos, foram delineadas intervenções específicas, nomeadamente: “Avaliar a evolução da dor”, “Avaliar a evolução do conhecimento sobre o alívio da dor usando estratégias não farmacológicas”, “Ensinar sobre o alívio da dor utilizando estratégias não farmacológicas” e “Avaliar a evolução do autocontrolo da dor”. A implementação destas intervenções centrou-se, essencialmente, no desenvolvimento do autoconhecimento e na capacitação da cliente, permitindo-lhe desenvolver um conjunto de estratégias eficazes para a autogestão / o autocontrolo da dor. Desta forma, pretendeu-se promover um maior envolvimento da cliente no seu processo de transição, favorecendo a adoção de mecanismos adaptativos que contribuíssem para a melhoria da sua qualidade de vida. As estratégias selecionadas foram cuidadosamente adaptadas às preferências e aos interesses da cliente, promovendo uma abordagem individualizada e centrada na pessoa. É, no entanto, importante considerar a inclusão de novas estratégias em fases posteriores do processo de tomada de decisão em enfermagem, de acordo com a evolução clínica e as respostas da cliente. Para além das estratégias não farmacológicas implementadas no controlo / gestão e no autocontrolo / autogestão da dor, foi integrada a intervenção “Referenciar dor ao médico”, com o propósito de um possível reajuste da terapêutica medicamentosa prescrita para a dor. Esta ação pretendeu garantir uma abordagem centrada na pessoa, fomentar a articulação interprofissional e, assim, promover um controlo / gestão mais eficaz da dor, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da cliente.

No segundo contacto, verificou-se que a cliente demonstrou comportamentos parciais de autocontrolo da dor, evidenciando progressos positivos na implementação das estratégias previamente indicadas. Esta evolução sugere uma trajetória favorável em direção a uma transição saudável, sendo que um dos principais indicadores deste progresso foi a aquisição de conhecimento sobre o alívio da dor através da utilização de estratégias não farmacológicas, bem como a adoção destas estratégias e o consequente melhor autocontrolo da dor.

Com base na avaliação realizada junto da cliente no primeiro contacto, a seleção do domínio "sono" justificou-se pela indicação de que a dor interferia, de forma significativa, na qualidade do sono da cliente. Assim, foi necessária a colheita de dados sobre a duração e a qualidade do sono, o que permitiu confirmar a hipótese diagnóstica de “Sono Comprometido”. Neste primeiro contacto, também foram obtidos dados relacionados com o conhecimento sobre a promoção do sono, tendo-se verificado no primeiro contacto que este conhecimento precisava de ser aprimorado para alcançar a mestria, sendo o momento próprio para intervir.

No segundo contacto, foi concluída a intervenção "Ensinar sobre estratégias de promoção do

sono", uma vez que a cliente demonstrou ter integrado este conhecimento, o que constituiu um indicador positivo da sua evolução e da sua trajetória em direção a uma transição saudável. Ainda neste contacto, verificou-se que a cliente adotava estratégias promotoras do sono conforme recomendado e manifestava satisfação com a autogestão das mesmas, o que levou à resolução do diagnóstico de "Sono Comprometido". Este percurso permitiu concluir que os objetivos definidos para ambos os contactos, no âmbito do domínio "sono", foram atingidos com sucesso, evidenciando a eficácia da intervenção na promoção da autogestão e na melhoria da qualidade de vida da cliente.

Durante o desenvolvimento deste processo de tomada de decisão em enfermagem, surgiu a necessidade de refletir sobre o papel do enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, especialmente no que diz respeito ao domínio da "emoção", que surgiu pelo impacto da dor crónica nesta dimensão. Após a reflexão e com base na avaliação realizada junto da cliente, considerou-se relevante recolher dados sobre a consciencialização dos fatores relacionados com a ansiedade e relativos ao conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade. No primeiro contacto, constatou-se um potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade e um potencial para melhorar a consciencialização dos fatores associados à mesma, sendo este o momento adequado para intervir. Foi, assim, definido um conjunto de intervenções, devidamente especificadas no processo de tomada de decisão em enfermagem.

No segundo contacto, verificou-se uma evolução positiva na aquisição de conhecimentos sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade, permitindo a resolução do diagnóstico de "Potencial para melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade". No entanto, no que respeita à aplicação prática destas estratégias, observou-se que a cliente adotava apenas parcialmente comportamentos de autocontrolo da ansiedade, manifestando insatisfação com o seu autocontrolo. Ainda assim, demonstrou motivação para aperfeiçoar esta competência, conforme evidenciado pela sua afirmação: "Senhora enfermeira, eu sei o que me ensinou, mas ainda não consigo aplicar tudo." (sic). Este dado sugere a necessidade de reforçar a intervenção e apoiar a cliente na consolidação das estratégias de autogestão da ansiedade, promovendo uma transição mais eficaz para a autogestão da sua sintomatologia.

Devido à complexidade do regime medicamentoso da cliente, tornou-se fundamental avaliar a sua capacidade de autogestão do mesmo. Neste contexto, foi levantada a hipótese diagnóstica de "Autogestão do regime medicamentoso comprometido", sendo imprescindível a recolha de dados relativos à capacidade da cliente de organizar a medicação conforme o horário estabelecido, preparar a medicação conforme a dose prescrita, administrar a medicação pela via adequada e de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas. Após a análise dos dados recolhidos, foi possível refutar a hipótese diagnóstica, uma vez que a cliente não apresentou dificuldades na autogestão do seu regime medicamentoso.

Ao longo do processo de tomada de decisão em enfermagem, foi adotada uma abordagem holística e centrada na cliente, assegurando que a prestação de cuidados fosse individualizada e ajustada às suas necessidades específicas. Neste contexto, o domínio “padrão de exercício” não foi considerado apenas no âmbito do diagnóstico de “Dor”, mas também como um elemento essencial na gestão e na autogestão das diversas condições crónicas da cliente, nomeadamente a diabetes *mellitus* tipo 2, a hipertensão arterial e a insuficiência cardíaca. O exercício regular desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção de complicações associadas a estas patologias, contribuindo para a melhoria do controlo glicémico, a redução da resistência à insulina e a otimização dos níveis de pressão arterial. No entanto, dada a presença de insuficiência cardíaca, tornou-se imprescindível considerar potenciais limitações impostas por esta condição. Nestes casos, a prescrição de exercício deve ser criteriosamente ajustada às capacidades funcionais da cliente, tendo em conta variáveis como a fração de ejeção, a classe funcional segundo a NYHA e a presença de comorbilidades, garantindo uma intervenção segura e eficaz.

De acordo com o enquadramento teórico, o exercício físico estabelece-se como uma dimensão relevante na abordagem à dor crónica, precedendo a utilização de terapias farmacológicas baseadas em opiáceos. Desta forma, tornou-se crucial avaliar o padrão de exercício da cliente, considerando a confirmação da hipótese diagnóstica de “Autogestão do regime de exercício comprometido”. Foi, assim, definido o objetivo de “Promover autogestão: regime de exercício”. Tanto no primeiro como no segundo contacto, constatou-se que a cliente apresentava ausência de conhecimento relativamente aos benefícios do exercício e à autogestão do regime de exercício. No entanto, este não seria o momento próprio para intervir, dado que a cliente declarou resistência explícita, expressando: “Enfermeira, não me fale em exercício” “Enfermeira, enquanto não estiver melhor da dor, não quero nem falar em exercícios” (sic).

O domínio do “metabolismo” foi identificado, considerando que, em 2012, a cliente foi diagnosticada com diabetes *mellitus* tipo 2 não insulino dependente, condição que, em 2016, evoluiu para diabetes *mellitus* tipo 2 insulino dependente, assim, foi pertinente a colheita de dados relacionada com os valores glicémicos, bem como com a capacidade de a cliente proceder à autovigilância e à autoeficácia associada. Para além disso, a cliente apresenta, como medicação prescrita, insulina de ação rápida e de ação lenta, o que levou à colheita de dados sobre a sua capacidade de autoadministração de insulina. Verificou-se que a cliente é capaz de autoadministrar e de preparar a insulina conforme a dose prescrita.

O domínio das “sensações somáticas” surge também devido ao diagnóstico de diabetes *mellitus*, sendo fundamental a colheita de dados relativos à sensibilidade superficial dos pés, nomeadamente a sensibilidade tátil, a térmica e a dolorosa. Considerando que a cliente não apresentou compromisso neste nível, decidiu-se que a intervenção “Avaliar a evolução da sensibilidade” seria realizada uma vez por ano, de acordo com as orientações atuais da literatura (American Diabetes Association, 2022).

Ainda no primeiro contacto, foi dada especial atenção ao domínio “pele e mucosas”, considerando a hipótese diagnóstica de “Alteração da Integridade dos Tecidos”. A diabetes *mellitus* pode manifestar-se através de vários sinais e sintomas, incluindo infeções cutâneas e atrasos no processo de cicatrização (Ramachandran, 2014; Farmaki et al., 2020; Organização Mundial de Saúde, 2024a). As infeções da pele e dos tecidos moles ocorrem predominantemente nos pés das pessoas com diabetes *mellitus*, afetando, geralmente, a epiderme e parte da derme (Schaper et al., 2023). Embora não tenham sido identificadas alterações na integridade dos tecidos, manteve-se a intervenção “Avaliar a evolução da integridade dos tecidos” em todos os contactos subsequentes e SOS, com o objetivo de garantir uma abordagem clínica preventiva.

Dada a natureza da sua condição clínica, os domínios “sistema cardiovascular”, “sistema respiratório”, “volume de líquidos” e “conservação de energia” surgem, uma vez que estão diretamente relacionados com a insuficiência cardíaca. Como a cliente apresenta o diagnóstico médico de hipertensão arterial e tem prescrita medicação dirigida à mesma, a colheita de dados neste âmbito permitiu corroborar a possibilidade diagnóstica de hipertensão, uma vez que os valores avaliados se encontravam fora dos parâmetros de referência. Desta forma, considerei pertinente recolher dados relacionados com o conhecimento sobre hipertensão, sobre as complicações associadas à hipertensão arterial, sobre a capacidade de monitorizar a pressão sanguínea e, por último, sobre o significado atribuído à hipertensão arterial. Este conhecimento mostrou-se facilitador do processo de transição, pelo que direcionei a colheita de dados para a autogestão do regime dietético.

Com base nas informações previamente mencionadas, no primeiro contacto foram recolhidos dados relativos ao conhecimento da cliente sobre o regime dietético e sobre a autogestão do regime dietético. Embora a cliente necessitasse de melhorar o seu conhecimento sobre este tema, considerei que este primeiro contacto não foi o momento próprio para intervir, devido à prioridade de abordar outros aspetos, mais urgentes, no caso em questão.

No segundo contacto, verificou-se novamente um potencial para melhorar o conhecimento sobre o regime dietético, tornando-se necessária a implementação da intervenção “Ensinar sobre o regime dietético”. Apenas após a aquisição deste conhecimento seria possível proceder à recolha de dados sobre a consciencialização da cliente quanto a relação entre a dieta e o controlo da glicemia, bem como entre a dieta e o controlo da pressão sanguínea, e por fim, dados sobre o significado atribuído ao regime dietético.

Durante o processo de tomada de decisão, verificou-se a existência de interações significativas entre os diferentes domínios identificados, destacando-se as relações entre o domínio “sensações somáticas”, devido à presença de dor crónica, o domínio “emoção”, associado à ansiedade, o domínio “sono” e o domínio “sistema cardiovascular”, relacionado com o diagnóstico de hipertensão arterial.

A percepção da cliente reforçou estas interações, evidenciando a influência da dor na qualidade do sono e no estado emocional, bem como a relação entre a dor, a ansiedade e a variação da pressão sanguínea. Este impacto foi traduzido nas suas próprias palavras: “Enfermeira, quando me deito, a dor intensifica-se e tenho dificuldade em encontrar uma posição confortável”, “Enfermeira, o simples facto de saber que a noite se aproxima deixa-me ansiosa, pois sei que a dor não me permitirá descansar” e “Enfermeira, sinto que a minha tensão aumenta devido à ansiedade” (sic).

Estes testemunhos evidenciaram a complexidade do quadro clínico e a necessidade de uma abordagem holística e integrada, que englobou uma avaliação contínua dos sintomas e a implementação de estratégias eficazes para minimizar o impacto da dor na qualidade de vida da cliente. Dada a complexidade da condição clínica da cliente em estudo, a prática de enfermagem deve pautar-se por uma abordagem individualizada e centrada na pessoa, com o objetivo de não apenas controlar os sintomas físicos, mas também promover estratégias que favoreçam o equilíbrio emocional, social e espiritual. Esta abordagem, alicerçada numa visão transdisciplinar, permite ao enfermeiro atuar de forma proativa na gestão das múltiplas dimensões do processo de transição vivenciado pela cliente. Assim, o enfermeiro especialista e mestre, neste contexto, desempenha um papel crucial no apoio à adaptação, promovendo não só o autocuidado, mas também a capacidade do indivíduo para enfrentar os desafios complexos associados (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Meleis, 2012).

Considerando a evolução da cliente ao longo deste processo, relativamente à sua trajetória em direção à mestria, observou-se que esta está, de forma global, orientada para uma transição saudável. Assim, os resultados obtidos em termos de mestria estão em consonância com os objetivos previamente delineados para cada contacto com a cliente. No entanto, tendo em conta a continuidade da intervenção e a complexidade do processo, algumas intervenções necessitarão de ser programadas para um terceiro contacto, de modo a garantir a progressão e o ajustamento contínuo dos cuidados.

Adicionalmente, é relevante salientar que algumas intervenções, nomeadamente a "Avaliação da evolução da autogestão", só poderão ser implementadas após a cliente ter adquirido o conhecimento necessário sobre as temáticas em questão. Apenas após a aquisição e a compreensão dos conceitos fundamentais será possível integrar as alterações na sua prática diária, permitindo à cliente aplicar as modificações de forma efetiva e sustentável no seu quotidiano. Este modelo gradual e ajustado ao ritmo de aprendizagem da cliente é crucial para garantir a eficácia da intervenção ao longo do tempo.



#### **4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

O presente capítulo destina-se à análise crítica das aprendizagens e das atividades desenvolvidas durante o estágio de natureza profissional, as quais contribuíram para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, bem como das competências de mestre.

Considerando o contexto atual, caracterizado pela variabilidade clínica, pela implementação de novas políticas e de novos programas de saúde, pelo envelhecimento demográfico e pelo aumento das doenças crónicas, a profissão de enfermagem é convocada a desempenhar um papel central na reforma dos cuidados de saúde. Este papel visa responder às exigências de um sistema de saúde que se pretende de elevada qualidade, seguro, acessível e centrado na pessoa. Neste sentido, surgem novas funções para os enfermeiros, que demandam a aquisição de conhecimentos especializados, de competências avançadas na tomada de decisão e de aptidões clínicas adequadas à prática avançada (Gutiérrez-Rodríguez et al., 2022). Para responder a este desafio, a Ordem dos Enfermeiros destaca a relevância da presença de profissionais de enfermagem especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, em diversas instituições de saúde, sejam estas do setor público, privado ou social (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O conceito de competência é definido como a capacidade de realizar uma ação de forma eficaz e contextualizada, baseada na mobilização e na articulação de conhecimentos teóricos, de habilidades, de atitudes e de recursos externos, aplicados de forma adequada a situações específicas (Regulamento n.º 190/2015). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista é “(...) aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744).

O Regulamento n.º 140/2019 destaca um conjunto de competências transversais ao enfermeiro especialista, independentemente da sua área de especialização: as competências comuns do enfermeiro especialista. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, as competências comuns são “(...) as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745).

Estas competências abrangem quatro domínios fundamentais: domínio da "responsabilidade profissional, ética e legal", domínio da "melhoria contínua da qualidade", domínio da "gestão dos cuidados" e o domínio do "desenvolvimento das aprendizagens profissionais" (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Ao longo deste processo de aprendizagem, desenvolvi uma prática clínica sustentada em princípios de segurança, de profissionalismo e de responsabilidade ética. A tomada de decisão foi sempre realizada de forma crítica e fundamentada, integrando princípios éticos e deontológicos, suportados por um corpo de conhecimento científico sólido, pela avaliação sistemática das melhores práticas e pela consideração das necessidades e das preferências dos clientes e dos familiares/cuidadores. O exercício da minha prática pautou-se pelo respeito pelos direitos humanos, pela análise criteriosa e pela interpretação rigorosa de situações clínicas complexas.

Durante o estágio de natureza profissional, nomeadamente no desenvolvimento da minha prática clínica, reconheci que a gestão do ambiente centrado na pessoa constitui um elemento essencial para a efetividade terapêutica e para a prevenção de incidentes. Assim, adotei uma abordagem proativa na promoção de um ambiente seguro e humanizado, garantindo condições que favorecessem o bem-estar dos clientes. Adicionalmente, aprofundei competências de gestão dos cuidados, assegurando uma coordenação eficiente e uma otimização das intervenções de enfermagem. Esta abordagem permitiu-me contribuir para a prestação de cuidados de saúde seguros, eficazes e alinhados com os mais elevados padrões de qualidade, reforçando, assim, a segurança e a excelência na prática clínica, tal como preconizado na unidade de competência 2.2 do Anexo V do Regulamento n.º 429/2018, atendendo aos critérios de avaliação que a integram.

Ao longo do meu percurso no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, aprofundei a consciência sobre a minha própria identidade profissional e o impacto das interações no contexto clínico e organizacional. Este processo permitiu-me ajustar a minha abordagem às especificidades de cada situação e à dinâmica das equipas de saúde, promovendo uma prática colaborativa e adaptativa. Para além disso, desempenhei um papel ativo na facilitação do processo de aprendizagem, incentivando a partilha de conhecimento e investindo no meu próprio desenvolvimento contínuo. No domínio da investigação em enfermagem, conforme estabelecido na competência D.2. do Regulamento n.º 140/2019 e nas suas respetivas subunidades de competência e critérios de avaliação, envolvi-me na produção de conhecimento científico, direcionando os meus esforços para a melhoria das práticas clínicas. Neste sentido, iniciei o desenvolvimento de uma *scoping review* no âmbito da dor crónica, contribuindo para a sistematização da evidência existente e para a evolução do conhecimento nesta área específica. Os resultados obtidos poderão fornecer contributos relevantes para o aperfeiçoamento da estrutura de conteúdos da Ontologia de Enfermagem no domínio da dor, promovendo uma abordagem mais precisa e fundamentada na prática

clínica. Nos Anexos I, II e III, apresento o protocolo da *scoping review*, o fluxograma PRISMA referente ao processo de seleção dos artigos e os resultados preliminares obtidos a partir da *scoping review* realizada.

Relativamente aos cuidados de enfermagem especializados dirigidos à pessoa em situação crónica, os enfermeiros possuem um conjunto de competências específicas inerentes a esta área de especialidade, conforme estabelecido no Regulamento n.º 429/2018. Estas competências estão organizadas em duas áreas abrangentes: cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Patricia Benner (2001) preconiza que o enfermeiro especialista deve possuir um elevado nível de conhecimento técnico, demonstrar capacidade de tomada de decisão, comunicar de forma eficaz e atuar com flexibilidade, responsabilidade, criatividade e proatividade. Para além disso, deve evidenciar pensamento crítico e orientar a sua prática pelos princípios éticos e deontológicos da profissão (Benner, 2001). A teoria de Benner fundamenta-se no Modelo de Aquisição de Competências e descreve a progressão do desenvolvimento profissional dos enfermeiros com base na experiência clínica.

Apoiada no Modelo de Aquisição de Competências de Dreyfus, esta abordagem sustenta que a competência em enfermagem não resulta exclusivamente do ensino teórico, mas desenvolve-se essencialmente através da prática e da experiência adquirida em contextos clínicos. Neste modelo, são definidos cinco níveis de competência na prática de enfermagem: iniciado, principiante avançado, competente, proficiente e perito, refletindo a evolução progressiva do enfermeiro desde o início da sua carreira até à consolidação da sua perícia (Benner, 2001).

No início da sua formação, o enfermeiro encontra-se na fase de iniciado, caracterizada pela ausência de experiência prática relativamente às situações clínicas com que pode ser confrontado. Neste nível, a sua atuação assenta exclusivamente em regras rígidas e em diretrizes pré-estabelecidas, limitando-se à aplicação literal dos conhecimentos teóricos adquiridos. Para facilitar a aquisição de experiência e fomentar o desenvolvimento das suas competências, são-lhe fornecidos elementos objetivos sobre as situações clínicas, bem como normas de ação padronizadas. No entanto, esta abordagem conduz a um desempenho mais inflexível e restrito, que pode não ser o mais adequado para responder eficazmente às exigências de uma situação real (Benner, 2001).

À medida que adquire alguma experiência prática, na fase de avançado, o enfermeiro começa a reconhecer padrões recorrentes em situações clínicas, o que lhe permite identificar dados significativos em contextos semelhantes. No entanto, a sua atuação continua a depender fortemente de instruções e de diretrizes previamente estabelecidas, evidenciando dificuldades na definição de prioridades na prestação de cuidados. Embora o seu desempenho seja

considerado aceitável, necessita ainda de orientação e de supervisão para desenvolver a capacidade de hierarquizar intervenções de forma eficaz e autónoma (Benner, 2001).

Na fase de proficiência, o enfermeiro desenvolve uma compreensão global e aprofundada das situações clínicas, o que lhe permite uma perceção mais integrada e precisa dos contextos de cuidados. Esta capacidade resulta da experiência acumulada e da análise de acontecimentos recentes, facilitando o processo de tomada de decisão. A sua atuação deixa de estar estritamente baseada em regras ou em diretrizes e passa a ser orientada por uma intuição fundamentada, possibilitando uma adaptação flexível às diversas situações e uma resposta mais eficiente e direcionada às necessidades do cliente (Benner, 2001).

No nível de perito, o enfermeiro atinge o grau mais elevado de competência, evidenciando uma compreensão aprofundada e intuitiva das situações clínicas. A sua experiência extensa permite-lhe interpretar cenários de forma holística e tomar decisões com um elevado grau de autonomia e de confiança, sem depender rigidamente de regras ou de diretrizes predefinidas. Embora recorra a instrumentos analíticos em situações desconhecidas, a sua atuação é predominantemente guiada por uma intuição clínica apurada, permitindo-lhe identificar rapidamente as melhores intervenções. Benner (2001) reconhece que nem todos os enfermeiros alcançarão este nível de perícia, no entanto, considera que este deve ser o horizonte a seguir pelos enfermeiros competentes, servindo como referência para o desenvolvimento contínuo da prática profissional (Benner, 2001).

O modelo teórico de Patricia Benner constituiu um referencial fundamental para a reflexão sobre o meu percurso profissional, desde a conclusão da licenciatura até ao término dos estágios de natureza profissional. Com base nesta estrutura concetual, considero que iniciei os estágios de natureza profissional no nível de avançado, uma vez que a abordagem à pessoa com dor crónica não me era completamente desconhecida. O exercício da minha atividade profissional numa ECCI proporcionou-me um contacto prévio com este fenómeno, permitindo-me enfrentar desafios inerentes ao contexto domiciliário, os quais podem dificultar a orientação para a prática. No início do estágio de natureza profissional, a minha atuação baseava-se essencialmente em normas e nas orientações dos enfermeiros tutores. À medida que progredia, fui desenvolvendo a capacidade de adaptar e de ajustar estes referenciais a contextos clínicos específicos.

No primeiro contexto de estágio de natureza profissional, particularmente, realizado na Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos, foi necessário aprofundar o conhecimento, o que possibilitou uma compreensão mais abrangente das condições clínicas dos clientes. Paralelamente, a experiência prática adquirida permitiu-me desenvolver uma visão mais integrada das situações, facilitando o reconhecimento de padrões e a interligação de contextos clínicos distintos, promovendo, assim, um processo de tomada de decisão mais fundamentado e eficaz.

Com base no Projeto de Estágio previamente elaborado, em conformidade com as competências preconizadas pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e pelo Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, particularmente na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (Regulamento n.º 140/2019, 2019; Regulamento n.º 429/2018, 2018), procederei à descrição e à análise do meu processo de desenvolvimento e de aquisição de competências ao longo do estágio de natureza profissional. Apresentarei, de forma estruturada e devidamente fundamentada, as atividades que desenvolvi, destacando a sua relevância para o aprimoramento das minhas competências clínicas e para a consolidação do meu perfil enquanto futura enfermeira especialista e mestre. Para além disso, analisarei o impacto destas experiências na melhoria contínua do meu desempenho profissional, evidenciando a aplicabilidade dos referenciais teóricos na prática clínica e a sua contribuição para uma prestação de cuidados especializada, segura e de qualidade.

Os objetivos específicos definidos para o estágio foram desdobrados em objetivos subespecíficos, de forma a garantir um desenvolvimento de competências sustentado e estruturado ao longo do estágio de natureza profissional. O primeiro objetivo específico definido consistiu "Desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa com dor crónica", sendo posteriormente subdividido em dois objetivos subespecíficos. O primeiro objetivo subespecífico estabelecido foi "Melhorar a capacidade para realizar a colheita de dados sobre a caracterização da dor crónica" e o segundo objetivo subespecífico definido foi "Melhorar a capacidade para realizar a colheita de dados sobre complicações/implicações associadas à dor crónica".

Com o intuito de responder aos objetivos subespecíficos delineados e como já referido, realizei uma *scoping review*, com o propósito de mapear os conceitos focados na dor crónica no adulto, considerando a avaliação deste fenómeno e a intervenção sobre ele, sob a perspetiva da tomada de decisão em Enfermagem, promovendo, assim, a aquisição e o aperfeiçoamento do meu conhecimento através de um método sistemático e rigoroso. Este processo permitiu-me mapear e sistematizar a informação relevante disponível na literatura, aprofundando a minha compreensão sobre a caracterização da dor crónica, bem como sobre as suas complicações e as suas implicações. Desta forma, possibilitou-me melhorar a minha capacidade de colheita e de análise de dados, aspetos fundamentais para uma abordagem clínica baseada na evidência e para a otimização da prestação de cuidados especializados.

A Ontologia de Enfermagem apresenta os seguintes dados de caracterização da dor: a localização, a intensidade, a frequência, a duração e o tipo de dor. Estes elementos são fundamentais para uma avaliação rigorosa e para a definição de intervenções tendo em vista a gestão / o controlo da dor. Relativamente ao conceito de dor crónica, a análise dos artigos incluídos na *scoping review* revelou que a maioria das fontes define a dor crónica como uma dor contínua ou recorrente, com uma duração superior a três a seis meses, prolongando-se para

além do período fisiológico exetável de cura (Ciaramella, 2019).

Adicionalmente, os estudos de Pham et al. (2017) e de Roy et al. (2020) sublinham que uma caracterização abrangente da dor deve considerar não apenas os parâmetros clínicos mencionados, mas também a identificação da causa subjacente, a avaliação fisiopatológica dos mecanismos envolvidos, a análise psicossocial de fatores que possam influenciar a perceção da dor ou dificultar a sua abordagem terapêutica e, por fim, o impacto global da dor na qualidade de vida do indivíduo. A inclusão destes aspetos no cuidado à pessoa com dor crónica durante o estágio de natureza profissional permitiu uma abordagem mais holística e personalizada na avaliação e no tratamento da dor crónica.

Relativamente à colheita de dados sobre as complicações e as implicações associadas à dor crónica, a *scoping review* permitiu identificar duas grandes dimensões: a dimensão física e a dimensão mental. No que respeita às implicações físicas, os estudos analisados destacam consequências significativas nas atividades de vida diária, no desempenho laboral, na prática de exercício físico e na capacidade de caminhar (Lewis et al., 2023; Jebara et al., 2023; McDonald et al., 2023).

Relativamente às implicações emocionais, a literatura evidencia um impacto significativo da dor crónica na saúde mental dos indivíduos. Entre os estados emocionais mais comuns associados à dor crónica, encontram-se o desespero, a frustração, a exaustão, a ansiedade, as perturbações depressivas e os distúrbios no padrão do sono (Furnes et al., 2015; Eaton et al., 2022). Adicionalmente, verificam-se alterações do humor que podem conduzir à apatia e à raiva, sentimentos de tristeza, desamparo, medo e perda de controlo (Lewis et al., 2023).

Uma das atividades definidas como parte do percurso de estágio de natureza profissional foi o acompanhamento do enfermeiro tutor na colheita de dados sobre a caracterização da dor crónica e sobre as complicações associadas a esta condição. Para além disso, surgiu a oportunidade de treinar o desenvolvimento destas competências em ambos os contextos de estágio de natureza profissional, de forma a aprimorar a minha capacidade de avaliar e de compreender, de forma aprofundada, os diferentes dados de avaliação da dor crónica, bem como as suas repercussões no cliente.

Durante o estágio de natureza profissional, observei que a dor crónica exerce um impacto substancial no autocuidado dos indivíduos, o que é corroborado pelos autores McDonald et al., (2023) e pelos autores Jebara et al. (2023). A persistência da dor, aliada às limitações funcionais e às alterações emocionais que dela advêm, compromete significativamente a realização das atividades de vida diária, reduzindo a autonomia e influenciando negativamente a qualidade de vida dos clientes.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2022), o autocuidado refere-se ao conjunto de ações que os indivíduos realizam de forma autónoma, em colaboração com a família e a

comunidade, com o propósito de preservar e de promover a saúde, de prevenir doenças e de melhorar o bem-estar (Organização Mundial da Saúde, 2022). Orem sublinha, ainda, que o autocuidado é uma competência que se adquire e se aperfeiçoa ao longo da vida, sendo moldado por múltiplos fatores, como o crescimento pessoal, as experiências vivenciadas, o contexto sociocultural e as condições de vida. Esta perspetiva teórica enfatiza o papel fundamental do autocuidado na promoção da saúde e na prevenção de doenças (Orem, 1993).

Desta forma, nos contextos de estágio de natureza profissional, e sob a orientação dos enfermeiros tutores, foi possível direcionar as intervenções de enfermagem para a capacitação dos indivíduos para a gestão e a autogestão do seu regime terapêutico. Neste contexto, a gestão do regime terapêutico estabelece uma relação direta com os requisitos de autocuidado por desvio de saúde, conforme definidos na Teoria do Autocuidado de Orem (2001). O planeamento e a implementação de intervenções adequadas permitem reduzir o défice existente entre as necessidades de autocuidado e as capacidades da pessoa enquanto agente de autocuidado. Esta abordagem, centrada na pessoa, demonstrou-se fundamental para a identificação de necessidades específicas, permitindo a adaptação das estratégias de intervenção de forma individualizada. Para além disso, possibilitou a promoção de medidas que visam atenuar os efeitos incapacitantes da dor crónica, fomentando o seu autocontrolo / a sua autogestão e a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

A realização destas atividades, aliada à consolidação do conhecimento teórico, permitiu não apenas reconhecer as necessidades de intervenção prioritárias na pessoa com dor crónica, mas também as da família e dos cuidadores da pessoa com dor crónica, que vivenciam este processo de forma indireta. Para além disso, possibilitou uma compreensão aprofundada das implicações e das complicações associadas à doença crónica. Em ambos os contextos de estágio de natureza profissional, foi possível estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa e os seus cuidadores, assegurando a estabilização, a manutenção e a adaptação à doença crónica, com especial enfoque na dor crónica. Esta abordagem está em consonância com o preconizado no critério de avaliação 1.1 do Anexo V do Regulamento n.º 429/2018.

No âmbito do processo de desenvolvimento de competências, defini como segundo objetivo específico “Desenvolver competências na identificação das necessidades da pessoa com dor crónica no âmbito do autocontrolo da dor”. Para a sua concretização, estabeleci dois objetivos subespecíficos. O primeiro consistiu em “Melhorar a capacidade para realizar a colheita de dados sobre o autocontrolo da dor através de estratégias não farmacológicas de alívio da dor” e o segundo visou “Melhorar a capacidade para realizar a colheita de dados sobre a autoeficácia para autocontrolar a dor”.

Os resultados obtidos a partir da *scoping review* não me permitiram alcançar conclusões definitivas sobre a colheita de dados relacionada com o autocontrolo / a autogestão da dor através de estratégias não farmacológicas de alívio da dor, nem sobre a colheita de dados sobre

a autoeficácia para autocontrolar a dor. Esta limitação levou-me a compreender a necessidade de realizar uma pesquisa adicional, focada na procura de evidências científicas mais específicas nestas áreas, a fim de aprofundar o meu conhecimento.

Inicialmente, foi necessário compreender o conceito de autoeficácia, com o intuito de identificar os dados que seriam relevantes colher junto do cliente. O conceito de autoeficácia foi introduzido por Bandura em 1974, sendo definido como a convicção pessoal de que um indivíduo é capaz de executar com sucesso uma tarefa ou um comportamento específico dentro de um contexto particular. Segundo Bandura, a autoeficácia refere-se à crença na capacidade pessoal de realizar, de forma eficaz, determinadas atividades ou comportamentos com o objetivo de alcançar um resultado desejado (Bandura, 1977).

Nesta fase do desenvolvimento de competências, tornou-se essencial a introdução do conceito de consciencialização, uma vez que este se revela determinante na perceção, na compreensão e no reconhecimento do processo de transição por parte do indivíduo. A ausência de consciencialização relativamente à necessidade de mudança pode indicar que a pessoa ainda não iniciou o seu processo de transição, sendo este um fator crítico na sua capacidade de adaptação. O nível de consciencialização influencia diretamente o grau de envolvimento do indivíduo, determinando o seu comprometimento e a sua participação ativa na transição, pois é difícil participar num processo de transição que não se compreende (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Meleis, 2012).

A consciencialização é modulada por diversos fatores, incluindo a perceção individual, a experiência prévia, as crenças, as atitudes culturais, os significados atribuídos à situação, o nível de preparação, o conhecimento e o contexto socioeconómico (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010; Meleis, 2012). No âmbito da dor crónica, considero que o nível de consciencialização do cliente relativamente ao seu próprio processo de transição influencia diretamente a autoeficácia para autocontrolar a dor e, conseqüentemente, o autocontrolo / a autogestão da dor. O envolvimento ativo do cliente no seu processo de transição permite a implementação de estratégias que favorecem a gestão e a autogestão da sua condição crónica, potenciando, assim, melhores resultados na abordagem à dor crónica.

Com o intuito de alcançar os objetivos subespecíficos estabelecidos no segundo objetivo específico, foi possível acompanhar o enfermeiro tutor na colheita de dados relativos ao autocontrolo / à autogestão da dor e à autoeficácia para o autocontrolo da dor, em ambos os contextos de estágio de natureza profissional. No entanto, a experiência adquirida durante o estágio na Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos proporcionou uma proximidade mais estreita com o cliente e com os seus cuidadores, permitindo-me compreender, de forma mais aprofundada, a sua realidade e as necessidades associadas. Esta interação direta e contínua possibilitou-me posicionar-me junto do cliente e da família/cuidadores, como enfermeira de referência, assumindo um papel central na colheita dos dados necessários para

fundamentar o processo de tomada de decisão em enfermagem e para a priorização dos cuidados, de acordo com as necessidades individuais do cliente e da família/cuidadores. Este princípio está em consonância com o critério de avaliação 1.1.4 do Anexo V do Regulamento n.º 429/2018, que destaca a importância de reconhecer e de identificar as necessidades de intervenção especializada nas áreas prioritárias para a pessoa que vivencia a doença crónica e para a família/cuidador.

Uma das atividades transversais aos objetivos subespecíficos anteriormente mencionados consistiu na realização de um processo de tomada de decisão em enfermagem direcionado à pessoa com dor crónica, utilizando a plataforma "e4Nursing" em cada momento do estágio de natureza profissional. Ao longo do estágio de natureza profissional, procurei ativamente oportunidades que favorecessem o desenvolvimento das competências associadas a estes objetivos, em conformidade com os critérios de avaliação 1.2.2 e 1.2.10 do Anexo V do Regulamento n.º 429/2018. Estes critérios de avaliação enfatizam a importância da definição e da documentação de planos de intervenção individualizados, tanto para a pessoa como para os seus familiares/cuidadores, assegurando uma abordagem personalizada e sustentada na melhor evidência disponível. No entanto, apesar das múltiplas experiências vivenciadas do processo de aprendizagem, optei por incluir apenas um processo de tomada de decisão em enfermagem no relatório, devido à sua extensão e à sua complexidade. A plataforma "e4Nursing", disponibilizada pela ESEP, constitui um recurso educacional digital, concebido para apoiar a elaboração do processo de tomada de decisão em enfermagem. A sua estrutura baseia-se nas etapas fundamentais da tomada de decisão clínica, organizando os conteúdos de forma sistematizada e alinhada com a Ontologia de Enfermagem aprovada pela Ordem dos Enfermeiros.

Perante o processo de tomada de decisão em enfermagem, considerei essencial proceder a uma análise reflexiva e à organização do conhecimento. A Ontologia de Enfermagem constitui uma estrutura dinâmica, em constante evolução, que organiza e representa o conhecimento de enfermagem, integrando conceitos provenientes de diferentes teorias de enfermagem e estabelecendo relações entre os mesmos.

Benner (2001) enfatiza a relevância de reconhecer o momento oportuno para a aprendizagem, ou seja, a capacidade de identificar quando o indivíduo se encontra recetivo à assimilação de novos conhecimentos e à modificação de comportamentos. A Ontologia de Enfermagem propõe a avaliação do "momento próprio para intervir", permitindo que as intervenções sejam ajustadas às necessidades individuais da pessoa, familiares/cuidadores, maximizando a sua eficácia e promovendo a adesão às orientações de cuidados.

Meleis (2000) salienta a importância do reconhecimento da experiência de transição como um elemento central para o envolvimento do indivíduo no seu próprio processo de mudança. Alinhado com esta perspetiva, Benner (2001) destaca a relevância de auxiliar a pessoa a

interiorizar as implicações da sua condição, promovendo a adaptação e a aceitação das transformações inerentes à sua condição. A Ontologia de Enfermagem apresenta a consciencialização como um dado a avaliar, podendo ser facilitadora do processo de transição ou devendo ser melhorada para progredir para a mestria.

Desta forma, tive a oportunidade de observar e analisar a abordagem dos enfermeiros tutores na colheita de dados, bem como de realizar autonomamente este processo, tendo em consideração a fase de transição em que cada cliente se encontrava. A recolha de dados foi conduzida de forma progressiva, integrando aspetos fundamentais, como o nível de conhecimento, a capacidade, a consciencialização, a autoeficácia e o significado atribuído pelo cliente à sua condição. Deste modo, garanti que a intervenção ocorria no momento mais adequado, respeitando o ritmo/tempo do cliente na aprendizagem e na adoção de estratégias de autocontrolo / de autogestão da dor.

A teoria de Meleis (2010) enfatiza, ainda, a relevância da compreensão dos significados atribuídos pelo indivíduo aos acontecimentos que podem desencadear o seu processo de transição. A forma como a pessoa interpreta a sua condição de saúde influencia significativamente a sua adaptação e o grau de envolvimento na mudança. Neste seguimento, Benner (2001) salienta que os enfermeiros experientes devem reconhecer que cada indivíduo constrói a sua própria perceção sobre o seu estado de saúde, sendo essencial proporcionar um espaço para que esta compreensão seja expressa sem interferências ou correções imediatas. A autora descreve que a aceitação da interpretação do cliente e a utilização desta perceção como ponto de partida para a prestação de cuidados garante uma abordagem mais individualizada e eficaz.

Apesar das dificuldades iniciais na identificação e na interpretação dos significados atribuídos à dor durante o processo de tomada de decisão em enfermagem, a realização da *scoping review* permitiu compreender que estes significados são, muitas vezes, complexos e de difícil expressão por parte dos clientes. Esta dificuldade foi evidenciada no estudo de Lewis et al. (2023), que sublinha a importância de uma abordagem sensível e individualizada na avaliação da dor e na prestação de cuidados de enfermagem. Os mesmos autores referem que os significados, as perceções e as crenças sobre a dor variam significativamente entre indivíduos e culturas, influenciando a forma como esta é compreendida e gerida. A dor pode ser interpretada a partir de diferentes perspetivas, considerando dimensões espirituais, fatores internos e externos, bem como causas físicas. Alguns participantes do estudo associaram a sua dor a um desequilíbrio interno ou a fatores espirituais, considerando-a uma forma de punição por más ações ou um reflexo de relações interpessoais problemáticas. Para além disso, emergiram crenças relacionadas com forças sobrenaturais, nomeadamente, a associação da dor à influência de “espíritos malignos” ou à crença de que resultava de um “mau-olhado”. Adicionalmente, a dor foi também interpretada como uma consequência inevitável do carma ou do destino, reforçando a ideia de que o sofrimento estaria previamente determinado (Lewis et

al., 2023).

Outra interpretação recorrente associa a dor ao envelhecimento, sendo percebida como um fenómeno natural decorrente do declínio fisiológico inerente à idade avançada. Paralelamente, para alguns indivíduos, o estilo de vida e os hábitos posturais são considerados determinantes na origem da dor, com particular destaque para o impacto de posturas inadequadas (Lewis et al., 2023; Kawi et al., 2019). Por fim, fatores ambientais são frequentemente mencionados como potenciais agravantes da dor. Destacam-se o frio, a exposição à água fria, a climas frios e chuvosos, bem como a ingestão de alimentos frios. Os significados atribuídos à experiência dolorosa influenciam não apenas a forma como os indivíduos percebem a sua condição, mas também as estratégias que adotam para lidar com a dor, afetando, conseqüentemente, a adesão ao regime terapêutico (Lewis et al., 2023).

Para além da realização da *scoping review*, outra estratégia adotada para aprofundar o conhecimento e a capacidade de intervenção sobre os significados atribuídos à dor e às estratégias não farmacológicas de alívio da dor consistiu no acompanhamento dos enfermeiros tutores no processo de desconstrução destes significados por parte dos clientes. Ao longo dos estágios de natureza profissional, um dos significados mais frequentemente atribuídos à dor pelos clientes reportou-se à sua associação ao envelhecimento, sendo percebida como um fenómeno natural e inevitável. Esta conceção foi ilustrada por expressões recorrentes, como: "Senhora enfermeira, é normal sentir esta dor, já viu a minha idade?" (significado: desvalorização). Perante este cenário, foi possível explorar, junto dos clientes, conceitos básicos sobre a dor, promovendo uma reflexão crítica e contribuindo para a reformulação de conceções erróneas. Este processo de interpretação dos significados atribuídos pelo indivíduo está refletido na Ontologia em Enfermagem, por meio da sua classificação como facilitadores ou dificultadores. No caso dos significados dificultadores, torna-se necessária uma intervenção específica para promover a progressão para a mestria, nomeadamente "Analisar o significado dificultador".

O modelo teórico de Meleis (2000) enfatiza a importância de disponibilizar aos indivíduos recursos multidimensionais que favoreçam uma transição saudável, promovendo o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Estes recursos vão para além do conhecimento, abrangendo suporte emocional, social e estrutural, fundamentais para a adaptação a novas condições de vida. Neste sentido, Benner (2001) destaca a função educativa do enfermeiro, que não se restringe à transmissão de informação, mas envolve a orientação e a capacitação da pessoa. Este processo compreende a disponibilização de ferramentas que permitam a compreensão, a gestão, a aceitação e a superação de desafios e situações desconhecidas.

No âmbito do desenvolvimento de competências, estabeleci como terceiro objetivo específico: "Desenvolver competências de intervenção especializada dirigida à pessoa com dor crónica". Para a sua concretização, delineei três objetivos subespecíficos. O primeiro consistiu "Melhorar o

conhecimento sobre o significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor”. O segundo centrou-se em “Melhorar a capacidade para promover o autocontrolo da dor através de estratégias não farmacológicas”. Por fim, o terceiro objetivo consistiu “Melhorar a capacidade para promover a autogestão do regime medicamentoso associado à dor”.

No que se refere ao primeiro objetivo subespecífico, "Aprofundar o conhecimento sobre o significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor," a sua concretização já foi previamente detalhada. No entanto, importa reforçar que este objetivo foi essencial para compreender a perceção dos clientes relativamente às diferentes abordagens não farmacológicas, permitindo uma intervenção mais adequada e alinhada com as suas expectativas e com as suas crenças. A aquisição deste conhecimento possibilitou não apenas a desconstrução de conceitos erróneos, mas também a promoção de estratégias de alívio da dor mais eficazes e individualizadas, tal como preconizado no critério de avaliação 2.1.5 do Anexo V do Regulamento n.º 429/2018.

No que se refere ao segundo objetivo subespecífico “Melhorar a capacidade para promover o autocontrolo da dor através de estratégias não farmacológicas”, a realização da *scoping review* revelou-se essencial para aprofundar o conhecimento sobre estratégias não farmacológicas para o alívio da dor. A análise dos estudos incluídos permitiu identificar e compreender como diferentes abordagens podem promover o autocontrolo e a autogestão da dor crónica, desde que alinhadas com as expectativas do cliente e da família/cuidador. De forma geral, os artigos analisados destacam a importância de intervenções que capacitem os indivíduos a gerir ativamente a sua dor, promovendo o seu autocontrolo / a sua autogestão.

O Conselho Internacional de Enfermagem (2019) define autogestão como uma “atividade realizada pelo próprio indivíduo”. A literatura científica descreve a autogestão como um “processo dinâmico e contínuo de autorregulação, derivado do autocuidado em contextos de condições crónicas de saúde” (Padilha, 2013, p. 51). A autogestão de uma condição crónica requer que os indivíduos incorporem diversas atividades no seu dia a dia, como a adesão ao regime medicamentoso, a adoção de mudanças no estilo de vida e nos hábitos comportamentais, a implementação de um plano alimentar adequado, a prática regular de exercício físico e a promoção de ajustes nos aspetos psicológicos, familiares e sociais (Thombs et al., 2017).

Estes fatores acrescentaram complexidade e desafios ao processo de desenvolvimento de competências, tornando-o mais exigente e requerendo uma abordagem estruturada. Assim, antes de avançar para a prática, foi essencial organizar e sistematizar o conhecimento, garantindo uma base sólida para a sua aplicação. Neste sentido, a realização da *scoping review* desempenhou papel fundamental, permitindo a categorização das estratégias não farmacológicas para o controlo / a gestão e para o autocontrolo / a autogestão da dor em quatro grandes dimensões: intervenções físicas e de reabilitação; intervenções psicossociais e

cognitivas; intervenções promotoras de mudanças no estilo de vida e estratégias adaptativas; e estratégias de distração e de bem-estar emocional. Esta organização possibilitou uma compreensão mais aprofundada das diferentes abordagens disponíveis, facilitando a sua implementação e a sua adaptação às necessidades individuais.

As intervenções físicas e de reabilitação englobam estratégias que envolvem movimento, manipulação corporal e técnicas físicas, sendo amplamente utilizadas no alívio da dor e na promoção da funcionalidade. Entre as principais abordagens destaca-se o exercício e a atividade física, que incluem práticas como caminhadas, alongamentos, fortalecimento muscular, exercícios aeróbicos e participação em grupos de atividade física (McDonald et al., 2023; Alvarado-García & Salazar-Maya, 2017; Jebara et al., 2023; Ames et al., 2024; LaRowe et al., 2024; Thapa et al., 2018; Nawai, 2019; Schwan et al., 2019; Takai et al., 2015; Kim et al., 2021). Estas modalidades contribuem para a melhoria da mobilidade, para o fortalecimento muscular e para o bem-estar geral.

A fisioterapia é igualmente relevante e engloba técnicas como exercícios de reabilitação e massagem, que visam melhorar a função musculoesquelética e reduzir a dor (McDonald et al., 2023; Jebara et al., 2023; LaRowe et al., 2024; Thapa et al., 2018; Sidhom et al., 2023; Schwan et al., 2019; Kim et al., 2021; Roy et al., 2020; Mann et al., 2017). A aplicação de calor ou de frio constitui uma estratégia complementar frequentemente utilizada, recorrendo a almofadas térmicas, compressas quentes ou frias, cobertores aquecidos, imersão em água quente e aplicação de gelo, com o objetivo de aliviar a dor e promover o relaxamento muscular (Alvarado-García & Salazar-Maya, 2017; Jebara et al., 2023; Thapa et al., 2018; Nawai, 2019).

Relativamente à categoria das intervenções psicossociais e cognitivas, esta integra estratégias que atuam no processamento mental da dor e na adaptação emocional, facilitando uma gestão mais eficaz e autónoma da dor crónica. As terapias cognitivas e psicossociais incluem abordagens como a terapia cognitivo-comportamental, a terapia de aceitação e de compromisso, a terapia multimodal e a psicoterapia, que têm como objetivo modificar padrões de pensamento e de comportamento associados à dor, fortalecendo a resiliência do cliente (LaRowe et al., 2024; Sidhom et al., 2023; Takai et al., 2015; Bacchus, 2023).

O *mindfulness* e as técnicas de relaxamento constituem estratégias complementares, abrangendo práticas como a meditação, a respiração controlada, o relaxamento muscular progressivo, o *biofeedback*, a hipnose e a imaginação guiada (McDonald et al., 2023; Lakshman et al., 2024; Ames et al., 2024; LaRowe et al., 2024; Thapa et al., 2018; Nawai, 2019; Sidhom et al., 2023; Takai et al., 2015; Bacchus, 2023; Roy et al., 2020). Estas abordagens contribuem para a redução do stresse e para a promoção do bem-estar emocional. Por fim, o apoio social e a educação para a saúde desempenham um papel essencial no autocontrolo / na autogestão da dor, através da participação em grupos de suporte, em programas estruturados para o desenvolvimento de competências de autogestão / de autocontrolo e através do acesso a

materiais educativos que disponibilizam informação e orientações para uma melhor gestão / controlo e uma autogestão / um autocontrolo da dor (Ames et al., 2024; Sidhom et al., 2023; Kim et al., 2021).

No que diz respeito às modificações no estilo de vida e às estratégias adaptativas, estas abrangem mudanças comportamentais que têm como objetivo o controlo / a gestão e o autocontrolo / a autogestão da dor, bem como a melhoria da qualidade de vida. As adaptações diárias e a ergonomia incluem o uso de auxiliares, como cintas, bengalas e suportes, a organização do ambiente doméstico para aumentar a funcionalidade e o conforto, assim como a adoção de uma postura correta, reduzindo o impacto da dor nas atividades diárias (Alvarado-García & Salazar-Maya, 2017; Budge et al., 2020). Para além disso, os hábitos e as rotinas saudáveis desempenham um papel essencial na gestão / no controlo e na autogestão / no autocontrolo da dor, englobando a prática regular de exercício físico, a cessação do tabagismo, o controlo do peso, a manutenção de uma boa higiene do sono e a redução do consumo de cafeína e de álcool (Thapa et al., 2018; Budge et al., 2020; Kim et al., 2021).

Por último, a categoria "estratégias de distração e de bem-estar emocional" inclui atividades que ajudam a desviar a atenção da dor e a promover o equilíbrio emocional. O lazer desempenha um papel essencial neste processo, englobando atividades como ouvir música, praticar artesanato, ler e participar em eventos sociais e religiosos, as quais contribuem para a melhoria do bem-estar psicológico (McDonald et al., 2023; Thapa et al., 2018; Takai et al., 2015; Roy et al., 2020; Lakshman et al., 2024). As estratégias de *coping* envolvem o desenvolvimento da resiliência, a aceitação da dor, a utilização de estratégias de distração e a construção de crenças positivas sobre o controlo / a gestão e o autocontrolo / a autogestão da dor, facilitando a adaptação e a gestão da condição (Takai et al., 2015).

As estratégias não farmacológicas têm vindo a assumir uma relevância crescente na assistência a clientes em situações de doença crónica. Diversas abordagens podem ser implementadas pelos enfermeiros em diferentes contextos e países, desde que cumpram os requisitos legais e regulamentares vigentes. Em Portugal, por exemplo, é contemplada a atribuição da competência acrescida avançada em psicoterapia, que pode ser obtida pelos enfermeiros que realizem formação em sociedades científicas acreditadas, desde que respeitem os critérios regulamentares estabelecidos pela Ordem dos Enfermeiros (Regulamento n.º 387/2019, 2019). No entanto, uma dificuldade reside no facto de algumas sociedades científicas que oferecem formação em terapia cognitivo-comportamental, por exemplo, não incluírem os enfermeiros nos seus programas de formação. Para além disso, também se poderá colocar a questão de esta competência acrescida ser direcionada ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (Regulamento n.º 387/2019, 2019).

No âmbito do meu processo de desenvolvimento de competências, uma das atividades desenvolvidas para a concretização deste objetivo consistiu no acompanhamento dos

enfermeiros tutores na capacitação do cliente para o autocontrolo / a autogestão da dor, recorrendo a estratégias não farmacológicas de alívio da dor. A organização e consolidação prévia do conhecimento permitiram que este acompanhamento fosse realizado de forma estruturada, fomentando um processo contínuo de discussão e de reflexão com os enfermeiros tutores. Esta abordagem possibilitou uma análise crítica das estratégias não farmacológicas aplicadas, permitindo identificar que algumas não estavam adequadas à realidade sociocultural do contexto em que estavam a ser implementadas.

Adicionalmente, verificou-se que determinadas estratégias não se enquadravam no domínio de atuação do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Esta constatação evidenciou a necessidade de uma seleção criteriosa das intervenções, assegurando que as estratégias adotadas fossem não só exequíveis, mas também compatíveis com o âmbito de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Este processo permitiu-me treinar a capacitação do cliente na autogestão / no autocontrolo da dor através da aplicação de estratégias não farmacológicas, fomentando abordagens que favorecessem a autogestão e a melhoria da saúde. Esta abordagem está em conformidade com o critério de avaliação 1.2.5 do Anexo V do Regulamento n.º 429/2018, que enfatiza a importância da implementação de estratégias para a autogestão e promoção da saúde de pessoas em situação de doença crónica. Desta forma, foi ainda possível adequar as estratégias de intervenção, no sentido de promover o desenvolvimento do autoconhecimento e a capacitação do cliente e dos cuidadores, permitindo-lhes adquirir competências que favorecessem uma participação ativa na gestão e na autogestão da sua condição de saúde, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida, do bem-estar e do conforto do cliente e da sua família, em consonância com o critério de avaliação do Anexo V do 1.2.4 do Regulamento n.º 429/2018.

No âmbito do terceiro objetivo subespecífico, “Melhorar a capacidade para promover a autogestão do regime medicamentoso associado à dor”, foram definidas e desenvolvidas atividades centradas na pesquisa de evidência científica sobre o regime medicamentoso associado ao controlo / à gestão da dor. A adesão terapêutica, conforme definida pela Organização Mundial da Saúde, corresponde ao grau em que o comportamento do indivíduo está alinhado com as recomendações dos profissionais de saúde, abrangendo a toma da medicação, a adoção de uma dieta adequada e a implementação de mudanças no estilo de vida (Organização Mundial da Saúde, 2003b). A não adesão ao regime medicamentoso está associada ao agravamento da condição, ao aumento da mortalidade e a um acréscimo significativo dos custos em saúde, tanto para o indivíduo como para o sistema de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2003b).

Deste modo, procedi a uma pesquisa aprofundada sobre os fatores que influenciam a adesão ao regime medicamentoso em pessoas com dor crónica. Esta análise permitiu identificar as principais barreiras à adesão terapêutica, contribuindo para a definição de estratégias mais eficazes na promoção do autocontrolo / da autogestão da dor e na capacitação do cliente para

uma autogestão autónoma e informada da sua medicação.

O estudo de Ames et al. (2024) identificou que a aceitação do regime medicamentoso por parte dos clientes está intrinsecamente relacionada com múltiplos fatores, nomeadamente a interação com os profissionais de saúde, a adequação das intervenções terapêuticas, a abordagem holística dos cuidados e a atenção aos valores e às preferências individuais das pessoas. Os resultados demonstraram que a perceção do cliente sobre a qualidade da relação estabelecida com os profissionais de saúde constitui um elemento central na adesão ao tratamento (Ames et al., 2024). Especificamente, verificou-se que a aceitação do regime terapêutico é favorecida quando os profissionais de saúde demonstram atitudes respeitadas, atenciosas e centradas na pessoa, promovendo uma relação colaborativa e facilitando um ambiente de comunicação aberto e bidirecional. A disposição dos profissionais para discutir opções terapêuticas e integrar as preferências individuais no plano de cuidados reforça a confiança do cliente e da família / do cuidador e contribui para um maior envolvimento na autogestão da condição de saúde (Ames et al., 2024).

Adicionalmente, a adequação das intervenções terapêuticas e a prestação de cuidados individualizados revelaram-se determinantes na perceção de eficácia e de aceitação do regime medicamentoso. A continuidade dos cuidados, assegurando um acompanhamento consistente e personalizado, emergiu igualmente como um fator essencial na promoção da adesão ao tratamento (Ames et al., 2024). Neste estudo, a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e os clientes assume um papel preponderante na adesão terapêutica, sendo fundamental para garantir que as necessidades, as expectativas e as preocupações dos clientes sejam devidamente consideradas. O estudo reforça, assim, a importância de uma abordagem holística e centrada na pessoa, que contemple a individualização dos cuidados, a empatia dos profissionais de saúde e a implementação de estratégias que promovam a adesão ao regime medicamentoso (Ames et al., 2024).

A Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos, de natureza multidisciplinar, na qual realizei o estágio de natureza profissional, demonstrou uma clara consciência dos fatores que influenciam diretamente a adesão ao regime medicamentoso. Entre estes fatores, destacou-se a necessidade de adequação do regime medicamentoso à capacidade do cliente e da sua família ou cuidadores, garantindo um plano de tratamento viável e exequível. Neste contexto, tive a oportunidade de acompanhar os enfermeiros tutores na capacitação do cliente para o autocontrolo / a autogestão da dor, especificamente através da gestão do regime medicamentoso associado à dor, reforçando a importância da autogestão na sintomatologia dolorosa. Para além disso, foi possível integrar-me nas atividades da equipa, participando ativamente no processo de reconciliação medicamentosa, uma estratégia fundamental para minimizar discrepâncias terapêuticas e prevenir eventos adversos relacionados com a medicação. Este processo está alinhado com o critério de avaliação 2.1.3 do Anexo V do Regulamento n.º 429/2018, que destaca a importância de promover a adesão ao regime

terapêutico.

No segundo momento do estágio de natureza profissional, o acompanhamento e o treino dos clientes focaram-se, de forma mais direcionada, na preparação para o regresso a casa, um período crítico na transição de cuidados. A alta hospitalar representa um momento de elevada complexidade, caracterizado por um aumento do risco de falhas de comunicação, que podem resultar em incidentes e em danos associados ao regime terapêutico. Assim, a intervenção da equipa revelou-se essencial para assegurar a continuidade e a segurança do plano terapêutico no domicílio, prevenindo complicações e promovendo uma gestão e uma autogestão eficaz da condição clínica do cliente.

A continuidade de cuidados é um eixo estruturante na prestação de assistência em saúde, assumindo especial relevância no contexto das ECCI. A experiência de trabalho numa ECCI permitiu-me desenvolver uma compreensão mais abrangente sobre a articulação entre os diferentes níveis assistenciais e a sua influência na qualidade dos cuidados prestados. A transição entre o internamento hospitalar e o domicílio constitui um momento crítico, no qual a comunicação eficaz, o planeamento adequado e a implementação de estratégias de capacitação dos clientes desempenham um papel determinante na promoção da autogestão da condição clínica. Esta perspetiva fomentou momentos de reflexão e de discussão com os enfermeiros tutores e com a equipa multiprofissional, permitindo aprofundar a análise sobre os desafios inerentes à continuidade de cuidados e reforçar a necessidade de abordagens interdisciplinares que garantam intervenções mais eficazes, centradas nas necessidades individuais dos clientes e nas melhores práticas baseadas em evidência.

Embora a área da comunicação terapêutica não estivesse inicialmente contemplada nos objetivos do estágio de natureza profissional, tornou-se evidente a necessidade de discutir e de refletir, em conjunto com os enfermeiros tutores, sobre as técnicas de comunicação e a sua importância na fundamentação e no suporte das intervenções realizadas junto do cliente, especialmente no processo de colheita de dados. A comunicação eficaz é um elemento central na prática clínica, influenciando não apenas a qualidade das interações, mas também a obtenção de informações essenciais para a prestação de cuidados. A observação da prática dos enfermeiros tutores permitiu identificar que determinadas estratégias comunicacionais são amplamente utilizadas, nomeadamente o uso de questões abertas, a empatia, a exploração, a clarificação e o parafraseamento. As questões abertas, em particular, incentivam o cliente a expressar os seus pensamentos e os seus sentimentos de forma mais detalhada, promovendo uma compreensão mais aprofundada das suas necessidades e das suas preocupações (Ribeiro et al., 2021). A empatia, por sua vez, desempenha um papel fundamental na construção de uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito mútuo (Ribeiro et al., 2021). Adicionalmente, a exploração, a clarificação e o parafraseamento revelam-se técnicas essenciais para validar e para interpretar com precisão a informação partilhada, garantindo uma comunicação clara e eficaz (Ribeiro et al., 2021).

A reflexão sobre estas estratégias comunicacionais durante o estágio de natureza profissional evidenciou a relevância da comunicação terapêutica como um pilar fundamental no exercício profissional de enfermagem, não apenas na recolha de dados, mas também na promoção de uma relação profissional centrada no cliente e na família/cuidador. O domínio e a aplicação de técnicas comunicacionais adequadas demonstram-se, assim, indispensáveis para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz e adequada com a pessoa e a família/cuidador, tal como preconizado nos critérios de avaliação 1.1.1 e 1.1.2 do Anexo V do Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, desempenha um papel de referência na prestação de cuidados de saúde, não apenas pela sua competência técnica e científica, mas também pela sua capacidade de identificação precoce de situações de risco, tanto de natureza clínica como não clínica. Neste contexto, compete-lhe a liderança e a implementação de estratégias eficazes que visem a prevenção e o controlo de IACS, bem como a mitigação do fenómeno da resistência aos antimicrobianos. Estas intervenções devem ser desenvolvidas e aplicadas nos diversos contextos assistenciais, baseando-se em princípios de rigor científico, de gestão do risco e de promoção de boas práticas clínicas (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

De acordo com a definição fornecida pela Organização Mundial da Saúde, as IACS são infeções adquiridas durante a permanência de um cliente numa instituição de saúde, não estando presentes no momento da admissão ou encontrando-se em fase de incubação nesse período (Organização Mundial da Saúde, 2011). A Direção-Geral da Saúde complementa esta definição, enfatizando que as IACS são infeções adquiridas pelos clientes durante a prestação de cuidados de saúde, as quais não estavam presentes no momento da sua admissão ou, caso estivessem, encontravam-se numa fase inicial e assintomática. A Direção-Geral da Saúde também sublinha que estas infeções podem afetar não só os clientes, mas também os profissionais de saúde que estão expostos ao ambiente de cuidados, reconhecendo a natureza transversal e multifatorial das IACS, com implicações significativas para os clientes e para os profissionais de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2007).

Um estudo coordenado pelo *European Centre for Disease Prevention and Control*, realizado entre 2011 e 2012, revelou que 6% dos clientes em hospitais apresentavam pelo menos uma IACS, e em 23% dos casos, esta infeção já estava presente na admissão hospitalar. Em Portugal, a taxa de IACS foi de 10,5%, superior à média da União Europeia, que se situou em 6,1% (European Centre for Disease Prevention and Control, 2018). Para além disso, o uso de antimicrobianos em Portugal foi de 45,3%, comparado com 35,8% na União Europeia (European Centre for Disease Prevention and Control, 2018). A Organização Mundial da Saúde estimou que as IACS têm um impacto económico direto de cerca de sete mil milhões de euros na Europa. As consequências das IACS incluem o aumento da necessidade de cuidados de saúde, o

prolongamento da hospitalização, o aumento dos encargos financeiros e um impacto negativo na qualidade e na segurança dos cuidados de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2011).

Desta forma, a prevenção e o controlo da infeção representaram um eixo central no meu processo de desenvolvimento de competências, sendo fundamentais para a promoção da segurança e da qualidade dos cuidados de saúde. Neste sentido, foi definido como objetivo específico "Desenvolver competências de intervenção na área da prevenção, intervenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos".

Para garantir a concretização deste objetivo, foram delineados dois objetivos subespecíficos que orientaram a aquisição e a consolidação de competências nesta área. O primeiro, "Aprofundar conhecimentos sobre prevenção e controlo de infeção", visou a aquisição de uma base teórica e científica sólida, permitindo compreender os mecanismos subjacentes à transmissão de agentes patogénicos e as estratégias mais eficazes para a sua contenção. O segundo objetivo, "Melhorar a habilidade para intervir na área dos procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos", teve como propósito o aperfeiçoamento da capacidade prática e técnica na implementação de medidas de prevenção, de deteção precoce e de controlo da infeção, bem como na sensibilização e de formação dos diferentes intervenientes no contexto assistencial.

No âmbito do primeiro objetivo subespecífico, uma das atividades previamente delineadas no projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas consistiu na realização dos cursos disponibilizados pela plataforma Nau, designadamente "Prevenção da Infeção nos Cuidados de Saúde: Precauções Básicas e Isolamento" e "Infeção Associada aos Cuidados de Saúde: Abordagem Geral". No Anexo IV e no Anexo V encontram-se os respetivos certificados de conclusão dos cursos. Este processo formativo revelou-se fundamental para a consolidação e aprofundamento de conhecimentos científicos e técnicos sobre a prevenção e o controlo de infeções no contexto assistencial. A aquisição de competências através destes cursos permitiu um enquadramento aprofundado do Plano de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e de Resistência a Antimicrobianos, promovendo a adoção de estratégias baseadas na melhor evidência disponível para minimizar o risco de IACS.

Relativamente ao objetivo subespecífico "Melhorar a habilidade para intervir na área dos procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de IACS e de resistência a antimicrobianos", tive a oportunidade de consultar diversas normas e diretrizes relacionadas com o controlo de IACS. Esta atividade já tinha sido previamente delineada no projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas, com foco específico no contexto do estágio de natureza profissional realizado na UCC.

A consulta das normas e de informações sobre o controlo de infeções permitiu-me aprofundar os conhecimentos acerca dos protocolos de prevenção e de intervenção, com especial atenção às estratégias implementadas pela instituição para o controlo de IACS e para o combate à

resistência a antimicrobianos. Durante o estágio de natureza profissional, fui capaz de aplicar estes conhecimentos na prática, garantindo que as intervenções realizadas estivessem em plena conformidade com as normas e com as diretrizes estabelecidas pela instituição.

Durante o estágio de natureza profissional, não foi possível realizar uma reunião formal com os elementos responsáveis pela área da prevenção e do controlo de infeção, com o objetivo de compreender os parâmetros auditáveis na UCC. No entanto, foi possível estabelecer um diálogo estruturado com o enfermeiro tutor sobre esta temática, permitindo uma análise aprofundada das práticas institucionais e das estratégias implementadas no âmbito da prevenção, da intervenção e do controlo de IACS.

Neste contexto, procedi, em colaboração com o enfermeiro tutor, a uma análise dos principais desafios enfrentados pela instituição nesta área, identificando não apenas as medidas já implementadas, mas também as dificuldades inerentes à monitorização e à auditoria destes processos. A análise realizada evidenciou que os desafios atuais da instituição se centram, essencialmente, na necessidade de otimizar os mecanismos de avaliação contínua da adesão às normas de prevenção e de controlo de infeção, no reforço da vigilância epidemiológica e na capacitação dos profissionais de saúde para a adoção de práticas baseadas na evidência.

Embora a interação direta com a equipa responsável pela área da prevenção e do controlo de infeção não tenha ocorrido conforme inicialmente previsto, esta abordagem alternativa revelou-se fundamental para o aprofundamento dos meus conhecimentos sobre os processos institucionais. Para além disso, possibilitou o desenvolvimento de uma visão crítica e reflexiva, contribuindo para a consolidação de competências no âmbito da prevenção, na intervenção e no controlo da IACS no contexto da UCC.

Todas as atividades anteriormente referidas, no âmbito do objetivo específico "Desenvolver competências de intervenção na área da prevenção, intervenção e controlo de infeção associada aos cuidados de saúde e resistência aos antimicrobianos", permitiram o desenvolvimento de competências especializadas, em conformidade com a unidade de competência 1.3 do Anexo V do Regulamento n.º 429/2018 e os seus respetivos critérios de avaliação.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista "(...) realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas" e "(...) adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados" (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

A gestão dos cuidados de enfermagem desempenha um papel crucial na promoção e na garantia da qualidade assistencial, sendo esta a sua principal finalidade. O enfermeiro especialista assume a responsabilidade de otimizar os processos de tomada de decisão,

assegurando a supervisão e a avaliação das tarefas delegadas, bem como a elaboração de diretrizes que orientam a prática de forma estruturada e eficiente (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Para além da supervisão clínica, compete ao enfermeiro especialista implementar metodologias organizacionais que favoreçam a coordenação eficaz da equipa de prestação de cuidados. Esta função envolve a alocação estratégica e a gestão eficiente de recursos humanos e de materiais, garantindo que sejam adequados às necessidades dos clientes e ao contexto assistencial (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Desta forma, defini como objetivo específico “Desenvolver competências de intervenção na área da gestão e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados”, reconhecendo a importância de uma gestão eficaz na otimização dos processos de cuidados e na promoção de uma cultura de qualidade e de segurança. Para garantir a concretização deste objetivo, foram delineados três objetivos subespecíficos. O primeiro consistiu “Melhorar o conhecimento sobre a identificação de estilos de liderança, na gestão de cuidados”, permitindo compreender o impacto das diferentes abordagens de liderança na coordenação das equipas, na eficiência dos processos e na qualidade dos cuidados prestados. O segundo visou “Aprofundar os conhecimentos sobre a promoção de estratégias de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança nos vários contextos de atuação”, com o intuito de fortalecer a segurança e minimizar a ocorrência de eventos adversos. O terceiro centrou-se “Melhorar a capacidade de reconhecer situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável ou inesperado”, possibilitando uma atuação mais proativa na identificação e na mitigação de fatores de risco, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados.

Com o objetivo de aprofundar o conhecimento nesta área, foi definida como atividade a realização do curso disponibilizado na plataforma NAU, intitulado “Formação, Qualidade e Segurança de Cuidados”, cujo certificado está apresentado no Anexo VI. A participação nesta formação permitiu a aquisição e a consolidação de conceitos fundamentais relacionados com a qualidade e com a segurança dos cuidados de saúde, proporcionando uma visão mais estruturada e crítica sobre as melhores práticas na área. Para além disso, a realização do curso contribuiu para a sistematização do conhecimento e o desenvolvimento do pensamento crítico, facilitando a integração dos conteúdos teóricos na prática profissional. Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde (2015) define a qualidade como "(...) a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão" (p. 6). Esta definição enfatiza a importância de garantir o acesso aos cuidados de saúde, sem comprometer a qualidade, e destaca a centralidade do cliente no processo de cuidados.

A qualidade em saúde não pode ser analisada apenas sob uma perspetiva técnica, pois envolve múltiplas dimensões interrelacionadas que influenciam a experiência e os resultados dos cuidados prestados. De acordo com Donabedian (2003), a avaliação da qualidade em saúde deve considerar três dimensões fundamentais.

A dimensão técnica corresponde à aplicação rigorosa do conhecimento científico e tecnológico na formulação de diagnósticos e na implementação de intervenções terapêuticas, garantindo que estas sejam sustentadas pela melhor evidência disponível e alinhadas com as diretrizes clínicas preconizadas, promovendo a eficácia, a segurança e a equidade na prestação de cuidados (Donabedian, 2003). A dimensão interpessoal refere-se à qualidade da interação entre os profissionais de saúde e os clientes, abrangendo variáveis determinantes como a comunicação, o respeito e a empatia. Estes fatores são fundamentais para o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança, influenciando diretamente a adesão dos clientes ao plano terapêutico e, conseqüentemente, a efetividade das intervenções em saúde (Donabedian, 2003). Por sua vez, a dimensão ambiental diz respeito às condições infraestruturais e de conforto proporcionadas aos clientes durante a sua permanência nos serviços de saúde. Inclui aspetos como a acessibilidade, a privacidade e a segurança, os quais exercem um impacto significativo não apenas na perceção subjetiva da qualidade dos cuidados, mas também no bem-estar físico e psicológico dos indivíduos assistidos, sendo determinantes para a humanização e a otimização da experiência do cliente (Donabedian, 2003).

O modelo proposto por Donabedian é um dos mais utilizados para avaliação da qualidade em saúde, estruturando a análise da qualidade em três áreas fundamentais: estrutura, processo e resultados. A estrutura refere-se aos recursos disponíveis para a prestação de cuidados, incluindo infraestruturas, equipamentos e recursos humanos. A qualidade estrutural influencia diretamente a capacidade dos serviços de saúde em proporcionar cuidados adequados e seguros (Donabedian, 2003). O processo engloba todas as atividades realizadas pelos profissionais de saúde ao longo do percurso assistencial, desde o diagnóstico até ao tratamento e acompanhamento dos clientes. Para além dos procedimentos clínicos, esta dimensão inclui a comunicação entre profissionais e clientes, elemento essencial para a adesão ao tratamento e para a humanização dos cuidados (Donabedian, 2003). Por fim, a dimensão dos resultados avalia as alterações no estado de saúde dos clientes, sendo analisada através de indicadores como a taxa de mortalidade, a incidência de infeções hospitalares e o grau de satisfação dos clientes (Donabedian, 2003).

A segurança do cliente é descrita pela Organização Mundial da Saúde como um "(...) conjunto de atividades organizadas que dá origem a culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes nos cuidados de saúde, que de forma consistente e sustentável levam à diminuição dos riscos, à redução da ocorrência de dano evitável, tornam o erro menos provável e reduzem o seu impacto quando este ocorre" (Organização Mundial da Saúde, 2021, p. 1).

A consciência acerca da falta de segurança nos hospitais começou a ganhar destaque na década de 1990, com estudos como o Harvard Medical Practice Study e o relatório "To Err is Human", que evidenciaram que os erros clínicos evitáveis causavam mais mortes do que os acidentes rodoviários ou as doenças como o cancro da mama. Estes estudos foram decisivos

para a consciencialização global sobre a necessidade de reforçar a segurança do cliente, levando à criação da Aliança Mundial para a Segurança do Doente pela Organização Mundial da Saúde, em 2004. Em Portugal, as orientações da Organização Mundial da Saúde foram implementadas através do Plano Nacional para a Segurança do Doente (2015-2020), estabelecido pelo Despacho n.º 1400-A/2015 (2015).

A prevenção de quedas constitui um dos objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional para a Segurança do Doente, dado o impacto significativo que este evento adverso pode ter na morbilidade e na qualidade de vida dos clientes. Durante o estágio de natureza profissional, em colaboração com o enfermeiro tutor, foi identificada a necessidade de refletir sobre as medidas de prevenção implementadas no serviço de internamento, com o objetivo de avaliar a sua eficácia na mitigação deste risco. No contexto hospitalar, a identificação do risco de queda é realizada através da Escala de Queda de Morse, sendo a sua aplicação inicial efetuada no momento da admissão do cliente. Este método permite uma avaliação precoce, possibilitando a implementação de medidas preventivas ajustadas e a definição de níveis de alerta proporcionais ao grau de risco identificado. Consequentemente, a utilização deste instrumento contribui para a redução da ocorrência de quedas e para o reforço da segurança dos clientes, promovendo uma prestação de cuidados mais eficaz e em conformidade com as melhores práticas clínicas.

Durante o estágio de natureza profissional realizado em contexto de internamento, a avaliação do risco de queda foi efetuada de forma sistemática no momento da admissão do cliente, através da Escala de Queda de Morse. Consoante o score obtido nesta escala, a frequência das avaliações subsequentes é ajustada: para os clientes com baixo risco, a avaliação é realizada a cada 48 horas, enquanto para os clientes com risco elevado, a reavaliação ocorre a cada 24 horas. Um aspeto que despertou a minha atenção neste serviço foi a utilização de sinalética nas camas dos clientes de alto risco, com o objetivo de alertar os profissionais de saúde. Embora não tenha sido possível acompanhar, devido à incompatibilidade de horários, o enfermeiro responsável pela auditoria da documentação clínica relacionada com o risco de queda, tive a oportunidade de consultar os resultados desta auditoria, juntamente com o enfermeiro tutor. A análise destes dados permitiu constatar que ainda subsiste uma necessidade de sensibilização e de formação dos profissionais de saúde, especialmente no que diz respeito à avaliação contínua do risco de queda e à implementação das estratégias de prevenção adequadas.

Todas as atividades anteriormente mencionadas, no âmbito do objetivo específico "Desenvolver competências de intervenção na área da gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados", possibilitaram o desenvolvimento de competências especializadas, em conformidade com as unidades de competência 2.2 e 2.3 do Anexo V do Regulamento n.º 429/2018 e os respetivos critérios de avaliação.

O desenvolvimento de competências no âmbito da especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, revelou-se essencial para a

minha formação avançada e prática. Para além das competências adquiridas ao longo desta especialização, o processo de aprendizagem envolvido foi crucial para o fortalecimento de competências específicas no âmbito do segundo ciclo de estudos, conducente ao grau de mestre. Este percurso académico, integrado na prática clínica, permitiu-me a aquisição de conhecimentos aprofundados e a aplicação de intervenções especializadas, proporcionando uma base sólida para a minha atuação profissional na área da saúde, com particular atenção à pessoa em situação crónica.

Assim sendo, a atribuição do grau de mestre pressupõe a demonstração de um conjunto de competências, nomeadamente: a capacidade de aprofundar e de aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do 1.º ciclo de estudos, estabelecendo uma base sólida para o desenvolvimento em contextos de investigação científica; a aplicação de conhecimentos e a capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, mesmo que não diretamente relacionados com a área de estudo; a aptidão para expandir conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações éticas e sociais destas soluções, destes juízos ou destes fatores que os condicionam; a capacidade de comunicar de forma clara e sem ambiguidades as conclusões, os conhecimentos e os raciocínios subjacentes, tanto a enfermeiros especialistas como a não especialistas; e, finalmente, a capacidade para aprender de forma autónoma e autodeterminada ao longo da vida, evidenciando uma postura de aprendizagem contínua (Decreto-Lei n.º 65/2018, 2018; Decreto-Lei n.º 27/2021, 2021).

As atividades anteriormente referidas desempenharam um papel relevante no desenvolvimento das competências necessárias à obtenção do grau de mestre. A realização da *scoping review* destacou-se como a atividade de maior impacto, dado o seu carácter de investigação, permitindo-me adquirir conhecimentos e competências até então desconhecidos. Adicionalmente, a minha participação no “1º Congresso de Enfermagem do Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas da ULS Coimbra - 4C Centralidade dos Cuidados no Cidadão em Coimbra” (certificado no anexo VII) constituiu um desafio significativo. Neste contexto, tive a oportunidade de apresentar um poster intitulado “Representação do Conhecimento de Enfermagem sobre a Dor Crónica: Protocolo de *Scoping Review*” (Anexo VIII, IX, X), em colaboração com a Professora Doutora Patrícia Gonçalves e o Professor Doutor Abel Paiva e Silva. A realização da *scoping review* possibilitou, ainda, a submissão do protocolo à revista de enfermagem indexada Referência, no dia 26 de maio, encontrando-se atualmente em fase de pré-análise.

A realização da *scoping review* teve um impacto significativo no meu desenvolvimento académico, uma vez que me permitiu aprofundar conhecimentos e adquirir novas competências na área da investigação científica. Esta atividade proporcionou-me uma compreensão mais detalhada dos métodos de revisão e de análise de dados, ampliando a minha capacidade de

sintetizar informação relevante para a prática de enfermagem. Para além disso, a minha participação no “1º Congresso de Enfermagem do Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas da ULS Coimbra - 4C Centralidade dos Cuidados no Cidadão em Coimbra” representou uma importante oportunidade de partilha de conhecimento com outros profissionais da área.

Em suma, e em alinhamento com os pressupostos teóricos de Benner (2001), reconheço ter atingido um nível de competência que evidencia a progressão do meu percurso profissional. Durante o estágio de natureza profissional, aprofundei a minha compreensão holística do cuidado à pessoa com dor crónica, adquirindo a capacidade de identificar, de forma célere e precisa, problemas emergentes e propor soluções adequadas. Para além disso, consolidei a minha capacidade de análise crítica e de tomada de decisão fundamentada, permitindo uma abordagem mais autónoma, reflexiva e eficaz na prática clínica.



## 5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório teve como finalidade descrever e analisar, de forma crítica, a implementação das atividades realizadas para a concretização dos objetivos estabelecidos, no âmbito da aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Para tal, foram considerados os referenciais normativos e regulamentares aplicáveis, nomeadamente o Regulamento n.º 429/2018, o Regulamento n.º 140/2019 e o Decreto-Lei n.º 65/2018. Adicionalmente, este documento visa relatar e refletir sobre as experiências vivenciadas ao longo do processo de aprendizagem, destacando os desafios enfrentados e as estratégias adotadas para a consolidação das competências especializadas e de mestre.

A realização dos estágios de natureza profissional numa Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos e numa UCC, assim como a elaboração deste relatório, constituíram etapas fundamentais para o desenvolvimento de competências especializadas na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Através da definição de objetivos específicos e subespecíficos e da implementação de atividades direcionadas, foi possível aprofundar o conhecimento sobre a dor crónica, mas, sobretudo, compreender a experiência individual da pessoa que vive com esta condição, identificando as estratégias de intervenção mais adequadas.

O processo de tomada de decisão em enfermagem apresentado no relatório foi selecionado com base em múltiplos fatores, incluindo as oportunidades de desenvolvimento de competências, o tempo estimado de contacto com os clientes e a organização funcional da Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos. Durante todo o processo, foram rigorosamente respeitados os princípios éticos e deontológicos da profissão, nomeadamente o sigilo profissional e a confidencialidade dos dados.

Durante o meu percurso formativo, tive a oportunidade de aprofundar e de consolidar competências na gestão e na priorização dos cuidados prestados à pessoa em processos de transição saúde-doença, e à família / ao cuidador, integrando os conhecimentos adquiridos ao longo da formação. Simultaneamente, foi possível expandir a minha compreensão sobre a promoção de estratégias de prevenção de riscos clínicos e não clínicos, com ênfase na cultura de segurança nos diversos contextos de atuação profissional.

A consulta de normas e de diretrizes relacionadas com a prevenção de riscos clínicos e não clínicos, bem como relacionadas com o controlo de infeções, permitiu-me compreender as práticas adotadas nos diferentes serviços de saúde, identificando os principais desafios

enfrentados pelos enfermeiros especialistas na prevenção, na intervenção e no controlo das IACS. Particularmente, este processo de aprendizagem proporcionou uma visão aprofundada sobre os desafios relacionados com a resistência aos antimicrobianos, evidenciando a necessidade urgente de implementar estratégias de contenção eficazes. O desenvolvimento destas competências foi essencial para aprimorar a minha capacidade de aplicar intervenções fundamentadas em evidência, assegurando a segurança dos clientes e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Apesar das limitações impostas pela elevada carga laboral dos enfermeiros tutores, considero que os campos de estágio de natureza profissional proporcionaram um ambiente adequado para o desenvolvimento de competências especializadas na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. No entanto, defendo que a possibilidade de realização de estágio numa Equipa de Acompanhamento a Doentes Crónicos deveria estar acessível a todos os estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, dado o seu método de trabalho e a sua abordagem abrangente, tanto na gestão como na autogestão da doença da pessoa em situação crónica. A experiência adquirida neste contexto revelou-se fundamental para aprofundar a minha compreensão sobre a gestão e a autogestão da doença crónica, permitindo-me desenvolver uma atuação mais eficaz e centrada na pessoa.

De um modo geral, considero que atingi os objetivos inicialmente definidos no meu projeto de desenvolvimento de competências. Este percurso formativo permitiu-me consolidar as competências especializadas exigidas pela Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente: "Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica" e "Maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica" (Regulamento n.º 429/2018, p. 19360). Estes resultados permitiram-me atuar de forma estruturada e multidimensional na prestação de cuidados à pessoa com doença crónica, contribuindo para um acompanhamento mais eficaz, que não só favoreceu o controlo da condição clínica, mas também promoveu a melhoria da qualidade de vida dos clientes e a capacitação dos cuidadores.

Paralelamente ao processo de aquisição de competências especializadas, surgiu a oportunidade de desenvolver uma *scoping review* intitulada "Representação do Conhecimento de Enfermagem sobre a Dor Crónica". A integração sistemática da prática baseada na evidência ao longo deste percurso foi fundamental para aprofundar uma consciência crítica e reflexiva sobre a enfermagem especializada, permitindo a consolidação de competências avançadas inerentes ao grau de mestre.

A articulação entre a revisão da literatura, os estágios de natureza profissional e a elaboração deste relatório representou um processo estruturante na minha formação, promovendo a integração do conhecimento científico na tomada de decisão clínica. Assim, considero que este

percurso será determinante para a minha futura prática profissional enquanto enfermeiro especialista e mestre, reforçando a necessidade de uma abordagem holística, fundamentada em evidência e centrada na pessoa em situação crónica.

Neste âmbito, destaco com satisfação a proficuidade do trabalho desenvolvido em colaboração com os orientadores, Professora Doutora Patrícia Gonçalves e Professor Doutor Abel Paiva, bem como com os enfermeiros tutores. A orientação recebida foi fundamental para a aquisição de um conjunto robusto e abrangente de competências especializadas na área da enfermagem dedicada à pessoa em situação crónica, o que proporcionou uma formação sólida e aprofundada neste domínio específico da disciplina de Enfermagem.



## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acurcio, F., Silva, A., Ribeiro, A., Rocha, N., Silveira, M., Klein, C., & Rozenfeld, S. (2009). Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Rev Assoc Med Bras*, 55(4), 468-574. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302009000400025>
- Aguiar, D. S., & Pinheiro, I. D. (2019). Instrumentos multidimensionais validados no Brasil para avaliação da dor na pessoa idosa: revisão narrativa. *BrJP*, 2, 289-292.
- Allegri, M., Montella, S., Salici, F., Valente, A., Marchesini, M., Compagnone, C., Baciarello, M., Manferdini, M. E., & Fanelli, G. (2016). Mechanisms of low back pain: a guide for diagnosis and therapy. *Faculty Rev-1530*. <https://doi.org/10.12688/f1000research.8105.2>
- Almeida, P., Figueiras, B., Silva, M., Faria, B., Bohn, L., & Miranda, L. (2024). Qualidade do sono e dor lombar inespecífica em trabalhadores portugueses. *Revista Científica Internacional da RACS*, 5. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5iSupii.785>
- Alvarado-García, A., & Salazar-Maya, Á. (2017). [Everything is valid in chronic pain: Interventions by older adults for pain relief]. *Enferm Clin*, 27(1), 11-20. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.09.001>
- Alves, M. (2009). *Compreender a Dor Neuropática Crónica - Revisão Bibliográfica*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar - Universidade do Porto.
- American Diabetes Association. (2022). Standards of care in diabetes-2023 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes: a Publication of the American Diabetes Association*, 41(1), 4-31. <https://doi.org/10.2337/cd23-as01>
- American Diabetes Association. (2023). *Food & nutrition - navigating nutrition*. <https://diabetes.org/food-nutrition>
- Ames, H., Hestevik, C., & Briggs, A. (2024). Acceptability, values, and preferences of older people for chronic low back pain management; a qualitative evidence synthesis. *BMC Geriatr*, 24(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04608-4>
- Antunes, F., Pereira, R., Afonso, V., & Tinoco, R. (2021). Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units. *Pain Ther*, 10(2), 1427-1437. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00308-2>
- Aquilani, R., Opasich, C., Verri, M., Boschi, F., Febo, O., Pasini, E., & Pastoris, O. (2003). Is nutritional intake adequate in chronic heart failure patients? *J Am Coll Cardiol*, 42(7), 1218-1223.

[https://doi.org/10.1016/s0735-1097\(03\)00946-x](https://doi.org/10.1016/s0735-1097(03)00946-x)

Askerud, A., & Conder, J. (2017). Patients' experiences of nurse case management in primary care: a meta-synthesis. *Aust J Prim Health*, 23(5), 420-428. <https://doi.org/10.1071/PY17040>. PMID: 28923163.

Bacchus, C. (2023). Moving away from medicines: an overview of chronic pain management. *Nurs Stand*, 38(3), 45-50. <https://doi.org/10.7748/ns.2023.e11957>

Bandman, E., & Bandman, B. (1995). *Critical Thinking iun Nursing* (Vol. 2ª Ed.). Connecticut: Appleton & Lange.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Review*, 84, 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>

Barry, A. (2014). The pathophysiology of heart failure with preserved ejection fraction. *Nat Rev Cardiol*, 11(9), 507-514. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2014.83>

Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica : uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*. Portugal: Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa.

Belo, A., Gaspar, C., Almeida, C., Seringa, J., Papança, M., & Santana, R. (2021). *Handbook de Integração de Cuidados*. Coimbra: Edições Almedina.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Budge, C., Taylor, M., Mar, M., Hansen, C., & Fai, F. (2020). Chronic pain: good management of practical pain control strategies is associated with being older, more health activated and having better mental health. *J Prim Health Care*, 12(3), 225-234. <https://doi.org/10.1071/HC19066>

Camargo, E., & Añez, C. (2020). *Diretrizes da Organização Mundial da Saúde para Atividade Física e Comportamento Sedentário*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Campos, L. (2017). Care Integration: The Missing Reform! *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina*, 24, 259-61.

Carapeto, C., & Fonseca, F. (2014). - *Administração Pública: modernização, qualidade e inovação* (3ª ed.). Lisboa: Sílabo.

Cardoso, A. (2013). *Manual de Tratamento da Dor* (1ª ed.). Lisboa: Lidel - edições técnicas, lda.

Carnevali, D., & Thomas, M. (1993). *Diagnostic Reasoning and Treatment Decison making in Nursing*. Lippincott.

Case Management Society of America. (2016). *Standards of practice for case management*

(Revised 2016). Arkansas: CMSA.  
<https://www.abqaurp.org/DOCS/2016%20CM%20standards%20of%20practice.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention . (04 de outubro de 2024). *About Chronic Diseases. Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*.  
<https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html>

Church, T., Blair, S., Cocreham, S., Johannsen, N., Johnson, W., Kramer, K., Mikus, C., Myers, V., Nauta, M., Rodarte, R., Sparks, L., Thompson, A., & Earnest, C. (2010). Effects of aerobic and resistance training on hemoglobin A1c levels in patients with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Jama*, 304(20), 2253-62. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1710>

Ciaramella, A. (2019). Psychopharmacology of chronic pain. *Handb Clin Neurol*, 317-337.  
<https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64012-3.00019-8>

Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S., Chatterji, S., & Vos, T. (2021). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, 397(10270), 2006-2027.  
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32340-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0)

Cohen, S., & Mao, J. (2014). Neuropathic pain: mechanisms and their clinical implications. *BMJ*.  
<https://doi.org/10.1136/bmj.f7656>

Colberg, S., Sigal, R., Yardley, J., Riddell, M., Dunstan, D., Dempsey, P., Horton, E., Castorino, K., & Tate, D. (2016). Physical Activity/Exercise and Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*, 39(11), 2065-2079. <https://doi.org/10.2337/dc16-1728>

Commission for Case Manager Certification. (2021). *Introduction to the Case Management Body of Knowledge*.  
<https://cmbodyofknowledge.com/content/introduction-case-management-body-knowledge>

Cordeiro, M., & Menoita, E. (2012). *Manual de boas práticas na reabilitação respiratória - Conceitos, princípios e técnicas*. Lusociência.

Coster, S., & Norman, I. (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 508-528. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008>

Coulter, A., & Ellins, J. (2006). *Patient-focused interventions: a review of the evidence*. London: Picker Institute Europe. The Health Foundation.

Cruchinho, P. (2021). *Efetividade da gestão de casos em Enfermagem nos resultados em saúde das populações: uma revisão da literatura*. Atena Editora. <https://orcid.org/0000-0002-50>.

David, H. M., Riera, J. R., Mallebrera, A. H., & Costa, M. F. (2020). Case management nurse in Spain: facing the challenge of chronicity through a comprehensive practice. *Ciência & saúde*

*coletiva*, 25(1), 315-324. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.29272019>

Decreto-Lei n.º 101/2006. (2006). *Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de Junho*. Lisboa: Ministério da Saúde - Diário da República — I SÉRIE A.

Decreto-Lei n.º 27/2021. (2021). *Decreto-Lei n.º 27/2021 - Diário da República n.º 74/2021, Série I de 2021-04-16*. Presidência do Conselho de Ministros.

Decreto-Lei n.º 65/2018. (2018). *Decreto-Lei n.º 65/2018 - Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16*. Presidência do Conselho de Ministros.

Delaney, J. (2018). Patient-centred care as an approach to improving health care in Australia. *Collegian*, 25(1), 119-123. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.02.005>

Despacho n.º 10450/2024. (2024). *Despacho n.º 10450/2024, de 4 de setembro - Diário da República n.º 171/2024, Série II de 2024-09-04*. Saúde e Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Gabinete da Secretária de Estado da Gestão da Saúde e Gabinete da Secretária de Estado da Ação Social e da Inclusão.

Despacho n.º 10450/2024. (2024). *Despacho n.º 10450/2024, de 4 de setembro - Diário da República n.º 171/2024, Série II de 2024-09-04*. Saúde e Trabalho, Solidariedade e Segurança Social - Gabinete da Secretária de Estado da Gestão da Saúde e Gabinete da Secretária de Estado da Ação Social e da Inclusão.

Despacho n.º 1400-A/2015. (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 - Diário da República n.º 28/2015, 1º Suplemento, Série II de 2015-02-10*. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.

Devan, H., Hale, L., Hempel, D., Saipe, B., & Perry, M. (2018). What Works and Does Not Work in a Self-Management Intervention for People With Chronic Pain? Qualitative Systematic Review and Meta-Synthesis. *Phys Ther*, 98(5), 381-397. <https://doi.org/10.1093/ptj/pzy029>

Dias, J. (2004). *Formadores, Que Desempenho?* Loures: Lusodidacta.

Direção-Geral da Saúde. (2001). *Plano Nacional de luta contra a dor. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. [https://www.apeddor.org/images/documentos/controlo\\_da\\_dor/Plano\\_Nacional\\_de\\_Luta\\_Contra\\_a\\_Dor.pdf](https://www.apeddor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Circular Normativa nº 09/DGCG - Dor como o 5º Sinal Vital - Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde*. Direção-Geral da Saúde - Ministério da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Norma 002/2011. (2011). Diagnóstico e Classificação da*

*Diabetes Mellitus*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 026/2011 - Hipertensão Arterial, Definição e Classificação*. Lisboa: Ministério da Saúde - Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e Extensão a 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.  
<https://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017a). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2017b). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Institute for Health Metrics Evaluation Portugal: The Nation's Health 1990-2016: An overview of the Global Burden of Disease Study 2016 Results*. WA: IHME Seattle.

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

Donabedian, A. (2003). An Introduction to Quality Assurance in Health Care. *Croat Med J*, 44, 655-657. [https://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/2003/44/5/29\\_BookRev.pdf](https://neuron.mefst.hr/docs/CMJ/issues/2003/44/5/29_BookRev.pdf)

Duarte, B. (2019). *Avaliação e Tratamento da Lombalgia nos Cuidados de Saúde Primários: Projeto SPLIT*. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde.

Dubin, A., & Patapoutian, A. (2010). Nociceptors: the sensors of the pain pathway. *J Clin Invest*, 120(11), 3760-72. <https://doi.org/10.1172/JCI42843>

Eaton, L., Jang, M., Jensen, M., Pike, K., Heitkemper, M., & Doorenbos, A. (2022). Hypnosis and relaxation interventions for chronic pain management in cancer survivors: a randomized controlled trial. *Support Care Cancer*, 31(1). <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07>

Escalada-Hernández, P., Muñoz-Hermoso, P., González-Fraile, E., Santos, B., González-Vargas, J., Fera-Raposo, I., Girón-García, J., & García-Manso, M. (2015). A retrospective study of nursing diagnoses, outcomes, and interventions for patients with mental disorders. *Applied Nursing Research*, 28(2), 92-98. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.05.006>

European Centre for Disease Prevention and Control. (2018). *Surveillance of antimicrobial resistance in Europe: Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2017*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.

Faculdade de Economia da Universidade do Porto. (2024). *Custos incorridos pelas instituições associadas da ANCC na prestação dos cuidados aos utentes da RNCC*. Porto: Faculdade de

Economia da Universidade do Porto.

Falco, G., Pirro, P. S., Castellano, E., Anfossi, M., Borretta, G., & Gianotti, L. (2015). The Relationship between Stress and Diabetes Mellitus. *Journal of Neurology and Psychology*, 3(1).

Farmaki, P., Damaskos, C., Garmpis, N., Garmpi, A., Savvanis, S., & Diamantis, E. (2020). Complications of the type 2 diabetes mellitus. *Current Cardiology Reviews*, 16(4), 249-251. <https://doi.org/10.2174/1573403X1604201229115531>

Ferreira, R., Graça, L., & Calvino, M. (2016). Adesão ao Regime Terapêutico de Pessoas com Hipertensão Arterial em Cuidados de Saúde Primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 7-17. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388245618002.pdf>

Fink-Samnack, E. (2019). Social Work: The Power of Case Management's Interprofessional Workforce. *Professional Case Management*, 24(6), 320-322. <https://doi.org/10.1097/NCM.0000000000000397>

Fonseca, C., Brás, D., Araújo, I., & Ceia, F. (2018). Insuficiência cardíaca em números: estimativas para o século XXI em Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 37(2), 97-104. <https://doi.org/10.1016/j.repc.2017.11.010>

Furnes, B., Natvig, G., & Dysvik, E. (2015). Suffering and transition strategies in adult patients attending a chronic pain management programme. *J Clin Nurs*, 24(5-6), 707-716. <https://doi.org/10.1111/jocn.12651>

Garde, S., Chen, R., Leslie, H., Beale, T., Mcnicoll, I., & Heard, S. (2009). Archetypebased knowledge management for semantic interoperability of electronic health records. *Studies in Health Technology and Informatics*, 150, 1007-1011.

Global Burden of Disease Study. (2017). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease. *Lancet*, 392(10159), 1789-1858. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

Gold, M., & Gebhart, G. (2010). Nociceptor sensitization in pain pathogenesis. *Nat Med*, 16, 10.1038/nm.2235.

Goldberg, D., & McGee, S. (2011). Pain as a global public health priority. *BMC Public Health*. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>

Gruber, T. (1993). A Translation Approach to Portable Ontology Specifications. *Knowledge Acquisition*, 5(2), 199-220. <https://doi.org/10.1006/knac.1993.1008>

Guginski, G. (2008). Dor: o que sabemos sobre ela. *Revista perspectivas*, 2(7), 113-121.

Gutiérrez-Rodríguez, L., García-Mayor, S., León-Campos, Á., Gómez-González, A., Pérez-Ardanaz,

B., Rodríguez-Gómez, S., Fajardo-Samper, M., Morilla-Herrera, J., & Morales-Asencio, J. (2022). Competency Gradients in Advanced Practice Nurses, Specialist Nurses, and Registered Nurses: A Multicentre Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 8415. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148415>

Guyton, A., & Hall, J. (2021). *Tratado de Fisiologia Médica* (14ª ed.). Brasil: Elsevier.

Hartvigsen, J., Hancock, M. J., Kongsted, A., Louw, Q., Ferreira, M. L., Genevay, S., Hoy, D., Karpainen, J., Pransky, G., Sieper, J., Smets, R. J., Underwood, M., & Group, L. L. (2018). What low back pain is and why we need to pay attention. *Lancet*, 391(10137), 2356-2367. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30480-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30480-X)

Hoffmann, T., Maher, C., Briffa, T. S., Bennell, K., & Alison, J. (2016). Physical Activity in the patient with Chronic Disease: What is the tole of the Family Physician. *Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar*, 32, 227-229.

Hylands-White, N., Duarte, R., & Raphael, J. (2017). An overview of treatment approaches for chronic pain management. *Rheumatol Int*, 37(1), 29-42. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3481-8>

Iakovidis, I., Dogac, A., Purcarea, O., Comyn, G., & Laleci, G. (2007). Interoperability of eHealth Systems - Selection of Recent EU's Research Programme. <http://www.srdc.com.tr/share/publications/2007/CeHR2007-final-Formatted.pdf>>

Infarmed. (24 de maio de 2021a). *Rilmenidina*. Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (26 de dezembro de 2021b). *Nebivolol*. Infomed - Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (2022a). *Recomendações para a Terapêutica Farmacológica da Hiperglicemia na Diabetes Mellitus tipo 2*. Lisboa: Infarmed.

Infarmed. (9 de junho de 2022b). *Furosemida*. Infomed - Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (5 de agosto de 2022c). *Perindopril + Amlodipina*. Infomed - Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (4 de junho de 2023a). *Pantoprazol*. Infomed - Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (18 de setembro de 2023b). *Bupriopiom*. Base de dados de medicamentos de uso humano. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

Infarmed. (s.d.a). *Edoxabano*. Infomed - Base de dados de medicamentos de uso humano. [https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/lixiana-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/lixiana-epar-product-information_pt.pdf)

Infarmed. (s.d.b). *Empagliflozina + Linagliptina*. *Infomed* - Base de dados de medicamentos de uso humano. [https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/glyxambi-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/glyxambi-epar-product-information_pt.pdf)

Infarmed. (s.d.c). *Insulina Aspártico*. Base de dados de medicamentos de uso humano. [https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/fiasp-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/fiasp-epar-product-information_pt.pdf)

Infarmed. (s.d.d). *Insulina glargina*. *Infomed* - Base de dados de medicamentos de uso humano. [https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/toujeo-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/pt/documents/product-information/toujeo-epar-product-information_pt.pdf)

International Association for the Study. (2004). *Declaração de Montreal: Declaração de que o Acesso ao Tratamento da Dor é um Direito Humano Fundamental*. International Association for the Study of Pain. <https://sip-pt.pt/wp-content/uploads/2022/04/Declarac%CC%A7a%CC%83o-de-Montreal-PT.pdf>

International Classification for Nursing. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Jaarsma, T., Hill, L., Bayes-Genis, A., La Rocca, H., Castiello, T., Čelutkienė, J., Marques-Sule, E., Plymen, C. M., Piper, S. E., B., R., & Rutten, F. H. (2021). Self-care of heart failure patients: practical management recommendations from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *European Journal of Heart Failure*, 23, 157-174. <https://doi.org/10.1002/ejhf.2008>

Jaggi, A., Jain, V., & Singh, N. (2011). Animal models of neuropathic pain. *Fundam Clin Pharmacol*, 25(1), 1-28. <https://doi.org/10.1111/j.1472-8206.2009.00801.x>.

Jameson, J. L., F. A., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2022). *Harrison's Principles of Internal Medicine* (21st ed.). McGraw Hill.

Jebara, T., Youngson, E., Drummond, N. R., Pflieger, S. R., MacLeod, J., Wilson, M., Bailey, N., & Cunningham, S. (2023). A qualitative exploration of chronic pain management of older adults in remote and rural settings. *Int J Clin Pharm*, 45(6), 1405-1414. <https://doi.org/10.1007/s11096-023-01607-8>

JustNews. (30 de Março de 2023). Doentes crónicos complexos são acompanhados por equipa do pedro hispano no seu domicilio. *JustNews*. <https://justnews.pt/noticias/doentes-cronicos-complexossao-acompanhados-por-equipa-do-pedro>

-hispano-no-seu-domicilio

Kawi, J., Reyes, A., & Arenas, R. (2019). Exploring Pain Management Among Asian Immigrants with Chronic Pain: Self-Management and Resilience. *J Immigr Minor Health*, 21(5), 1123-1136. <https://doi.org/10.1007/s10903-018-0820-8>

Khadori, R. (24 de Fevereiro de 2024). *Medscape*. Diabetes mellitus tipo 2. <https://emedicine.medscape.com/article/117853-overview?form=fpf#a3>

Kim, K., Rendon, I., & Starkweather, A. (2021). Patient and provider perspectives on patient-centered chronic pain management. *Pain Manag Nurs*, 22(4), 470-477. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2021.02.003>

Knezevic, N., Candido, K., Vlaeyen, J., Van Zundert, J., & Cohen, S. (2021). *Low back pain*. *Lancet*, 398(10294), 78-92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00733-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00733-9)

Kralik, D., Price, K., & Telford, K. (2010). The meaning of self-care for people with chronic illness. *Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness*, 2. <https://doi.org/10.1111/j.1752-9824.2010.01056.x>.

Kroll, H. (2015). Exercise therapy for chronic pain. *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 26(2), 263-281. <https://doi.org/10.1016/j.pmr.2014.12.007>

Lakshman, R., Tomlinson, E., & Bucknall, T. (2024). A Systematic Review of Chronic Pain Management Interventions Among Veterans of Recent Wars and Armed Conflicts. *Pain Manag Nurs*, 25(3), 285-293. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.03.008>

LaRowe, L., Miaskowski, C., Miller, A., Mayfield, A., Keefe, F., Smith, A., Cooper, B., Wei, L., & Ritchie, C. (2024). Chronic Pain and Pain Management in Older Adults: Protocol and Pilot Results. *Nurs Res*, 73(1), 81-88. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000683>

Laurent, S. (2017). Antihypertensive drugs. *Pharmacol Res*, 124, 116-125. <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.07.026>

LeFort, S., & McGillion, M. (9 de julho de 2021). *Promoting chronic pain self-management education*. International Association for the Study of Pain (IASP). <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/promoting-chronic-pain-self-management-education/>

Lei n.º 66-B/2007. (2007). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 250 — 28 de Dezembro de 2007. Lisboa: Assembleia da República .

Lewis, G., Shaikh, N., Wang, G., Chaudhary, S., Bean, D., & Terry, G. (2023). Chinese and Indian interpretations of pain: A qualitative evidence synthesis to facilitate chronic pain management. *Pain Practice*, 23(6), 663. <https://doi.org/10.1111/papr.13226>

Machado, P., Alves, M., Hendler, K., Benetti, V., Neto, R., Barbosa, R., Marcolino, A., & Kuriki, H. (2017). Effectiveness of the Pilates method for individuals with nonspecific low back pain: Clinical and electromyographic aspects. *Revista de Educação Física*, 24(4). <https://doi.org/10.1590/s1980-6574201700040009>

Magkos, F., Hjorth, M., & Astrup, A. (2020). Diet and exercise in the prevention and treatment of type 2 diabetes mellitus. *Nat Rev Endocrinol*, 16(10), 545-555. <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0381-5>

Mancia, G., Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., Tsioufis, K., Agabiti-Rosei, E., & Algharably, E. A. (2023). 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Associat. *Journal of Hypertension*, 41(12), 1874-2071. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000003480>.

Mann, E., Johnson, A., Gilron, I., & VanDenKerkhof, E. (2017). Pain Management Strategies and Health Care Use in Community-Dwelling Individuals Living with Chronic Pain. *Pain Med*, 18(12), 2267-2279. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw341>

Martins, M., & Longen, W. (2017). Atividade física comunitária: efeitos sobre a funcionalidade na lombalgia crónica. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 30(4). <https://doi.org/10.5020/18061230.2017.6659>

McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Coats, A. J. S., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., Lainscak, M., Lam, C. S. P., Lyon, A. R., McMurray, J. J. V., Mebazaa, A., Mindham, R., Muneretto, C., Piepoli, M. F., Price, S., Rosano, G. M. C., Ruschitzka, F., Skibelund, A. K., & ESC Scientific Document Group. (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 42(36), 3599-3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>

McDonald, D., Soutar, C., Chan, M., & Afriyie, A. (2023). A closer look: Alternative pain management practices by heart failure patients with chronic pain. *Heart Lung*, 44(5), 395-9. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.06.001>

MedicineOne. (n.d.). *Conheça o M1 - Uma única solução para todos os perfis de profissionais*. MedicineOne. <https://www.medicineone.net/m1>

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing*

*research and practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Developing & Progress*. Lippincott Williams & Wilkins.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., Schumacher, K., & Qwdwejr, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances In Nursing Science*, 12-28. *Advances In Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Mente, A., Irvine, E., Honey, R., & Logan, A. (2009). Urinary Potassium Is a Clinically Useful Test to Detect a Poor Quality Diet. *The Journal of nutrition*, 139(4), 743- 749. <https://doi.org/10.3945/jn.108.098319>

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da Saúde, Portugal*. Lisboa: Ministério da Saúde. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE\\_2018\\_compressed.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf)

Monteiro, G. G., Leal, J. S., & Marcondi, N. d. (2020). Efeitos da atividade física em hipertensos. *Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício*, 14(93), 852-886.

Mota, A., & Dias, J. (2014). *Dor, se for para mim não estou* (Vol. 1). Coimbra: Imprensa.

Müller, P., Lechner, K., Halle, M., & Braun-Dullaeus, R. (2023). Physical Activity and Arterial Hypertension. *Deutsche Zeitschrift Für Sportmedizin/German Journal of Sports Medicine*, 74(3), 74-79. <https://doi.org/10.5960/dzsm.2023.560>

Nascimento, J., Campos, J., Vieira, V., & Barbosa, M. (2021). Percepção da enfermagem sobre avaliação da dor oncológica. *Revista Perspetivas Online: Biológicas & Saúde*, 10(32), 51-61. <https://doi.org/10.25242/8868103220201775>

Nawai, A. (2019). Chronic Pain Management Among Older Adults: A Scoping Review. *SAGE Open Nurs*. <https://doi.org/10.1177/2377960819874259>

Nunes, B., Barreto, M., Gil, A., Kislaya, I., Namorado, S., Antunes, L., Gaio, V., Santos, A., Rodrigues, A., & Santos J, R. R.-A. (2017). 1<sup>o</sup> *Inquérito Nacional de Saúde com Exame Físico (INSEF 2015): determinantes de saúde*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.

Observatório Nacional da Diabetes. (2014). *Diabetes: Factos e Números - Portugal 2014 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 11/2014*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Observatório Nacional da Diabetes. (2023). *Diabetes: Factos e Números - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes - Anos 2019-2020-2021*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor. Guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros . (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Recomendações para estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Ordem dos Psicólogos. (2024). *Recomendações para um Sono Saudável - Adultos/As, Trabalhadores/As, Mães, Pais e Cuidadores/as*. Lisboa: Ordem dos Psicólogos.

Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4ª ed.). Mosby.

Orem, D. (1993). *Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson- Salvat Enfermería.

Organização Mundial da Saúde . (12 de janeiro de 2011). *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. Organização Mundial da Saúde.  
<https://www.who.int/publications/i/item/report-on-the-burden-of-endemic-health-care-associated-infection-worldwide>

Organização Mundial da Saúde . (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. Organização Mundial da Saúde .

Organização Mundial da Saúde. (2003a). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial da Saúde. (2003b). *Adherence to long-term therapies : evidence for action*. Genebra: Organização Mundial da Saúde. <https://iris.who.int/handle/10665/42682>

Organização Mundial da Saúde. (2022). *WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

Organização Mundial de Saúde. (23 de dezembro de 2024a). *Noncommunicable diseases*. Organização Mundial de Saúde.  
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organização Mundial de Saúde. (14 de novembro de 2024b). *Organização Mundial de Saúde. Diabetes*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

Organização para a cooperação e desenvolvimento económico. (2017). Lesson 7. Health literacy helps drive high-value care. Em O. p. económico, *In Caring for quality in health: Lessons learnt from 15 reviews of health care quality* (pp. 40-42). <https://doi.org/10.1787/9789264267787-en>

Ouzounian, M., Lee, D., & Liu, P. (2008). Diastolic heart failure: mechanisms and controversies. *Nat Clin Pract Cardiovasc Med*, 5(7), 375-386. <https://doi.org/10.1038/ncpcardio1245>

Padilha, J. (2013). *Promoção da gestão do regime terapêutico em clientes com DPOC: um percurso de investigação-ação*. Portugal: Instituto de Ciências da Saúde - Universidade Católica Portuguesa.

Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E., Bastos, F., Pereira, F., Padilha, J., Cruz, I., Oliveira, M., Brito, M., Silva, M., Machado, N., Sousa, P., Sousa, P., & Marques, P. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Paldron, T., Aitken, H. H., & Neto, I. (2004). *A Dignidade e o Sentido da Vida*. Lisboa: Pergaminho.

Parillo, M., & Riccardi, G. (2004). Diet composition and the risk of type 2 diabetes: epidemiological and clinical evidence. *Br J Nutr*, 92(1), 7-19. <https://doi.org/10.1079/BJN20041117>

Patti, A., Bianco, A., Paoli, A., Messina, G., Montalto, M., Bellafiore, M., Battaglia, G., Iovane, A., & Palma, A. (2016). Pain Perception and Stabilometric Parameters in People With Chronic Low Back Pain After a Pilates Exercise Program: A Randomized Controlled Trial. *Medicine (Baltimore)*, 95(2), e2414. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002414>

Pedersen, B., & Saltin, B. (2015). Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. <https://doi.org/10.1111/sms.12581>

Pekonen, A., Eloranta, S., Stolt, M., Virolainen, P., & Leino-Kilpi, H. (2020). Measuring patient empowerment: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 103(4), 777- 787. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.10.019>

Pelliccia, A., Sharma, S., Gati, S., Bäck, M., Börjesson, M., Caselli, S., Collet, J.-P., Corrado, D., Drezner, J. A., Halle, M., Hansen, D., Heidbuchel, H., Myers, J., Niebauer, J., Papadakis, M., Piepoli, M. F., Prescott, E., Roos-Hesselink, J. W., Stuart, A. G., Taylor, R. S., Thompson, P. D., Tiberi, M., Vanhees, L., Wilhelm, M., & ESC Scientific Document Group. (2021). 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease: The Task Force on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 42(1), 17-96. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa605>

- Peters, J., Marnie, C., Tricco, C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, M., & Khalil, H. (2020). Update methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Pham, P., Khaing, K., Sievers, T., Pham, P., Miller, J., Pham, S., Pham, P., & Pham, P. (2017). 2017 update on pain management in patients with chronic kidney disease. 2017 update on pain management in patients with chronic kidney disease. *Clin Kidney J.*, 10(5), 688-697. <https://doi.org/10.1093/ckj/sfx080>
- Phipps, W. J., Monahan, F. D., Sands, J. K., Neighbors, M., & Marek, J. F. (2007). *Medical-Surgical Nursing: Health and Illness Perspectives* (8<sup>a</sup> ed.). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Pinho, I., Rodrigues, S., Franchini, B., & Graça, P. (2016). *Padrão Alimentar Mediterrânico: Promotor de Saúde. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp2020/wp-content/up>
- Polonia, J., Martins, L., Pinto, F., & Nazare, J. (2014). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension and salt intake in Portugal: changes over a decade. *The PHISA study. J Hypertens*, 32(6), 1211-1221. <https://doi.org/10.1097/HJH.000000000000162>
- Ponikowski, et al. (2016). Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology. *European Heart Journal*, 18(8), 891-975. <https://doi.org/10.1002/ehjhf.592>
- Portaria n.º 47/2024. (2024). *Portaria n.º 47/2024, de 9 de fevereiro*. Lisboa: Finanças, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde - Diário da República n.º 29/2024, Série I.
- Portaria n.º 50/2017. (2017). *Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde - Diário da República n.º 24/2017, Série I*. Lisboa.
- Queirós, P. J. (2010). Autocuidado, transições e bem-estar. *Revista Investigação em Enfermagem*, 21, 5-7.
- Ramachandran, A. (2014). Know the signs and symptoms of diabetes. *Indian J Med Res.*, 40(4), 579-781.
- Regulamento n.º 140/2019. (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros - Diário da República n.º 26/2019, Série II - N.º 26.
- Regulamento n.º 190/2015 . (s.d.). *Ordem dos Enfermeiros - Diário da República n.º 79/2015, Série II de 2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa.
- Regulamento n.º 387/2019. (2019). *Regulamento n.º 387/2019 - Regulamento da Competência*

*Acrescida Avançada em Psicoterapia*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros - Diário da República n.º 84/2019, Série II de 2019-05-02.

Regulamento n.º 429/2018. (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatório*. Lisboa: Ordem de Enfermeiros - Diário da República, 2.ª série — N.º 135.

Regulamento n.º 656/2021. (2021). *Regulamento de Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros - Diário da República, n.º 137/2021, Série II.

Regulamento n.º 743/2019. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros - Diário da República n.º 184/2019, Série II de 2019.

Reynolds, C., & Minic, Z. (2023). Chronic Pain-Associated Cardiovascular Disease: The Role of Sympathetic Nerve Activity. *Int J Mol Sci*, 24(6), 5378. <https://doi.org/10.3390/ijms24065378>

Ribeiro, I., Pires, R., Sequeira, C., Cruz, M., Lima, L., Carvalho, J., Gonçalves, P., & Coelho, J. (2021). *E1- Entrevista clínica - Documento de Apoio*. Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Rivasi, G., Menale, S., Turrin, G., Coscarelli, A., Giordano, A., & Ungar, A. (2022). The Effects of Pain and Analgesic Medications on Blood Pressure. *Curr Hypertens Rep*, 24(10), 385-394. <https://doi.org/10.1007/s11906-022-01205-5>

Rocha, M. (2016). *Proposta para a implementação de uma equipa de suporte a doentes crónicos complexos*. Senhora da Hora-Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Rodrigues, A., Gaio, V., Kislaya, I., Graff-Iversen, S., Cordeiro, E., Silva, A. N., & M. B.-M.-D. (2017). *Hypertension prevalence in Portugal: results from the first Portuguese Health Examination Survey 2015*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge .

Roenn, J., Paice, J., & Preodor, M. (2009). *Tratamento Farmacológico da Dor*. São Paulo: Artmed Editora.

Roy, P., Weltman, M., Dember, L., Liebschutz, J., Jhamb, M., & HOPE, C. (2020). Pain management in patients with chronic kidney disease and end-stage kidney disease. *Curr Opin Nephrol Hypertens*, 29(6), 671-680. <https://doi.org/10.1097/MNH.0000000000000646>

Saccò, M., Meschi, M., Regolisti, G., Detrenis, S., Bianchi, L., Bertorelli, M., Pioli, S., Magnano, A., Spagnoli, F., Giuri, P., Fiaccadori, E., & Caiazza, A. (2013). The relationship between blood pressure and pain. *J Clin Hypertens*, 5(8), 600-605. <https://doi.org/10.1111/jch.12145>

Santos, A., Gregório, M., Sousa, S., Anjo, C., Martins, S., Bica, M., & Graça, P. (2018). A

*importância do potássio e da alimentação na regulação da pressão arterial*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Santos, H., Ronsoni, M., Colombo, B., Oliveira, C., Hohl, A., M., C., & Sande-Lee, S. (2015). Peripheral neuropathy scores in diabetic. *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 13(1), 40-45.

Schaper, N., Netten, J., Apelqvist, J., Bus, S., Fitridge, R., Game, F., Monteiro-Soares, M., & Senneville, E. (2023). Guidelines on the prevention and management of diabetes-related foot disease. International Working Group on the Diabetic Foot. <https://iwgdfguidelines.org/wp-content/uploads/2023/07/IWGDF-Guidelines-2023.pdf>

Schwan, J., Sclafani, J., & Tawfik, V. (2019). Chronic Pain Management in the Elderly. *Anesthesiol Clin*, 37(3), 547-560. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2019.04.012>

Sequeira, E. (2012). *Os perfis de autocuidado dos clientes dependentes : estudo exploratório numa unidade de saúde familiar*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (1 de julho de 2020). *Sistema Nacional de Saúde. SClínico | Cuidados de Saúde Primários (CSP)*. <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-cuidados-de-saude-primarios-csp/>

Sidhom, D., Aboul-Hassan, D., Clauw, D., Cofield, C., & Bergmans, R. (2023). Chronic pain management in sickle cell disease: A systematic scoping review of controlled trials. *Crit Rev Oncol Hematol*. <https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2023.104087>

Silva. (2020). *Bem-estar espiritual e satisfação com a vida em utentes portadores de doenças*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Silva, A., Varela, V., & Pereira, R. (2024). Relação entre Dor Crónica e Doenças Cardiovasculares - Revisão Narrativa da Literatura. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 102, 26-31. <https://doi.org/10.58043/rphrc.107>

Silva, M. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem: estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem , Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Porto. Silva, M. (2011). *Intenções dominantes nas concepções de enfermagem: estudo a partir de uma amostra de estudantes finalistas*. Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem , Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, Porto.

Skyler, J., Bakris, G., Bonifacio, E., Darsow, T., Eckel, R., Leif Groop, L., Groop, P., Handelsman, Y., Insel, R. A., Mathieu, C., McElvaine, A. T., Palmer, J. P., Pugliese, A., Schatz, D. A., Sosenko, J. M., Wilding, J. P., & atner, R. (2017). Differentiation of diabetes by pathophysiology, natural history, and prognosis. *Diabetes*, 66(2), 241-255. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27980006/>

Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (14 de Novembro de 2021). *Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Pandemia agravou número de diabéticos não diagnosticados. <https://www.spmi.pt/pandemia-agravou-numero-de-diabeticos-nao-diagnosticados>

Sousa Uva, M., Victorino, P., Roquette, R., Machado, A., & Matias Dias, C. (2014). Epidemiológica sobre prevalência e incidência de hipertensão arterial na população portuguesa - Uma revisão de âmbito. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 33(7-8), 451-463.

Sousa, M. (2009). *O Enfermeiro e as Técnicas não Farmacológicas no Controlo da Dor: Informação/Aplicação*. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Sousa, M., Oliveira, J., Soares, M. B., Araújo, A., & Oliveira, S. (2017). Associação das condições sociais e clínicas à qualidade de vida de pacientes com insuficiência cardíaca. *Revista Gaúcha De Enfermagem*, 38(2), e65885. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017>

Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Abe, Y., & Suzuki, M. (2015). Literature review of pain management for people with chronic pain. *Jpn J Nurs Sci*, 12(3), 167-183. <https://doi.org/10.1111/jjns.12065>

Thapa, S., Kitrungrote, L., & Damkliang, J. (2018). Chronic pain experience and pain management in persons with spinal cord injury in Nepal. *Scand J Pain*, 18(2), 195-201. <https://doi.org/doi:10.1515/sjpain-2018-0019>

Thombs, B. D., Kwakkenbos, L., Riehm, K. E., Saadat, N., & Fedoruk, C. (2017). Comparison of Self-Efficacy for Managing Chronic Disease between patients with systemic sclerosis and other chronic conditions: a systematic review. *Rheumatology International*, 37, 281-292. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3602-4>

Tomé, F., Ferreira, C., & Becker, J. (2012). Chronic low back pain: comparison of two interventions in inspiratory strength and functional capacity. *Fisioter. Mov*, 25(2), 263-272. <https://doi.org/10.1590/S0103-51502012000200003>

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2002). *Nursing theorists and their work* (5th ed.). Mosby. (5ª ed.). Mosby.

Treede, R. R., Barke, A., & Aziz, Q. B. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Disease (ICD-11). *Pain*, 160(1), 19-27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>

Unidade de Gestão e Acompanhamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. (2024). *Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Lisboa: Instituto da Segurança Social, I.P.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Guia da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)*. Lisboa.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2011). *Manual do Prestador - Recomendações para a Melhoria Contínua*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados.

Unidade Local de Saúde de Matosinhos. (2018). *SNS Jornadas Hospitalares 2018 - Boas Práticas em Saúde. Equipa de suporte a doentes crónicos*. Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Vallerand, A., Sanoski, C., & Deglin, J. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros* (Vol. 14). Sintra: Lusodidacta.

Van Dijk, J., Tummers, K., Stehouwer, C., Hartgens, F., & Van Loon, L. (2012). Exercise therapy in type 2 diabetes: is daily exercise required to optimize glycemic control? *Diabetes Care*, 35(5), 948-54. <https://doi.org/10.2337/dc11-2112>

Varandas, C. (2013). *Fisiopatologia da Dor*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.

Vargas, M., & Rosas, M. (2019). Impacto de um programa de actividad física aeróbica em adultos mayores com hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 14 (2), 142-149.

Ventura, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O., & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>.

Von Haehling, S., Lainscak, M., Springer, J., & Anker, S. (2009). Cardiac cachexia: a systematic overview. *Pharmacol Ther*, 121(3), 227-252. <https://doi.org/10.1016/j.pharmthera.2008.09.009>

Wang, D., & Hu, F. (2018). Precision nutrition for prevention and management of type 2 diabetes. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 6(5), 416-426. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(18\)30037-8](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(18)30037-8).

Zajacova, A., Grol-Prokopczyk, H., & Nahin, R. (2025). Pain Among US Adults Before, During, and After the COVID-19 Pandemic: A Repeated Cross-Sectional Study using the 2019-2023 National Health Interview Survey. *Revista Psychological Bulletin*.

Ziaeeian, B., & Fonarow, G. (2016). Epidemiology and aetiology of heart failure. *Nat Rev Cardiol*, 13(6), 368-378. <https://doi.org/10.1038/nrcardio.2016.25>.

## **7. ANEXOS**



**Anexo I**



# REPRESENTAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE A DOR CRÓNICA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Representation of Nursing Knowledge on Chronic Pain: Scoping Review Protocol

Representación del Conocimiento de Enfermería en Relación con el Dolor Crónico: Protocolo de Revisión exploratoria

## Autores

Tamára Santos Sá<sup>1</sup> Abel Avelino Paiva e Silva<sup>2</sup> Patrícia Daniela Barata Gonçalves<sup>3</sup>

1. Enfermeira, na Unidade Cuidados na Comunidade Âncora (ULS Gaia/Espinho), Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

2. Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

3. Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

## Resumo

**Enquadramento:** Pela sua complexidade e elevada prevalência, a dor crónica constitui um fenómeno prioritário na prática de Enfermagem.

**Objetivo:** Mapear os conceitos focados na dor crónica no adulto, considerando a avaliação deste fenómeno e a intervenção sobre ele, sob a perspetiva da tomada de decisão em Enfermagem.

**Metodologia:** Esta *scoping review* será conduzida segundo o método proposto pelo *Joanna Briggs Institute*. Os critérios de elegibilidade foram definidos com base na mnemónica PCC: P (População), C (Conceito) e C (Contexto). Serão incluídos estudos cuja população seja composta por adultos com dor crónica; que identifiquem dados relevantes sobre o fenómeno, descrevam fatores que influenciam a sua presença e abordem intervenções de Enfermagem para a gestão e autogestão da dor; em todos os contextos de cuidados.

**Resultados:** A extração de dados será realizada com recurso a instrumentos desenvolvidos pelos autores.

**Conclusão:** Este mapeamento pretende apoiar práticas de Enfermagem informadas e centradas na pessoa com dor crónica, reforçando a tomada de decisão clínica baseada em evidência.

**Palavras-chave:** Autocontrolo; Controlo da dor; Dor crónica; Enfermagem.

## Abstract

**Background:** Due to its complexity and high prevalence, chronic pain constitutes a priority phenomenon in nursing practice.

**Objective:** To map the concepts related to chronic pain in adults, focusing on its assessment and management, from the perspective of nursing decision-making.

**Methodology:** This scoping review will be conducted following the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute. Eligibility criteria were established based on the PCC mnemonic: P (Population), C (Concept), and C (Context). Studies will be included if they involve adult populations experiencing chronic pain; identify relevant data on the phenomenon; describe factors influencing its occurrence; and address nursing interventions for pain management and self-management, across all care settings.

**Results:** Data extraction will be performed using tools developed by the authors.

**Conclusion:** This mapping aims to support evidence-informed and person-centered nursing practices for individuals living with chronic pain, strengthening clinical decision-making based on the best available evidence.

**Keywords:** Self-management; Pain control; Chronic pain; Nursing.

## Resumen

**Marco contextual:** Por su complejidad y alta prevalencia, el dolor crónico constituye un fenómeno prioritario en la práctica de Enfermería.

**Objetivo:** Mapear los conceptos relacionados con el dolor crónico en adultos, considerando su evaluación e intervención desde la perspectiva de la toma de decisiones en Enfermería.

**Metodología:** Esta revisión de alcance (scoping review) se llevará a cabo según el método propuesto por el Joanna Briggs Institute. Los criterios de elegibilidad se definieron con base en el mnemónico PCC: P (Población), C (Concepto) y C (Contexto). Se incluirán estudios cuya población esté compuesta por adultos con dolor crónico; que identifiquen datos relevantes sobre el fenómeno; describan factores que influyen en su presencia; y aborden intervenciones de Enfermería para la gestión y autogestión del dolor, en todos los contextos asistenciales.

**Resultados:** La extracción de datos se realizará utilizando instrumentos desarrollados por los autores.

**Conclusión:** Este mapeo tiene como objetivo respaldar prácticas de Enfermería informadas y centradas en la persona con dolor crónico, reforzando la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

**Palabras clave:** Autogestión; Control del dolor; Dolor crónico; Enfermería.

## Introdução

A dor crónica representa uma síndrome que se caracteriza por dor persistente, incapacidade e alterações emocionais e sociais (Hylands-White et al., 2017). Trata-se de uma dor persistente ou recorrente, que se prolonga por mais de três a seis meses, excedendo o tempo fisiológico de cura. Ao contrário da dor aguda, que apresenta uma função de alarme, a dor crónica não desempenha esse papel (Ciaramella, 2019).

No Plano Nacional de Saúde 2021-2030, a dor crónica é reconhecida como um problema de saúde relevante e em crescimento, devido ao seu impacto significativo na qualidade de vida dos indivíduos (Direção-Geral da Saúde, 2022). Trata-se de uma condição complexa, caracterizada pela persistência da dor e pelas consequências negativas na funcionalidade, bem como nas dimensões emocional e social dos indivíduos (Hylands-White et al., 2017; Jameson et al., 2022).

Um estudo recente, publicado na revista *Psychological Bulletin*, analisou dados do *National Health Interview Survey*, um inquérito nacional realizado anualmente nos Estados Unidos, e reportou um aumento na prevalência da dor crónica entre a população adulta desde 2019. A incidência desta condição aumentou de 21% para 24%, correspondendo a um acréscimo de aproximadamente 10 milhões de pessoas afetadas. Os dados indicam que, enquanto as taxas de dor crónica permaneceram estáveis entre 2019 e 2021, registou-se um aumento significativo em 2023, ano em que cerca de 60 milhões de adultos nos Estados Unidos viviam com esta patologia, dos quais 21 milhões apresentavam dor crónica de alto impacto, caracterizada por limitações severas nas atividades diárias. O aumento da prevalência foi observado em diversas regiões anatómicas, incluindo a região dorsal, a cabeça, os ombros, o abdómen e as articulações, com exceção da odontalgia e da mandibulalgia. Estes resultados sugerem a influência de múltiplos fatores biomédicos e psicossociais, agravados pelos efeitos da pandemia de COVID-19, o que reforça a necessidade de estratégias multidisciplinares eficazes para a prevenção e para a gestão da dor crónica (Zajacova et al., 2025).

A dor crónica representa um problema de saúde pública significativo, com impacto substancial na qualidade de vida e na funcionalidade dos indivíduos. Um estudo realizado em Portugal entre junho de 2017 e março de 2018, por Antunes et al. (2021), analisou uma amostra de 8.445 pessoas com idade igual ou superior a 25 anos, identificando 578 casos de dor crónica. Os resultados evidenciaram que 66,8% dos participantes relataram dificuldades na mobilidade e na realização das atividades de vida diária, sendo que 12% referiram incapacidade para realizar tarefas essenciais como a higiene pessoal e o ato de vestir-se. Adicionalmente, verificou-se que as regiões mais afetadas incluem a cervical, a região lombar e os membros inferiores, com uma mediana de intensidade máxima de dor classificada como sete numa escala de um a 10. Estes dados reforçam a necessidade de uma abordagem integrada para a gestão e autogestão da dor crónica, dado o seu impacto expressivo na autonomia e no bem-estar dos indivíduos (Antunes et al., 2021).

Embora exista uma produção científica significativa na área da dor crónica, subsiste uma oportunidade de aprofundar o conhecimento sobre a abordagem deste fenómeno pelos enfermeiros. Em particular, torna-se pertinente desenvolver estudos centrados na tomada de decisão clínica destes profissionais, identificando os dados relevantes que a sustentam, bem como as dimensões da sua intervenção junto da pessoa com dor crónica, com especial enfoque na promoção da capacitação e da autogestão da dor. Esta dimensão é especialmente relevante, dado o papel central que os enfermeiros desempenham na gestão de condições crónicas complexas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos. Deste modo, a presente *scoping review* procurará sistematizar a evidência disponível sobre os conceitos e as intervenções de Enfermagem relacionados com a dor crónica no adulto.

Considerando os aspetos mencionados anteriormente e a multidimensionalidade da dor, torna-se evidente a necessidade de formação especializada por parte dos enfermeiros, com vista ao desenvolvimento de competências de capacitação da pessoa com dor crónica e à promoção da sua adaptação à doença. Assim, o conhecimento nesta temática carece de completude, o que justifica a realização desta *scoping review*. O seu objetivo é mapear os conceitos focados na dor crónica no adulto, considerando a avaliação deste fenómeno e a intervenção sobre ele, sob a perspetiva da tomada de decisão em Enfermagem.

De acordo com as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI) para elaboração de uma *scoping review*, a questão de revisão é traçada através da mnemónica PCC, na qual o P corresponde a “participantes”, o C a “conceito” e o C a “contexto”

(Aromataris et al., 2024). Desta forma, definiram-se como participantes - adultos com dor crónica; conceito - dor crónica; contexto - todos os contextos de intervenção em saúde (o que comportará pessoas institucionalizadas / não institucionalizadas), o que nos leva à seguinte questão de revisão: Quais os conceitos publicados sobre a dor crónica no adulto em contextos de cuidados de saúde, sob a perspetiva da tomada de decisão em Enfermagem?

A partir da questão de revisão definida, delinearão-se as seguintes subquestões:

- Qual a evidência publicada sobre os dados relevantes no âmbito da dor crónica?
- Quais os fatores que influenciam a presença de dor crónica?
- Quais as intervenções de Enfermagem promotoras do controlo da dor?
- Quais as intervenções de Enfermagem promotoras do autocontrolo da dor?
- Quais as áreas nas quais a dor crónica tem interferência?
- Quais as barreiras / desafios ao tratamento da dor?

## **Método**

A *scoping review* será conduzida de acordo com o método proposto pelo JBI para *scoping reviews* (Aromataris et al., 2024). Este protocolo da *scoping review* encontra-se registado na plataforma Open Science Framework (DOI - <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/YQNBX>). Foram definidos os critérios de elegibilidade com base na mnemónica PCC: População (P), Conceito (C) e Contexto (C). A *scoping review* considerará os estudos que incluem adultos com diagnóstico de dor crónica. Não serão aplicadas restrições de género, de etnia ou de outras características pessoais. Entende-se por adulto aquele que tem 18 ou mais anos de idade. Relativamente ao conceito, na *scoping review* serão considerados os estudos que abordam e exploram a dor crónica, sob a perspetiva de Enfermagem. Entende-se por dor crónica uma dor persistente ou recorrente, que está presente durante mais de três ou seis meses, prolongando-se para além do período de cura (Ciaramella, 2019). Quanto ao contexto, a *scoping review* irá considerar todos os contextos de cuidados, independentemente de o cliente se encontrar, ou não, institucionalizado.

A *scoping review* considerará estudos com desenhos quantitativos, qualitativos ou métodos mistos. Os estudos quantitativos incluem qualquer estudo experimental ou quase experimental, incluindo ensaios controlados randomizados, ensaios controlados não randomizados, estudos antes e depois e estudos de séries temporais interrompidas. Para além disso, estudos observacionais analíticos, incluindo estudos de coorte,

estudos transversais, estudos de caso e estudos de série de casos serão considerados para inclusão.

Também serão considerados estudos qualitativos que se concentrem em dados qualitativos, incluindo, mas não se limitando a, modelos como fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, descrição qualitativa, pesquisa-ação. Para além disso, revisões sistemáticas que atendam aos critérios de inclusão também serão consideradas, dependendo da questão da pesquisa. Textos e artigos de opinião também serão considerados para inclusão nesta revisão.

## Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa terá como objetivo localizar estudos publicados e não publicados entre 2014 e 2024. De acordo com o JBI, o processo de pesquisa deve ser trifásico, de forma a desenvolver uma estratégia de pesquisa mais abrangente (Aromataris et al., 2024). A primeira fase envolverá a realização de uma pesquisa inicial para encontrar artigos sobre o fenómeno de interesse. Nos artigos significativos, analisar-se-ão as palavras do texto contidas nos títulos e resumos, assim como os termos de indexação usados para descrever os artigos, de forma a desenvolver uma estratégia de pesquisa completa nas bases de dados *Academic Search Complete*; *CINAHL Complete*; *ERIC*; *Library*; *MedicLatina*; *MEDLINE Complete*; *Psychology, Behavioral Sciences Collection* (via EBSCO), *Scopus*; *WebOfScience*; *Cochrane* (via Banco de Dados *Cochrane* de Revisões Sistemáticas).

A segunda fase preconiza a realização das pesquisas em cada base de dados mencionada anteriormente. A terceira fase envolve a possibilidade de inclusão de outros artigos adicionais relevantes para a conclusão da *scoping review*. A pesquisa será adaptada e individualizada para cada base de dados. O Quadro 1 apresenta uma proposta de estratégia de pesquisa nas bases de dados.

Quadro 1 - Estratégia de Pesquisa

Base de dados	Frase Booleana	Limitadores	Número de artigos
Academic Search Complete; CINAHL Complete; ERIC; Library; MedicLatina; MEDLINE Complete; Psychology and Behavioral Sciences Collection	TI ("pain management" or "pain relief" or "pain control" or "pain reduction" or "managing pain") AND TI chronic NOT TI (infant or baby or newborn or neonate or children or child)	Revistas Científicas (Analisadas pelos Pares); Data de Publicação: 20140101-20241231 (últimos 10 anos)	329

Scopus	( TITLE ( "pain management" OR "pain relief" OR "pain control" OR "pain reduction" OR "managing pain" ) AND TITLE ( chronic ) AND NOT TITLE ( infant OR baby OR newborn OR neonate OR children OR child ) ) AND PUBYEAR > 2013 AND PUBYEAR < 2025 AND ( EXCLUDE ( SUBJAREA , "MEDI" ) ) AND ( LIMIT-TO ( DOCTYPE , "ar" ) ) AND ( LIMIT-TO ( EXACTKEYWORD , "Chronic Pain" ) OR LIMIT-TO ( EXACTKEYWORD , "Analgesia" ) OR LIMIT-TO ( EXACTKEYWORD , "Pain Management" ) )		97
WebOfScience	Refinar resultados para "controle da dor" OU "alívio da dor" OU "controle da dor" OU "redução da dor" OU "controle da dor" (Título) E crônica (Título) NÃO bebê OU bebê OU recém-nascido OU neonato OU crianças OU criança (Título) e Artigo de Revisão (Tipos de Documento) e Acesso Aberto e 2024 ou 2023 ou 2022 ou 2021 ou 2020 ou 2019 ou 2018 ou 2017 ou 2016 ou 2015 ou 2014 (Anos de Publicação)		89
Cochrane	manejo da dor" OU "alívio da dor" OU "controle da dor" OU "redução da dor" OU "controle da dor" no título do registo E crônico no título do registo NÃO bebê OU bebê OU recém-nascido OU neonato OU crianças OU criança no registo Título - (Variações de palavras foram pesquisadas)		1

## Seleção dos estudos

Após a pesquisa, os estudos encontrados serão exportados para o software *JB I Sumari* e serão eliminados os duplicados. Posteriormente, a seleção dos estudos será concretizada em duas fases. A primeira fase incluirá a leitura e a análise dos seus títulos e resumos por dois revisores e, com base nos critérios de inclusão descritos anteriormente, serão eliminados os que não cumprem os mesmos.

Na segunda fase, o texto completo dos estudos selecionados na fase anterior será analisado em detalhe, com base nos critérios de inclusão, por dois revisores independentes. Os motivos de exclusão dos estudos serão descritos na *scoping review*.

Eventuais discrepâncias entre os revisores serão resolvidas por discussão e consenso, recorrendo-se à decisão de um terceiro revisor sempre que necessário.

O processo de pesquisa será relatado na íntegra sob forma de narrativa e apresentado sob forma esquemática através de um diagrama de fluxo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), recorrendo à extensão *scoping reviews* denominada *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Peters et al., 2022). Não será efetuada a avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos, o que se coaduna com as orientações para a realização de uma *scoping review* (Peters et al., 2022).

## Extração de dados

Os dados serão extraídos dos artigos incluídos na *scoping review* por dois revisores independentes, com o apoio de um terceiro revisor para resolver alguma discordância. A extração de dados será realizada com o apoio de um instrumento de recolha de dados que considera detalhes específicos como autor(es), ano de publicação, país, objetivo, participantes, conceito, contexto, metodologia e os principais resultados. Este instrumento, apresentado no Quadro 2, foi construído com base no modelo de instrumento de extração de dados preconizado pelo JBI (Aromataris et al., 2024).

Quadro 1 - Instrumento de extração de dados

<b>Detalhes da Scoping Review</b>	
<b>Título da <i>scoping review</i>:</b>	Representação do Conhecimento de Enfermagem sobre a Dor Crónica
<b>Objetivo da revisão:</b>	Mapear os conceitos focados na dor crónica no adulto, considerando a avaliação deste fenómeno e a intervenção sobre ele, sob a perspetiva da tomada de decisão em Enfermagem.
<b>Questão de revisão:</b>	Quais os conceitos publicados sobre a dor crónica no adulto em contextos de cuidados de saúde, sob a perspetiva da tomada de decisão em Enfermagem?
<b>Critérios de Inclusão</b>	
<b>Participantes:</b>	Participantes adultos com dor crónica.
<b>Conceito:</b>	Dor crónica.
<b>Contexto:</b>	Todos os contextos de intervenção em saúde (o que comportará pessoas institucionalizadas / não institucionalizadas).
<b>Tipos de fonte de evidência:</b>	Estudos quantitativos, qualitativos ou mistos e revisões sistemáticas.

<b>Detalhes e Características dos Estudos</b>	
<b>Título do artigo</b>	
<b>Autor(es)</b>	
<b>Ano de publicação</b>	
<b>País</b>	
<b>Objetivo</b>	
<b>Participantes</b>	
<b>Conceito</b>	
<b>Contexto</b>	
<b>Extração de resultados e detalhes extraídos do estudo</b>	
<b>Intervenções para o controlo da dor crónica</b>	
<b>Intervenções para o autocontrolo da dor crónica</b>	
<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica / Variáveis medidas</b>	
<b>Áreas nas quais a dor crónica tem interferência / Impacto da dor crónica</b>	
<b>Barreiras / desafios ao tratamento da dor</b>	
<b>Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento Significados atribuídos à dor crónica</b>	

## **Apresentação e interpretação dos resultados**

A análise e a apresentação da informação serão realizadas com o recurso a tabelas e quadros, de modo a facilitar a sua interpretação. Assim, os dados recolhidos dos artigos incluídos na *scoping review* serão apresentados em forma de tabelas e/ou quadros. As conclusões dos estudos selecionados serão apresentadas sob a forma de narrativa, em consonância com o objetivo e as questões de revisão que foram propostas neste protocolo. Em suma, a apresentação dos dados permitirá uma descrição detalhada e sintetizada do conhecimento disponível sobre a dor crónica no adulto, considerando a avaliação deste fenómeno e a intervenção sobre o mesmo à luz da perspetiva do enfermeiro e da disciplina de Enfermagem.

## **Conclusão**

Este protocolo propõe a realização de uma *scoping review* que visa mapear o conhecimento disponível sobre a dor crónica no adulto, com ênfase na sua avaliação e nas intervenções de enfermagem, enquadradas no processo de tomada de decisão em

enfermagem. A escolha deste método justifica-se pela complexidade e pela dispersão da evidência existente, permitindo uma abordagem abrangente e estruturada ao tema (Peters et al., 2020). Espera-se que os resultados obtidos a partir desta revisão contribuam para identificar lacunas no conhecimento, orientar futuros estudos e fundamentar a prática de enfermagem. Adicionalmente, prevê-se que a informação recolhida possa contribuir para enriquecer a estrutura de conteúdos da Ontologia de Enfermagem no âmbito do diagnóstico “Dor”, promovendo uma abordagem mais sustentada na prática clínica.

## Referências bibliográficas

- Antunes, F., Pereira, R., Afonso, V., & Tinoco, R. (2021). *Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units*. *Pain Ther*, 10(2), 1427-1437. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00308-2>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI.
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Azevedo, L., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C., & Castro-Lopes, J. (2012). *Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal*. *J Pain*, 13(8), 773-783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Ciaramella, A. (2019). *Psychopharmacology of chronic pain*. *Handb Clin Neurol*, 317-337. <https://doi.org/10.1016/B978-0-444-64012-3.00019-8>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: detod@s para tod@s*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Goldberg, D., & McGee, S. (2011). *Pain as a global public health priority*. *BMC Public Health*, 11(770). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-770>
- Hylands-White, N., Duarte, R., & Raphael, J. (2017). *An overview of treatment approaches for chronic pain management*. *Rheumatol Int*, 37(1), 29-42. <https://doi.org/10.1007/s00296-016-3481-8>
- Jameson, J. L., F. A., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (2022). *Harrison's Principles of Internal Medicine (21st ed.)*. McGraw Hill.
- Monteiro, M., & Reis-Pina, P. (2013). *Chronic Pain - Perceptions , Limitations and Implications . A Social Perspective*. *Jornal de Investigação Biomédica e Biofarmacêutica*, 10, 9-18.
- Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Calil, H., Larsen, P., Marnie, C., Pollock, D., Tricco, A. C., & Munn, Z. (abril de 2022). *Orientações de melhores práticas e itens de relatórios para o desenvolvimento de protocolos de revisão de*

escopo. *JBIE Evidence Synthesis*, 20(4), 953-968.  
<https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00242>

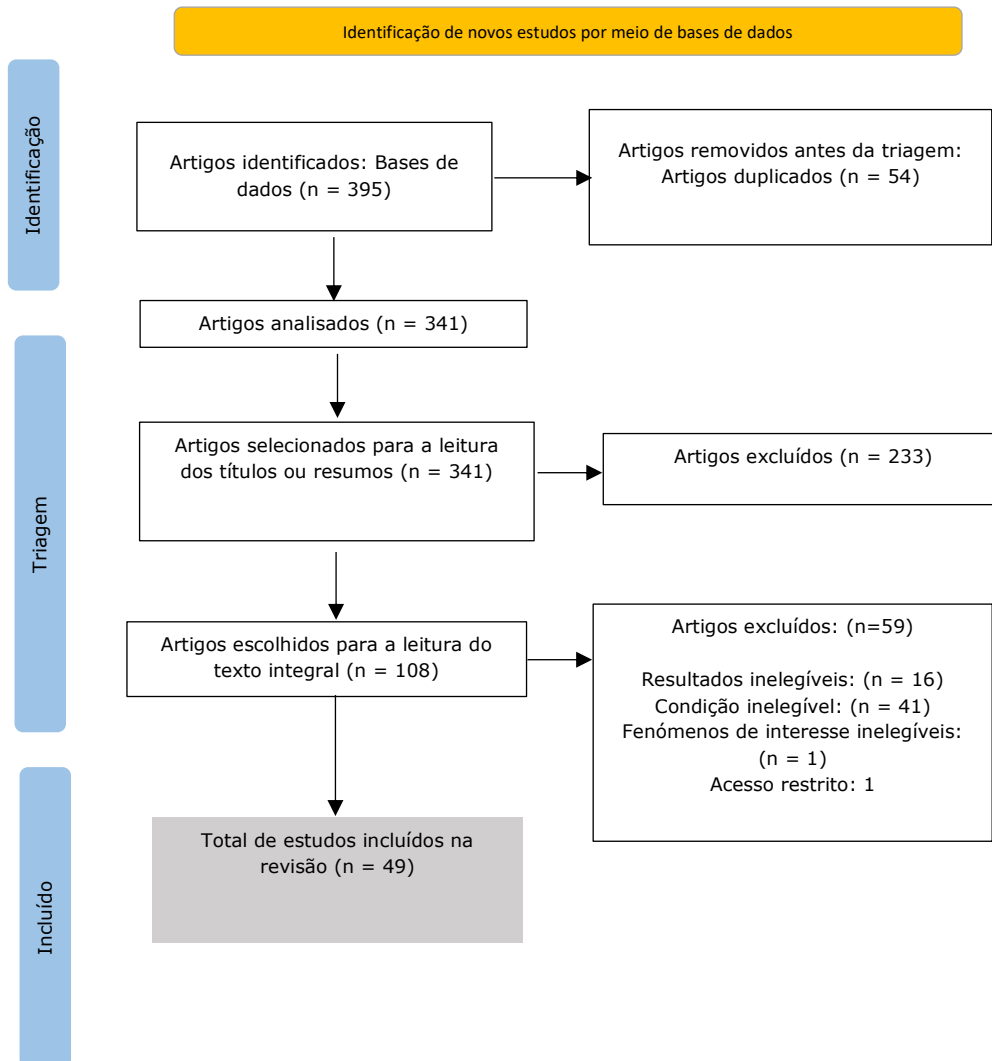
Zajacova, A., Grol-Prokopczyk, H., & Nahin, R. (2025). Pain Among US Adults Before, During, and After the COVID-19 Pandemic: A Repeated Cross-Sectional Study using the 2019- 2023 National Health Interview Survey. *Revista Psychological Bulletin*



**Anexo II**



# Fluxograma - PRISMA





## **Anexo III**



## RESULTADOS PRELIMINARES

Study	Country	Setting/ context	Participant characteristics	Groups	Outcomes measured	Description of main results
Alvarado-García AM, Salazar-Maya ÁM. 2017.	América do Sul	Comunidade de Medellín e de Bogotá	Idosos com dor crónica	<p>Participantes: (n=2) (16 mulheres e 9 homens);</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dor não oncológica há mais de 6 meses;</li> <li>Não estar institucionalizado;</li> <li>Não ter deterioração cognitiva;</li> <li>12 entrevistados com idade entre 60 e 70 anos, 9 entre 71 e 80 anos e 4 com idade superior a 80 anos;</li> <li>7 que não tinham o ensino primário completo, 2 que o tinham, 5 que não tinham o ensino secundário completo, 4 que o tinham, 5 eram técnicos, um não tinha concluído o ensino superior e um tinha;</li> <li>2 eram solteiros, 14 casados, 2 separados, eram 5 viúvos e 2 tinham união estável.</li> </ul>	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Medidas farmacológicas (analgésicos); Automedicação; Água quente; Manter a posição (ficar parado); Manter uma postura correta; Caminhada; Exercício físico (Alongamentos); Atividades de lazer (costura, artesanato); Auxiliares de controlo da dor (cintas, bastões, cintos, bengala); Remédios caseiros (ervas, ervas aromáticas, babosa, maconha com álcool, álcool, lama, picada de abelhas e de urtigas, creme de vaca e de abelha); Massagem; Conversar com o próprio local de dor.</p>
Lakshman R, Tomlinson E, Bucknall T. 2024.	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Terapias psicológicas/comportamentais; Exercícios e movimentos corporais; loga; Intervenção de apoio entre pares liderada por psicólogo e enfermeiro; Atividades de lazer; Biofeedback; Terapia de calor; Atividades de reintegração comunitária (melhorar os resultados funcionais).</p>
Hylands-White N, Duarte R, Raphael J. 2017.	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS); Estimulação elétrica nervosa percutânea (PENS); Capsaicina tópica; Termoterapia; Crioterapia; Estímulos nocivos; Tratamentos biopsicossociais; Fisioterapia; Terapia ocupacional; Enfermagem especialista em dor (Aconselhamento sobre o regime medicamentoso); Psicologia clínica; Programas multidisciplinares de gestão da dor; Terapia cognitivo-comportamental (TCC); Terapia de aceitação e compromisso.</p>
Dysvik E, Kvaløy JT, Furnes B. 2014.	Noruega	Unidade de reabilitação associada a um hospital universitário	Indivíduos com dor crónica	<p>Participantes (n=34)</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dor crónica não maligna com duração de mais de seis meses;</li> </ul>	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Pensamento catastrófico; Estado de Saúde; Intensidade da dor; Luto; Mudanças no Comportamento e Bem-Estar; Autocompreensão e Aceitação.</p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>Idade entre os 18 e 67 anos;</li> <li>Idade média dos participantes foi de 49 anos;</li> <li>Educação: 24 participantes relataram níveis educacionais abaixo da conclusão do ensino médio, e 10 haviam se formado no ensino médio ou em instituições de ensino superior;</li> <li>Cinco participantes estavam empregados, enquanto o restante recebia benefícios de assistência social.</li> </ul>	crônica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crônica;	<b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crônica:</b> Terapia Cognitivo-Comportamental; Envolvimento Social e Grupal; Educação para a saúde; Exercícios e Atividades.
Jebara T, Youngson E, Drummond N, Rushworth G, Pflieger S, Rudd I, et al. 2023.	Escócia (Reino Unido)	Comunidade (comunidades rurais e remotas da Escócia)	Idosos com dor crônica	<p>Participantes (n=14)</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Adultos mais velhos (definidos como aqueles com 75 anos ou mais);</li> <li>Adultos a viver em áreas remotas e rurais do nhs highland;</li> <li>Dor crônica (definida como dor que dura mais de 12 semanas).</li> </ul>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crônica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crônica;</p> <p>Áreas nas quais a dor crônica tem interferência / Impacto da dor crônica; Barreiras / desafios ao tratamento da dor;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crônica /Variáveis medidas:</b> Impacto da dor;</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crônica:</b> Exercício; Fisioterapia; Acupuntura; Quiroprático; Almofada térmica; Cobertor aquecido; Máquina TENS; Massagem;</p> <p><b>Áreas nas quais a dor crônica tem interferência / Impacto da dor crônica:</b> Isolamento/ Distâncias Longas: A localização afastada dificultava o acesso a serviços de saúde especializados; Limitações Financeiras; Estigma por parte dos profissionais; Tempos de espera prolongados. Barreiras / desafios ao tratamento da dor: Inatividade física; Incapacidade para realizar as atividades de vida diária; Incapacidade para caminhar;</p>
Jin W, Choo A, Gromala D, Shaw C, Squire P. 2016.	Canadá	Sem dados	Indivíduos com dor crônica	<p><b>Grupo experimental:</b> • Os participantes utilizaram o jogo de realidade virtual “Cryoslides”, projetado para distrair os clientes com dor crônica através de uma experiência imersiva e interativa.</p> <p><b>Grupo de controlo:</b> Sem acesso a intervenção de realidade virtual</p>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crônica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crônica;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crônica /Variáveis medidas:</b> Intensidade da dor</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crônica:</b> Atividade lúdica / Distração.</p>
Ames H, Hestevik CH, Briggs AM. 2024.	Sem dados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuidados primários ou comunitários;</li> <li>Instalações residenciais de cuidados</li> </ul>	Adultos com dor lombar crônica	Adultos com mais de 60 anos de idade com dor lombar crônica	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crônica /Variáveis medidas:</b> Aceitabilidade, valores e preferências;

		para idosos; • Qualquer ambiente comunitário			crónica /Variáveis medidas;  Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;  Barreiras / desafios ao tratamento da dor;	<b>Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento:</b> Interação com os profissionais de saúde; Intervenções adequadas para dor lombar crónica primária; Cuidado holístico; Profissionais de saúde fossem respeitosos, atenciosos, centrados na pessoa, colaborativos, abertos a discutir opções de tratamento; Cuidados individualizados; Continuidade dos cuidados; Comunicação; Abertura para introdução de estratégias não farmacológicas;  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Mindfulness; Meditação; Grupos de atividade física; Material educacional; Apoio de pares; Exercício; Natação; Caminhada;  <b>Barreiras / desafios ao tratamento da dor:</b> Estigma por parte dos profissionais; Preconceito por parte dos profissionais; Custos elevados referentes ao tratamento da dor.
Brintz CE, Polser G, Coronado RA, French B, Faurót KR, Gaylord SA. 2024.	Sem dados	Comunidade	Indivíduos com dor crónica não maligna	Participantes (n=21)  Características: <ul style="list-style-type: none"><li>Adultos com 18 anos ou mais com dor crónica não maligna, definida como dor diária ou quase diária por pelo menos 3 meses de duração;</li><li>Língua predominante inglês;</li><li>Tivessem algum provedor médico para tratamento da dor;</li><li>Relatassem incomodo da dor &gt;3 em uma escala de 0 a 10 e/ou interferência da dor nas atividades gerais &gt;2 em uma escala de 0 a 10 nos últimos 7 dias.</li></ul>	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Intensidade da dor; Capacidade funcional; Distúrbios do sono; Níveis de ansiedade e depressão; Afeto positivo; Catastrofização da dor; Aceitação da dor;  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Mindfulness
Ali YCMM, Gouvêa AL, Oliveira MS de, Martini S, Ashmawi HA, Salvetti M de G. 2022.	Brasil	Ambulatório de Controlo da Dor da Divisão de Anestesia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo	Pessoas com dor crónica de diversas etiologias	Participantes (n=25)  Características: <ul style="list-style-type: none"><li>Idade entre 18 e 65 anos;</li><li>Intensidade (intensidade da dor &gt; 4) há mais de seis meses, segundo a Escala Numérica Verbal (ENV);</li><li>Residente na Região Metropolitana de São Paulo.</li><li>Sexo: (Feminino (n=22); Macho (n=3));</li><li>Estado civil: (Em uma relação (n=12); Solteiro (n=13);</li></ul>	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Crença de autoeficácia; Autoeficácia; Intensidade da dor; Incapacidade; Fadiga e sintomas depressivos.  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Educação sobre dor crónica; Exercício físico e controlo da dor; Enfrentamento do stresse e controlo da dor; Ritmo/conservação de energia e higiene do sono; Revisão e manutenção dos conhecimentos; Alongamento e fortalecimento muscular; Técnica de relaxamento.

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escolaridade: Grau de ensino superior (n=3); Ensino Médio Completo (n=8); Grau de ensino fundamental (n=2); Ensino Fundamental Incompleto (n=2);</li> <li>• Status profissional: Empregado/Autônomo (n=10); Desempregado/Em licença (n=8); Aposentadoria/Auxílio-doença (n=7).</li> </ul>		
Lewis G, Shaikh N, Wang G, Chaudhary S, Bean D, Terry G. 2023.	Sem dados	Sem dados	Indivíduos com dor, familiares, profissionais de saúde ou público em geral na comunidade	<p>No total, houve 964 participantes, dos quais aproximadamente 70% eram mulheres. A faixa etária geral foi de 14 a 91 anos. A maioria dos estudos abrangeu adultos de meia-idade a mais velhos, embora quatro tenham se concentrado apenas em adultos mais velhos (≥65 anos). Os participantes dos estudos eram pessoas com dor, familiares, profissionais de saúde ou público em geral na comunidade.</p>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica / Variáveis medidas;</p> <p>Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento / Significados atribuídos à dor crónica;</p> <p>Áreas nas quais a dor crónica tem interferência / Impacto da dor crónica;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica / Variáveis medidas:</b> Interpretação da dor; Impacto da dor; Resposta à dor;</p> <p><b>Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento / Significados atribuídos à dor crónica:</b> Significados espirituais, um desequilíbrio interno, causas físicas e causas externas - englobavam pensamentos de que a dor era “punição por más ações” ou relacionamentos ruins com outras pessoas; Outros acreditavam que a dor era devido a “espíritos malignos” ou que “Problema significa que alguém... lançou um mau-olhado sobre eles”; Crenças evidentes de que a dor era devido ao carma ou destino; Um fenômeno natural do envelhecimento corporal; Dor deve-se a estilo de vida ou a hábitos posturais, particularmente devido ao agachamento excessivo; Uma forte associação entre o cancro e a dor; Fatores externos como (frio, água fria climas frios e chuvosos e alimentos frios);</p> <p><b>Áreas nas quais a dor crónica tem interferência / Impacto da dor crónica:</b> Atividades de vida diárias; Atividades sociais; Atividade laboral; Alteração do humor levando à apatia e à raiva; Tristeza; Sentimentos de desamparo, medo e falta de controlo; Pensamentos catastróficos em relação à dor;</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Apoio familiar; Massagem; Ervas específicas; Estratégias espirituais e tradicionais (“crenças religiosas os ajudaram a viver com dor quando outros métodos não funcionavam”); Estimulação dos pontos meridianos; Utilização de analgésicos; Mudanças no estilo de vida, como praticar exercícios e fazer mudanças saudáveis na dieta; Práticas tradicionais e ocidentais, como Tai Chi e Yoga, relaxamento ou meditação.</p>

<p>Assefa M, LeClerc I, Muggah E, Deonanda n R, Godbout C, Finestone HM. 2023.</p>	<p>Canada (Ottawa, Ontário)</p>	<p>Cuidados de saúde primários</p>	<p>Indivíduos com dor crónica não oncológica; Idade superior a 18 anos de idade;</p>	<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 111 participantes (Dos clientes referidos, 67 iniciaram o programa, e 44 completaram seguimentos);</li> <li>• Idade dos participantes variou entre 19 e 90 anos, com uma mediana de 56 anos;</li> <li>• 74,8% eram mulheres;</li> <li>• As condições mais frequentes incluíram artrite, dor na coluna (pescoço e costas) e fibromialgia.</li> </ul>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Intensidade da dor; Interferência nas atividades diárias; Uso de opioides;</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Programa de autogestão de dor crónica não oncológica - Educação sobre dor. Tópicos: Nutrição (incluindo consumo de cafeína), tabagismo, consumo de álcool, sono, atividade física, ergonomia e saúde mental.</p>
<p>LaRowe LR, Miaskowski C, Miller A, Mayfield A, Keefe FJ, Smith AK, et al. 2024.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Comunidade</p>	<p>Idosos</p>	<p>Participantes: (n=123)</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade: Entre 65 e 86 anos (média = 71,89 anos);</li> <li>• Género: 55,3% eram mulheres;</li> <li>• Educação: 70% possuíam pelo menos um curso superior de 4 anos;</li> <li>• Rendimento: 60,2% relataram uma renda familiar superior a US\$ 60.000;</li> <li>• Prevalência: 35% dos idosos relataram dor crónica;</li> </ul> <p># Não houve diferenças significativas entre os participantes com e sem dor crónica em relação a características sociodemográficas</p>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Características da dor / Tipos de dor; Função física /cognitiva;</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Analgésicos opioides; Analgésicos de venda livre; Fisioterapia, terapia de reabilitação, terapia ocupacional; Cuidados quiropráticos; Terapia cognitivo-comportamental; Programa/workshop de autogestão da dor crónica; Grupo de apoio entre pares para dor crónica; Ioga; Tai chi; Massagem; Meditação; imagens guiadas; prática de relaxamento; CDB (Canabidiol); THC (Tetrahydrocannabinol)</p>
<p>Thapa S, Kitrungrot e L, Damkliang J. 2018.</p>	<p>Nepal (zona bagmat)</p>	<p>Centros de reabilitação ou hospitais que atendem pessoas com lesão medular no Nepal.</p>	<p>Indivíduos com lesão medular e dor crónica</p>	<p>Participantes (n=120)</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter 18 anos ou mais;</li> <li>• Conseguir se comunicar em língua nepalesa;</li> <li>• Ter experimentado dor persistente por pelo menos 3 meses;</li> <li>• Não ter histórico de comprometimento cognitivo.</li> </ul>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;</p> <p>Áreas nas quais a dor crónica tem interferência / Impacto da dor crónica;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Nível de interferência da dor; Gestão da dor;</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Suporte físico: (Massagem; Exercício; Repouso e sono; Compressão de calor; Mudança de posicionamento; Uso de patuca (cintos caseiros); Exercício de respiração profunda; Comer ou beber água); Relaxamento: (Distração (por exemplo, trabalho, internet); Abuso de substâncias (por exemplo, beber álcool e fumar)); Enfrentamento: (Aceitação e tolerância ; Meditação e oração; Ervas tradicionais;</p> <p><b>Áreas nas quais a dor crónica tem interferência / Impacto da dor crónica:</b> Atividade do dia a dia; Humor; Sono noturno.</p>

Nawai A. 2019.	Sem dados	Sem dados	Idosos com dor crónica	<p>Caraterísticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Intervalo de idades (60 e 90 anos);</li> <li>Idosos: América; China; Finlândia; Reino Unido; Sydney, Austrália.</li> </ul>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Intensidade da dor;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica: Estratégias religiosas: (Oração; leitura da Bíblia; participação em serviços religiosos; audição de programas religiosos; procura pelo de conselho da igreja); Estratégias não religiosas: (Mindfulness; Meditação; Exercícios; Repouso; Calor; Frio;)</p>
Sidhom D, Aboul-Hassan D, Clauw D, Cofield C, Bergmans R. 2023.	Sem dados	Sem dados	Indivíduos com doença falciforme e dor crónica	Sem dados	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica: Uso de canábis; Terapia cognitivo-comportamental; Mindfulness; Fisioterapia aquática; Fisioterapia; Uso de vitamina D; Educação multimédia; Hipnose.
Meijer LL, Ruis C, van der Smagt MJ, Dijkerman HC. 2023.	Holanda	Sem dados	Um participante (doença de Parkinson e dor crónica)	<p>Participantes (n=1)</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cliente com Parkinson e com dor crónica;</li> <li>Sexo masculino;</li> <li>73 anos de idades.</li> </ul>	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica: Toque afetivo;
Budge C, Taylor M, Mar M, Hansen C, Fai F. 2020.	Nova Zelândia	Comunitário	Indivíduos com dor crónica	<p>Participantes (n=326)</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dor crónica;</li> <li>Idade ≥18 anos;</li> <li>Inscritos no programa Enhanced Care+ ou que receberam um pacote de cuidados de uma Enfermeira Clínica Comunitária especializada.</li> </ul>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;</p> <p>Barreiras / desafios ao tratamento da dor</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Autogestão da dor;</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Utilização de analgésicos; Evitar cafeína, refeições pesadas, álcool e exercícios antes de dormir; Higiene do sono; Exercício; Respiração relaxante; Permanecer socialmente ativo; Organização do ambiente doméstico; Mudança de atividades para evitar movimentos repetidos;</p> <p><b>Barreiras / desafios ao tratamento da dor:</b> Ansiedade; Depressão; Idade (pessoas mais velhas com melhor autocontrolo); Procura de serviços de saúde (indivíduos mais ativos apresentam um maior envolvimento no autocontrolo)</p>
Liang C, Ahmad M. 2022.	Sem dados	Sem dados	Adultos com dor crónica	Sem dados	Barreiras / desafios ao tratamento da dor;	<b>Barreiras / desafios ao tratamento da dor:</b> Comorbidades (ex.: depressão e ansiedade): Tornam o tratamento mais complexo e exigem abordagens mais integradas; Baixa adesão ao tratamento: Muitos clientes têm dificuldade em

					Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	manter a prática das técnicas aprendidas; Fatores psicológicos: Crenças negativas sobre a dor e resistência à terapia podem comprometer a eficácia da TCC.  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Terapia cognitivo-comportamental - com associação dos componentes: Ativação comportamental, ritmo comportamental (pacing), técnicas de relaxamento, mindfulness, identificação de pensamentos negativos, reestruturação cognitiva.
Darnall BD, Roy A, Chen AL, Ziadni MS, Keane RT, You DS, et al. 2021.	Califórnia	Comunidade	Indivíduos com dor lombar crónica Descrição dos participantes: • Dor lombar axial vivenciada em pelo menos metade dos dias nos últimos 6 meses; • Pontuação média de intensidade de dor de pelo menos 4 (variação de 0 a 10, com 10 indicando a pior dor imaginável); • Fluência em inglês; • Adultos de 18 a 70 anos; • Pontuação na escala de catastrofização da dor de pelo menos 20 (moderada); • Capacidade de comparecer a até oito sessões de tratamento de 2 horas.	Grupo - Intervenção com uma única sessão de habilidades para controlo da dor (n=87) • Os participantes receberam uma única sessão de 2 horas focada no desenvolvimento de estratégias psicológicas para lidar com a dor.  Grupo - Intervenção com uma única sessão de educação em saúde (n=88) • Este grupo também recebeu uma única sessão de 2 horas, mas com conteúdos voltados à educação geral sobre saúde e dor, sem foco específico em habilidades psicológicas.  Grupo - Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT) tradicional (n=88) • Os participantes deste grupo passaram por 8 sessões semanais de Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT), abordando estratégias estruturadas para o controlo da dor crónica.	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Catastrofismo da Dor; Intensidade da Dor; Interferência da Dor na Vida Diária; Função Física;  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Terapia cognitivo-comportamental;
Shaygan M, Jaberi A, Firozian R, Yazdani Z, Zarifsanai N. 2022.	Irão	Comunitário /online	Indivíduos com dor lombar crónica	Grupo experimental (n=33);  Grupo de controlo e desenho de pré-teste e pós-teste (n=33)  • Idade acima de 18 anos; • Disposição para participar na pesquisa; • Dor lombar crónica; • Beck depression inventory - score maior que 14.	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Intensidade da dor; Score de depressão  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Programa de formação multimédia para o controlo da dor (Treinamento da diferença entre dor aguda e crónica e como os fatores psicológicos afetam a experiência da dor crónica; Treinamento de exercícios apropriados; Habilidade de comunicação eficaz; Treinamento de habilidade de assertividade; Treinamento de gestão de stresse; Habilidade de pensamento positivo; Habilidade de enfrentamento da raiva.)
Saragih ID, Suarilah I, Saragih IS, Lin Y, Lin C. 2024.	Sem dados	Sem dados	Idosos com dor crónica	Sem dados	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Atividade lúdica / Distração (jogo);

<p>Panicker L, Prasun MA, Stockman n C, Simon J. 2022.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Cuidados de saúde primários (clínica multidisciplinar de dor (MDP) é uma clínica ambulatória iniciada em junho de 2019)</p>	<p>Veteranos que estavam utilizando opioides como parte do tratamento</p>	<p>Participantes (n= 34) veteranos.</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Género: 91,8% homens;</li> <li>• Uso de Benzodiazepinas: 9% faziam uso concomitante de benzodiazepinas e opioides;</li> <li>• Apenas 8 participantes não apresentavam diagnóstico de saúde mental;</li> <li>• Depressão e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (PTSD) foram igualmente prevalentes em 35% dos casos;</li> <li>• Ansiedade foi identificada em 1%</li> </ul>	<p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica</p>	<p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Fisioterapia; Acupuntura, Ioga; Massagem; Tai Chi; Terapia cognitivo-comportamental (TCC); Terapia de aceitação e compromisso (ACT); Educação para a saúde;</p>
<p>Kawi J, Reyes AT, Arenas RA. 2019.</p>	<p>Estados Unidos</p>	<p>Sem dados</p>	<p>Imigrantes asiáticos com dor crónica</p>	<p>Intervalo de idades - 60-100 anos</p>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;</p> <p>Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento / Significados atribuídos à dor crónica;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Autogestão; Significado atribuído;</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Três estudos sobre programas de autogestão da dor (tópicos abordados: tratamento de sintomas, lidar com emoções, uso de medicamentos, nutrição, atividade física, resolução de problemas e comunicação); Medicina tradicional oriental; Tai chi; Procura de curandeiros étnico; Procura de apoio no fatalismo religioso; Exercício; Resiliência (ou seja, autoeficácia, aceitação da dor, crenças sobre a dor tem influência na autogestão da dor).</p> <p><b>Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento / Significados atribuídos à dor crónica:</b> • Parte normal do envelhecimento e a idade; Algo natural.</p>
<p>Eaton LH, Jang MK, Jensen MP, Pike KC, Heitkemper MM, Doorenbos AZ. 2022.</p>	<p>Sem dados</p>	<p>Hospitalar</p>	<p>Indivíduos sobreviventes de cancro com dor crónica (n=109); Características: • Autorrelato de dor moderada ou mais alta em média durante a última semana (<math>\geq 4</math> em uma escala numérica de classificação de intensidade de dor [NRS] de 0 a 10); • Autorrelato de dor crónica relacionada com o cancro ou com o tratamento; • Ter &gt; 18 anos de idade; • Fluência funcional em</p>	<p>Grupo de Hipnose: (n=55); Grupo de Relaxamento: (n=54).</p>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;</p> <p>Áreas nas quais a dor crónica tem</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Intensidade média da dor; Interferência da dor;</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Hipnose; Relaxamento;</p> <p><b>Áreas nas quais a dor crónica tem interferência / Impacto da dor crónica:</b> ansiedade, depressão, fadiga, distúrbios do sono.</p>

			inglês; • Mental e fisicamente capazes de participarem.		interferência / Impacto da dor crónica;	
Takai Y, Yamamoto -Mitani N, Abe Y, Suzuki M. 2015.	Japão	Sem dados	Indivíduos com dor crónica não maligna	Idade superior ou igual a 18 anos de idade	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Relaxamento e imagens guiadas; Musicoterapia; Intervenção do cliente e educação da equipa em conjunto; Um diário de dor no sentido de facilitar a comunicação; Intervenções baseadas na web ou em smartphones; Programa multidisciplinar de gestão da dor; Terapia cognitivo-comportamental (TCC); Terapia de aceitação e de comprometimento; Farmacoterapia; Atividade física; Apoio de amigos e familiares; Acupuntura; Aquecimento; Repouso; Dietas; Mudanças no estilo de vida; Técnicas de distração; Grupos de apoio.
Lin T-H, Tam K-W, Yang Y-L, Liou T-H, Hsu T-H, Rau C-L. 2022.	Sem dados	Sem dados	Indivíduos com dor lombar crónica	Sem dados	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Intensidade da dor; Interferência da dor; Qualidade de vida; Angústia e Ansiedade  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Terapias baseadas em meditação.
Nassif TH, Chapman JC, Sandbrink F, Norris DO, Soltes KL, Reinhard MJ, et al. 2016.	Estados Unidos (Washington)	Indivíduos com lesão cerebral traumática moderada e com dor crónica	Participantes: (n=9) Características: • Idade: 20 a 60 anos • Sexo: Masculino • Histórico Militar • Condição Médica: Lesão cerebral traumática moderada (TCE) relacionada ao combate, conforme critérios do Departamento de Defesa dos EUA; • Raça: afro-americanos (5), hispânicos (2), polinésios (1), brancos (1)	Grupos: iRest (n = 4); Grupo de controlo (n = 5).	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Intensidade da dor; Funcionamento físico; Funcionamento emocional; Perceção do cliente sobre a melhoria;  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Mindfulness.
Bacchus C. 2023.	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;  Barreiras / desafios ao tratamento da dor;	<b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Comunicação /escuta ativa; Promoção de autogestão (Aconselhar a prática da respiração quadrada; incentivar a realização de alongamentos diários; orientar e encaminhar para serviços apropriados, instituições de caridade e recursos); Uso de medicamentos na dor crónica primária; Desmame gradual do uso de medicamentos (Os enfermeiros podem aumentar a probabilidade de sucesso na redução gradual de medicamentos ao identificar as

						preocupações individuais dos clientes, explicar a falta de evidências sobre o uso de opioides na dor crónica primária e os riscos associados a esses medicamentos); Programas estruturados de controlo da dor; Acupuntura;  <b>Barreiras / desafios ao tratamento da dor:</b> Capacidade do cliente em gerir a sua dor; Atitudes dos profissionais de saúde em relação à dor crónica;
Mariano TY, Wan L, Edwards RR, Lazaridou A, Ross EL, Jamison RN. 2021.	Estados Unidos	Online /presencial	Indivíduos com dor lombar crónica Caraterísticas: Idade entre 18 e 90 anos; Presença de dor lombar diária com duração superior a 3 meses; Intensidade da dor de 4 ou mais em uma escala de 0 a 10; Capacidade de falar e entender inglês.	Grupo de tratamento da dor estruturado, orientado para de terapia cognitivo-comportamental, online: (n=47); média de idade foi 54,5 anos  Grupo presencial: (n=46); média de idade foi 59,7 anos;	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Intensidade da dor; Interferência da dor  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> TCC online VS presencial; TCC presencial: Grupo de 8 sessões presenciais com o mesmo conteúdo das sessões online. Cada sessão: Definição e revisão de metas Individuais semanais; Apresentação de informações e Habilidades para gestão da Dor Crónica; Treino de exercícios de relaxamento: Respiração diafragmática; Relaxamento muscular progressivo; Relaxamento autogénico; Imagens guiadas; Meditação mindfulness. Discussão de técnicas e estratégias para o controlo da dor; Os participantes recebiam tarefas para aplicar os conhecimentos adquiridos nas sessões em casa.
Chew M, Chan C, Kobayashi S, Cheng H, Wong T, Nicholson L. 2023.	Sem dados	Sem dados	Indivíduos com dor crónica	Sem dados	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Intensidade / gravidade da dor; Interferência da dor; Lidar com a dor; Catastrofização da dor; Qualidade de vida; Depressão e ansiedade  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Programas online de gestão da dor, TCC.
Seal KH, Borsari B, Tighe J, Cohen BE, Delucchi K, Morasco BJ, et al. 2019.	Estados Unidos	Cuidados de saúde primários	Clientes veteranos com dor crónica e uso de opioides prescritos de alto risco	Participantes: (n=100 veteranos)  Características: <ul style="list-style-type: none"> <li>Veteranos adultos (<math>\geq 18</math> anos) recebendo cuidados pela equipa do San Francisco VA Health Care System (SFVAHCS) com dor crónica (&gt; 6 meses de duração);</li> <li>Opioides prescritos por pelo menos 3 meses;</li> <li>Idade média: 63 anos. • Comorbidades: 57% com deficiência relacionada ao serviço VA;</li> </ul>	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Programa com os objetivos de reduzir o uso inadequado de opioides, incentivar estratégias não farmacológicas para o controlo da dor e melhorar a qualidade de vida dos participantes. Os clientes receberam um plano de tratamento individualizado, que incluía a revisão de medicamentos, a redução gradual e supervisionada (tapering) do uso de opioides quando necessário, e a introdução de alternativas terapêuticas, como analgésicos não opioides e intervenções psicológicas. Entre as estratégias não farmacológicas, estavam

				50% com PTSD, depressão ou ambos; 65% com diagnóstico de transtorno por uso de substância.		exercícios leves, terapia cognitivo-comportamental (CBT), técnicas de relaxamento e educação sobre a dor
Lowe KM, Robinson DR. 2020.	Estados Unidos	Cuidados primários	Clientes com dor e com doença renal crónica	Sem dados	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Gestão da dor; Estratégias não farmacológicas; Terapias emergentes;  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Mente-corpo: técnicas como a terapia cognitivo-comportamental e a redução do stresse baseado no mindfulness; Modificações no estilo de vida: adaptações que favorecem o bem-estar. Remédios de ervas: tratamentos naturais. Cura manual: técnicas como massagem terapêutica e quiropraxia. Bioeletromagnética: uso de estímulos elétricos ou magnéticos. Tratamentos farmacológico-biológicos: combinação de medicamentos com outras terapias; Agulhamento seco. Uso de Canabinoides;
Roy P, Weltman M, Dember L, Liebschutz J, Jhamb M, HOPE Consortiu m. 2020.	Sem dados	Sem dados	Indivíduos com dor crónica e doença renal crónica	Sem dados	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Gravidade da dor; Avaliação fisiopatológica do mecanismo de lesão e tipo de dor; Avaliação psicossocial de fatores concomitantes que contribuem para a dor ou tornam o tratamento da dor mais desafiador; Impacto geral da dor.  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC); Terapia de Aceitação e Comprometimento; Relaxamento; Musicoterapia; Mindfulness; Exercícios; Fisioterapia; loga; Acupuntura; Estimulação elétrica
Mann EG, Johnson A, Gilron I, VanDenKerkhof EG. 2017.	Canadá	Comunidade	Indivíduos com dor crónica	Participantes (n=702)  Características: <ul style="list-style-type: none"> <li>Idade de 18 anos ou mais;</li> <li>Capacidade de ler e responder em francês ou inglês;</li> <li>Dor crónica, definida como episódios constantes ou repetidos de dor ou desconforto por pelo menos três meses.</li> </ul>	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;  Barreiras / desafios ao tratamento da dor;	<b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Exercício; Fisioterapia; Quiropraxia; Terapia de Massagem  <b>Barreiras / desafios ao tratamento da dor:</b> Número de comorbidades; Acesso a serviços de saúde; Estado civil (status civil não casado têm um risco maior de uso elevado de pronto-socorro em comparação aos casados); Género; Nível de escolaridades (nível educacional mais baixo pode estar relacionado a um maior uso de pronto-socorro); Rendimento (um risco ligeiramente maior de uso de pronto-socorro para aqueles com renda menor); Depressão (indivíduos com depressão moderada ou grave têm um risco significativamente maior de usar pronto-socorro);

						Autoeficácia na Dor (indivíduos com baixa autoeficácia na dor têm um risco significativamente maior de utilizar pronto-socorro).
Kim K, Rendon I, Starkweat her A. 2021.	Nordest e dos Estados Unidos	Centro de coluna ambulatorial	Adultos com dor crónica; Provedores	<ul style="list-style-type: none"> <li>Da amostra total, 68,4% se identificaram como femininas e 31,6% como masculinas;</li> <li>Quatorze adultos com dor crónica foram recrutados das comunidades (14 indivíduos falantes de inglês, com 18 anos ou mais, vivendo com dor crónica); 12 se identificaram como brancos, 10,5% negros, 10,5% asiáticos, 5,3% como nativos americanos ou nativos do Alasca, 5,3% como multirraciais; 5,3% não divulgaram sua raça;</li> <li>Cinco provedores que cuidam de clientes com dor crónica em um centro de coluna ambulatorial (médicos, enfermeiros-praticantes e assistentes médicos). 3 médicos, 1 enfermeiro(a); 1 assistente médico.</li> </ul>	<p>Barreiras / desafios ao tratamento da dor;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;</p> <p>Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento / Significados atribuídos à dor crónica;</p>	<p><b>Barreiras / desafios ao tratamento da dor:</b> recursos socioeconómicos; Recursos sociais; Etiologia da dor conhecida ou desconhecida; Trajetória da dor; Comorbidades psicossociais (depressão, baixa-autoestima; autoimagem, ansiedade); Conhecimento sobre o processamento da dor; Preferências em relação às opções de tratamento da dor.</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> 150 minutos de exercícios moderados por semana; Uma dieta mais saudável; Fisioterapia; Educação para a saúde; Tai chi; Qigong.</p> <p><b>Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento / Significados atribuídos à dor crónica:</b> Preconceitos implícitos; Decisões sobre encaminhamentos; Equilíbrio entre satisfação do cliente e prescrição de opioides;</p>
Pergolizzi J, LeQuang J. 2020.	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Sem dados	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Tipos de dor;</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Fisioterapia; Exercícios: de Fortalecimento; Método Mckenzie; Extensão Lombar; Flexão Lombar; Pilates; Exercício Aeróbico; Exercícios De Estabilização; Exercício De Qigong; Yoga; Badaunjin (Sistema De Exercícios Da China); Manipulação da coluna vertebral: Quiropráticos; Terapia manual; Terapia Cognitivo Comportamental; Mindfulness; Órteses personalizadas: Dispositivos ortóticos de calçado Reforço: Aplicação de suportes nas costas Terapia Quente e Fria: Compressas quentes ou frias Fita de cinesiologia Educação para a saúde; Tração: Manual; Mecânica. Repouso</p>
Tompkins DA, Hobelman n JG, Compton P. 2017.	Estados Unidos	Sem dados	Sem dados	Sem dados	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Tratamento multidisciplinar da dor; Medicamentos não opioides; Fisioterapia; Exercício; Exercícios de alongamento; Manipulações; Aplicações quentes ou frias; Tração; Estimulação elétrica nervosa transcutânea (TENS); Massagem; Terapia cognitivo-comportamental; Acupuntura; Redução do stresse baseada

						na atenção plena; Vitaminas e suplementos; Ioga; Musicoterapia; Biofeedback; Hipnose; Osteopatia.
Yoon J, Choi J, Shin M. 2019.	Coreia do Sul (Seul)	Comunitário	Indivíduos com dor crónica	<p>Participantes (n=114)</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Género: A maioria eram mulheres;</li> <li>Duração da dor crónica: 76% dos participantes haviam sofrido de dor crónica por mais de 6 meses;</li> <li>Idade Média: 49,7 anos de idade.</li> </ul>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Conceito físico pessoal/autoimagem; Percepção de redução da dor;</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Exercícios posturais, alongamentos, fortalecimento muscular, exercícios respiratórios, exercícios de relaxamento.</p>
Furnes B, Natvig GK, Dysvik E. 2015.	Noruega	Hospitalar	Indivíduos com dor crónica	<p>Participantes (n=12) (9 mulheres e 3 homens),</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Idade entre 18 e 67 anos;</li> <li>Dor crónica não maligna por mais de 6 meses;</li> <li>Tratamento e investigação médica concluídos antes do encaminhamento;</li> <li>Motivação para participar de um programa de reabilitação ativo;</li> <li>Sem litígios relacionados à dor.</li> </ul>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;</p> <p>Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento / Significados atribuídos à dor crónica;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Pensamentos associados à dor; Consciençialização; Autocontrolo;</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Programa de controlo da dor crónica centrado na terapia cognitivo-comportamental que incluía: grupo de apoio, “escrita terapêutica”, relaxamento, treino de habilidades sociais e atividade física.</p> <p><b>Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento / Significados atribuídos à dor crónica:</b> Perdas relatadas: Perda de capacidade para participar em atividades significativas; Distanciamento nos relacionamentos; Redução do controlo sobre a vida. Emoções predominantes: Desespero; Frustração; Pensamentos depressivos; Exaustão. Frustrações adicionais: Incapacidade de trabalhar; Pela perda de identidade.</p>
Arazi S, Rashidi F, Raiesifar A, Veisani Y, Azadi A. 2023.	Irão	Comunidade com dor musculoesquelética	<p>Homens idosos com dor crónica</p> <p>Características: Homens idosos com idade <math>\geq 60</math> anos; Capacidade de se comunicar em pessoa (farsi); Diagnóstico médico de dor musculoesquelética crónica; Estado cognitivo adequado (pontuação <math>\geq 18</math> no teste MEEM - Mini-Exame do Estado Mental); Estado mental (pontuação <math>\geq 8</math> na versão iraniana do teste abreviado de estado mental - Foroughan et al., 2017); Capacidade física para realizar</p>	<p>Grupo de controlo (n = 33);</p> <p>Grupo experimental (n = 32 ).</p>	<p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</p>	<p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Exercícios de aquecimento, de equilíbrio e de relaxamento muscular progressivo; Exercícios respiratórios; Aplicação de compressa quente/fria; Educação para saúde sobre fundamentos teóricos acerca da dor, técnicas não farmacológicas de controlo da dor, atividade física e alimentação.</p>

			exercícios sem contraindicação médica; Disposição para participar do estudo			
Li Z, Tse M, Tang A. 2020.	Hong Kong	Comunidade	Idosos com dor crónica • ≥60 anos de idade; • Duração da dor não oncológica ≥3 meses; • Pontuação de dor ≥2 avaliada em uma escala numérica de classificação (nrs) de 0 a 10; • Capaz de entender cantonês; • Ter habilidades comportamentais suficientes para participar de um programa leve de exercícios e alongamento; • Ter um cuidador informal que possui um telefone celular e que pode aceder a internet; • Capaz de participar de todo o programa com seus cuidadores	Grupo de controlo (n=32); Grupo experimental (n=32).	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Intensidade da dor; Interferência da dor; Autoeficácia da dor; Qualidade de vida e tempo de exercício; Satisfação e aceitabilidade; Uso de ferramentas digitais;  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Programa diádico de gestão de dor;
He J, Tse MMY, Kwok TTO. 2024.	China	Sem dados	Indivíduos com dor crónica	Caraterísticas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clientes com dor crónica há mais de 3 meses;</li> <li>• Idosos com 60 anos ou mais (≥ 60 anos);</li> <li>• Sem transtornos psiquiátricos ou comprometimento cognitivo que afetem a compreensão das intervenções;</li> <li>• Indivíduos de nacionalidade chinesa, residentes na China continental; Intervenções não farmacológicas (excluindo medicamentos).</li> </ul>	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Terapias Psicossociais; Acupuntura; Terapia com Ventosas; Massagem; Massagem Tuina; Terapias de Bandagem; Exercícios de Wuqinxi e de Tai Chi; Qigong; Terapia de Neuroestimulação; Terapia Multimodal; Educação em saúde (sobre dor, exercícios e terapia comportamental / emocional).
Brown O, Newton-John TRO. 2023.	Sem dados	Centro privado de tratamento da dor	Participantes (n=25) Indivíduos com dor crónica; Parceiros significativos.	<b>Características dos participantes:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor crónica;</li> <li>• Género: 14 mulheres e 11 homens;</li> <li>• Média de idades: 52 anos; Idade &gt;18 anos;</li> <li>• Duração média da dor: 7 anos; 56% passaram por cirurgia relacionada à dor.</li> </ul> <b>Características dos parceiros significativos:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade &gt;18 anos;</li> <li>• 64% (16) se referiram a marido/esposa;</li> <li>• 20% (5) se referiram a membro adulto da família;</li> </ul>	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;  Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento / Significados atribuídos à dor crónica;	<b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Medicamentos, procedimentos médicos (ablação, injeções de cortisona); Tratamentos de fisioterapia (consultas, exercícios); Tratamento psicológico (estratégias cognitivas e higiene do sono); Uso de aparelhos ortopédicos ou auxiliares; Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrolo da dor / a adesão ao tratamento / Significados atribuídos à dor crónica: Fatores promotores da adesão do cliente: Presença e apoio da “pessoa significativa”.

				<ul style="list-style-type: none"> <li>16% (4) se referiram a parceiro romântico não casado.</li> </ul>		
Wright CJ, Schutte NS. 2014.	Austrália	Comunitário	Indivíduos com dor crônica	<p>Participantes (n=200) australianos com dor crônica;</p> <p>Caraterísticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Indivíduos com 18 anos ou mais anos de idade;</li> <li>Dor crônica "dor ou desconforto, que persistiu continuamente ou intermitentemente por mais de 3 meses";</li> </ul>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crônica /Variáveis medidas;</p> <p>Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrole da dor / a adesão ao tratamento / Significados atribuídos à dor crônica;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crônica /Variáveis medidas:</b> Intensidade da dor; Autoeficácia; Inteligência emocional; Gestão da dor</p> <p><b>Fatores que influenciam a aceitação da dor / o autocontrole da dor / a adesão ao tratamento / Significados atribuídos à dor crônica:</b> Indivíduos com níveis mais elevados de mindfulness relataram menor intensidade da dor percebida; A autoeficácia na gestão da dor foi confirmada como um mediador significativo na relação entre o mindfulness e a percepção subjetiva da dor; Indivíduos com maior capacidade de mindfulness demonstraram maior confiança nas suas capacidades de gerir a dor. Por sua vez, esta maior confiança na gestão da dor resultou numa redução da intensidade subjetiva da dor; Inteligência emocional foi também identificada como um mediador significativo.</p>
Joyppaul S, Kelly FS, King MA. 2019.	Austrália	Cuidados de saúde primários	Indivíduos com dor crônica	<p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dor por mais de três meses;</li> <li>Estivessem em listas de espera de hospitais para serviços especializados em dor e/ou fossem encaminhados pelos médicos de família;</li> <li>Precisassem de estratégias de autogestão;</li> <li>Pudessem participar em sessões de grupo.</li> </ul>	<p>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crônica /Variáveis medidas;</p> <p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crônica;</p>	<p><b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crônica /Variáveis medidas:</b> Autoeficácia;</p> <p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crônica:</b> Programa multidisciplinar centrado na educação sobre dor: Abordavam os seguintes tópicos: Conscientização sobre a dor e definição de metas; Compreensão as investigações médicas; Compreensão dos princípios ativos dos fármacos; Redefinição do estilo de vida; Desafiar maneiras de pensar sobre a dor; Dor e as pessoas ao seu redor; O papel dos alimentos na dor persistente; Princípios do exercício, prevenção de novas lesões Automonitorização/autogestão.</p>
Lin LA, Bohnert ASB, Jannausch M, Goesling J, Ilgen MA. 2017.	Estados Unidos (sudeste de Michigan)	Residência	Adultos em tratamento para a dependência química com dor crônica	<p>Participantes (n=501)</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Idade: Maior de 18 anos;</li> <li>Local de recrutamento: Programa residencial de dependência química;</li> <li>Dor <math>\geq 4</math> na Escala Numérica de Intensidade da Dor (NRS-I) nos últimos 3 meses (Nível médio de dor foi de 6,7 (em uma escala de 0 a 10).</li> </ul>	<p>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crônica;</p>	<p><b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crônica:</b> Fisioterapia; Meditação; Ioga; Psicoterapia; Remédios de ervas; Acupuntura.</p>

Eaton LH, Langford DJ, Meins AR, Rue T, Tauben DJ, Doorenbos AZ. 2018.	Estado de Washington	Comunidades rurais	Participantes (n=209) indivíduos com dor crónica Características: ≥ 18 anos de idade; Dor crónica não maligna; Tivessem sido atendidos pelo médico de cuidados de saúde primários nos últimos 2 meses; Tivessem fluência funcional em inglês; Tivessem comprometimento cognitivo leve ou inexistente; Não tivessem problemas de comunicação por telefone;	Moradores rurais (n=65); Moradores não rurais (n=144).	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos / Dados relevantes relativamente à dor crónica /Variáveis medidas:</b> Intensidade da dor  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Bolsa de gelo; Aplicação de calor; Massagem; Andar; Respiração profunda; Distração; Música; Oração; Meditação; Relaxamento; Imagens.
O'Connor S, Mayne A, Hood B. 2022.	Sem dados	Sem dados	Adultos com dor crónica	Sem dados	Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;	<b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Realidade virtual com a utilização de: Mindfulness; Relaxamento; Terapia cognitivo-comportamental.
McDonald DD, Soutar C, Chan MA, Afriyie A. 2015.	Nordeste dos Estados Unidos	Unidade de CI de um único centro médico no nordeste dos Estados Unidos	Adultos com insuficiência cardíaca e dor crónica	Participantes (n=25) Características: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Internados na unidade de CI;</li> <li>• Idade de 18 anos ou mais;</li> <li>• Capacidade de ler e compreender inglês ou espanhol;</li> <li>• Dor com duração de pelo menos três meses;</li> </ul>	Dados de avaliação da dor abordados nos estudos /Dados relevantes relativamente à dor crónica / Variáveis medidas;  Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica;  Áreas nas quais a dor crónica tem interferência / Impacto da dor crónica;	<b>Dados de avaliação da dor abordados nos estudos /Dados relevantes relativamente à dor crónica / Variáveis medidas:</b> Os locais da dor; Intensidade da dor; Interferência da dor na função; Tratamentos utilizados para a dor; Eficácia dos tratamentos;  <b>Intervenções para o controlo/autocontrolo da dor crónica:</b> Caminhar; Calor; Exercícios de alongamento; Frio; Posicionamento; Exercícios de fortalecimento muscular; Massagem; Meditação; Música;  <b>Áreas nas quais a dor crónica tem interferência / Impacto da dor crónica:</b> Interferência geral; Humor; Caminhar; Trabalho; Relações interpessoais; Sono; Prazer na vida.

**Anexo IV**



Prevenção da infeção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento



**nau** SEMPRE  
A APRENDER

# CERTIFICADO

Certifica-se que TAMÁRA SANTOS SÁ concluiu o curso "**Prevenção da infeção nos cuidados de saúde: precauções básicas e isolamento**", com nota de **100.0%**, com 1 ECTS e tempo de contacto de 16 horas. Este programa formativo está integrado na "Platform for Global Health", iniciativa apoiada pelo PRR – Programa de Recuperação e Resiliência e pela União Europeia – Fundo Next Generation EU.

(António Luís Carvalho)  
Presidente

*Escola Superior de Enfermagem do Porto*



EMITIDO EM:  
agosto 23, 2024

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:

[d341296b16ad433598a4e1b64956e91a](https://ims.nau.edu.pt/certificates/d341296b16ad433598a4e1b64956e91a)

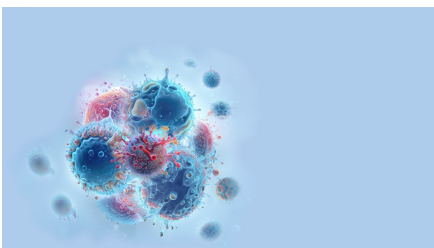
A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma NAU e requisitos para a sua obtenção visite [nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao](https://nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao). Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.



**Anexo V**



Infeção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral



**nau** SEMPRE  
A APRENDER

# CERTIFICADO

Certifica-se que TAMÁRA SANTOS SÁ concluiu o curso "**Infeção associada aos cuidados de saúde: abordagem geral**", com nota de **100.0%**, com 1 ECTS e tempo de contacto de 8 horas. Este programa formativo está integrado na "Platform for Global Health", iniciativa apoiada pelo PRR – Programa de Recuperação e Resiliência e pela União Europeia – Fundo Next Generation EU.

(António Luís Carvalho)  
Presidente

*Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Curso financiado por:



Plataforma NAU cofinanciada por:



EMITIDO EM:  
agosto 23, 2024

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:

[5bdaff07a26b42658748f90334f3daa2](https://ims.nau.edu.pt/certificates/5bdaff07a26b42658748f90334f3daa2)

A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma NAU e requisitos para a sua obtenção visite [nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao](https://ims.nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao). Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.



**Anexo VI**





# CERTIFICADO

Certifica-se que TAMÁRA SANTOS SÁ concluiu o curso "**Formação, Qualidade e Segurança de Cuidados**", com nota de **100.0%**, com 2 ECTS e tempo de contacto de 20 horas. Este programa formativo está integrado na "Platform for Global Health", iniciativa apoiada pelo PRR – Programa de Recuperação e Resiliência e pela União Europeia – Fundo Next Generation EU



(António Luís Carvalho)  
Presidente

*Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Curso financiado por:



Plataforma NAU cofinanciada por:



A pessoa mencionada neste certificado completou todas as atividades relativas ao curso em questão. Para mais informações sobre Certificação na plataforma NAU e requisitos para a sua obtenção visite [nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao](http://nau.edu.pt/sobre/politica-de-certificacao). Este certificado é uma prova de aprendizagem, não tendo qualquer validade formal como prova de qualificação ou como formação conferente de grau.

EMITIDO EM:

setembro 10, 2024

NÚMERO ID DO CERTIFICADO:

[1e6a2a78f6ac407b955cca5f9bec6ac5](https://ims.nau.edu.pt/certificates/1e6a2a78f6ac407b955cca5f9bec6ac5)



## **Anexo VII**





Serviço de Formação

# 1º Congresso de Enfermagem do Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas da ULS de Coimbra

23 A 25 DE OUTUBRO DE 2024



## CERTIFICADO

Certifica-se que,

**TAMÁRA SANTOS SA**

esteve presente no 1º Congresso de Enfermagem do Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas da ULS Coimbra - 4C Centralidade dos Cuidados no Cidadão em Coimbra, que se realizou nos dias 23, 24 e 25 de outubro de 2024, no Auditório Principal do Pólo HUC, com a duração de 14 horas.

Coimbra, 25 de outubro de 2024

O Enfermeiro Gestor em Funções de Direção do DMIEM

Enf.º António Marques

A Diretora Interina do Serviço de Formação da ULS Coimbra

Enf.ª Bertina Lopes

A Enfermeira Diretora da ULS Coimbra

Enf.ª Áurea Andrade

Certificado nº 1287/2024



REPÚBLICA PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE COIMBRA

## 24 de outubro

### Conferência (09:30)

Promoção do Autocuidado: da intencionalidade à ação profissional

Olga Ribeiro (ESEP)

### Mesa 1 (10:00)

Autocuidado - foco central da prática em enfermagem

**Moderadora:** Conceição Bento (ESENfC)

- **Projeto IdosoCap@z** - Amandine Beato, ULSC
- **Projeto Reabilitar@mente** - Sara Godinho, ULSC
- **Condicionantes do autocuidado que influenciam o internamento na UCIM** – Fernanda Alves, ULSC

### Mesa 2 (11:45)

Capacitar / Valorizar o potencial do idoso

**Moderador:** Carlos Margato (ULSC)

- **Promoção da independência do Idoso** – Cármen Garcia (Dectech Évora)
- **Redução do Impacto do Síndrome do Desuso** – Catarina Ferreira (ULSC)
- **Empower 65+ Estratégia para a Prevenção do Declínio Funcional em Idosos Hospitalizados** – Rogério Amaro (ULSC)

### Mesa 3 (14:00)

Papel do Prestador de Cuidados

**Moderador:** Fernando Petronilho (UMinho)

- **Contributos da Investigação** – António Marques (ULSC)
- **O Prestador de Cuidados Informal num Serviço de Medicina** – Lurdes Brásio (ULSC)
- **Visão das Associações** - Associação Nacional dos Cuidadores Informais
- **Estudo sobre a identificação do Papel do Prestador de Cuidados** – Joana Silva (ULSC)

### Mesa 4 (15:30 – 17:30)

Integração de Cuidados

**Moderadora:** Filomena Cardoso (ULS São João)

- **Contributo das ECCIs nos ganhos em saúde** – Joana Campos (ESEP)
- **ECCI Coimbra saúde: Percurso e respostas** – Luís Rodrigues (ULSC)
- **Consulta de Enfermagem de Medicina Interna - ligação e articulação** – Raquel Monteiro (ULSC)
- **Cuidar em Proximidade** – Luís Fernandes / Maria Gabriel (ULSC)

## 25 de outubro

### Mesa 5 (09:00)

Gestão da Doença Crónica e dos Regimes Terapêuticos

**Moderadora:** La Salette Fernandes (ULSC)

- **Plano de autogestão da doença crónica na pessoa com diabetes** – Susana Veríssimo (ULSC)
- **Plano de autogestão da doença crónica na pessoa com DPOC** – Leonor Marques (ULSC)
- **A gestão de caso no doente crónico: estratégias e resultados** – Maria João Carvalho (ULS Matosinhos)
- **Adesão ao regime terapêutico** – Bruno Raposo (ULSC)

### Mesa 6 (10:45)

Organização e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

**Moderador:** Pedro Parreira (ESENfC)

- **Construção de ambientes de prática de enfermagem positivos: da teoria à prática** – Soraia Pereira (APAPEnf+)
- **Liderança de equipas** – Manuel Oliveira (RNCCI)
- **Acreditação dos Serviços pela OE** – Susete Coelho (ULSC)
- **Investigação sobre o Método de Enfermeiro de Referência** – Ângela Alves (ULSC)

### Mesa 7 (14:00)

Vulnerabilidades do idoso

**Moderadora:** Rosa Melo (ESENfC)

- **Prevenção de Quedas** – Natália Filipe (ULSC)
- **Prevenção e tratamento UPP** – Rita Melo (ULSC)
- **Projeto Stop - Prevenir a Aspiração** - Lúcia Filipe (ULSC)
- **Síndrome Confusional** – Sílvia Vaz (ULSC)

### Debate (15:45 – 17:00)

Gestão de visitas nos hospitais

**Moderadora:**

- **Lucília Nunes (IPS)**
- **Celínia Antunes (ULSC)**
- **Raúl Almeida - Testemunho de um doente**
- **Virgínia Pereira (ULS São João)**

**Comissão Organizadora:** Enfermeira Diretora e Enfermeiros Gestores do DMIEM da ULSC

**Comissão Científica:** António Marques, NIE – ULSC, José Carlos Januário, DMIEM – ULSC; Vanessa Medina, DMIEM – ULSC; Victor Pereira, DMIEM - ULSC

## **Anexo VIII**





Serviço de Formação

# 1º Congresso de Enfermagem do Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas da ULS de Coimbra

23 A 25 DE OUTUBRO DE 2024



## CERTIFICADO

Certifica-se que,

**TAMÁRA SANTOS SÁ**

foi 1ª autor/a do póster “REPRESENTAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ENFERMAGEM SOBRE A DOR CRÓNICA: PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW”, com os co-autores **ABEL PAIVA E SILVA; PATRÍCIA DANIELA BARATA GONÇALVES**, no Congresso de Enfermagem do Departamento de Medicina Interna e Especialidades Médicas da ULS Coimbra - 4C Centralidade dos Cuidados no Cidadão em Coimbra, que se realizou nos dias 23, 24 e 25 de outubro de 2024, no Auditório Principal do Pólo HUC.

Coimbra, 25 de outubro de 2024

O Enfermeiro Gestor em Funções de Direção do DMIEM

Enf.º António Marques

A Diretora Interina do Serviço de Formação da ULS Coimbra

Enf.ª Bertina Lopes

A Enfermeira Diretora da ULS Coimbra

Enf.ª Aurea Andrade

Certificado nº 1374/2024



REPÚBLICA PORTUGUESA

SAÚDE



SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE COIMBRA



## **Anexo IX**



# RESUMO

## 4C:CENTRALIDADE DOS CUIDADOS NO CIDADÃO EM COIMBRA

Iº Congresso de Enfermagem do Departamento de Medicina Interna e  
Especialidades Médicas da ULS de Coimbra



### Representação do Conhecimento de Enfermagem sobre a Dor Crónica: Protocolo de *Scoping Review*

#### Autores

Tamára Santos Sá<sup>1</sup> Abel Avelino Paiva e Silva<sup>2</sup> Patrícia Daniela Barata Gonçalves<sup>3</sup>

1. Enfermeira, na Unidade Cuidados na Comunidade Âncora (ULS Gaia/Espinho), Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

2. Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

3. Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

#### Resumo

**Introdução:** A dor crónica caracteriza-se como uma dor persistente ou recorrente, que está presente, durante mais de três ou seis meses, prolongando-se para além do período de cura da lesão que lhe deu origem (Ciaramella, 2019). Face à sua cronicidade e à sua prevalência, a dor crónica é considerada um fenómeno complexo, e entendida como uma área premente de atuação do enfermeiro. Dada a crescente exigência de os enfermeiros demonstrarem evidências do impacto da sua prática profissional, torna-se crucial identificar e estruturar a informação que represente a evidência científica mais robusta dos diferentes domínios da disciplina de Enfermagem, promovendo a tomada de decisão clínica sustentada e, por conseguinte, a segurança e a melhoria da continuidade dos cuidados em saúde.

**Objetivo:** Mapear os conceitos focados na dor crónica no adulto, considerando a avaliação deste fenómeno e a intervenção sobre ele, sob a perspetiva de Enfermagem.

**Metodologia:** A *scoping review* será conduzida de acordo com o método proposto pelo *Joanna Briggs Institute*, e tendo por base o diagrama de fluxo PRISMA-ScR. Serão definidos os critérios de elegibilidade com base na mnemónica P (População), C (Conceito), C (Contexto). A *scoping review* incluirá estudos: cuja população é constituída por adultos com dor crónica (P); que identifiquem os dados relativos ao fenómeno da dor crónica, que descrevam os fatores que influenciam a presença de dor crónica e que tenham enfoque nas intervenções de enfermagem promotoras da gestão e da autogestão da dor crónica (C); que ocorram em todos os contextos de cuidados (C). A pesquisa será realizada nas bases de dados: *Academic Search Complete*; *CINAHL Complete*; *ERIC*; *Library*; *MedicLatina*; *MEDLINE Complete*; *Psychology, Behavioral Sciences Collection (via EBSCO)*; *Scopus*; *WebOfScience*; *Cochrane* (via Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas). Relativamente à estratégia de pesquisa, a *scoping review* será realizada de acordo com as três fases preconizadas pela *Joanna Briggs Institute* (Aromataris, et al., 2024). Serão incluídos estudos qualitativos, quantitativos ou mistos, primários ou secundários. O processo de análise, extração e síntese dos dados será desenvolvido por revisores independentes, através da plataforma *Joanna Briggs Institute Sumari*. A extração de dados será efetuada com recurso a instrumentos desenvolvidos pelos revisores, para a presente revisão.

**Resultados:** Os resultados serão apresentados sob a forma de quadro e sob a forma de narrativa, em sincronia com o objetivo e com as questões de revisão definidas para a presente *scoping review*, evidenciando os dados definidores da dor crónica e as intervenções de enfermagem promotoras do controlo e do autocontrolo da dor crónica no adulto.

**Conclusões:** Esperamos que a presente *scoping review* contribua para a descrição detalhada e sintetizada do conhecimento sobre a dor crónica no adulto, bem como o contributo no desenvolvimento da matriz de conteúdos da Ontologia de Enfermagem, no âmbito do diagnóstico de “Dor”, considerando a avaliação deste fenómeno e a intervenção sobre ele, sob a perspetiva de Enfermagem.

**Palavras-chave:** Dor crónica; Controlo da dor; Autocontrolo; Enfermagem.

#### Referências Bibliográficas

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. Obtido de <https://synthesismanual.jbi.global>.

Ciaramella, A. (2019). Psychopharmacology of chronic pain. *Handb Clin Neurol*, 317-337. doi:10.1016/B978-0-444-64012-3.00019-8



**Anexo X**





## Representação do Conhecimento de Enfermagem sobre a Dor Crónica: Protocolo de *Scoping Review*

**Autores:** Tamára Santos Sá<sup>1</sup> Abel Avelino Paiva e Silva<sup>2</sup> Patrícia Daniela Barata Gonçalves<sup>3</sup>

1. Enfermeira, na Unidade Cuidados na Comunidade Âncora (ULS Gaia/Espinho), Mestranda no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

2. Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

3. Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal

**Introdução:** A dor crónica caracteriza-se como uma dor persistente ou recorrente, que está presente, durante mais de três ou seis meses, prolongando-se para além do período de cura da lesão que lhe deu origem (Ciaramella, 2019). Face à sua cronicidade e à sua prevalência, a dor crónica é considerada um fenómeno complexo, e entendida como uma área premente de atuação do enfermeiro. Dada a crescente exigência de os enfermeiros demonstrarem evidências do impacto da sua prática profissional, torna-se crucial identificar e estruturar a informação que represente a evidência científica mais robusta dos diferentes domínios da disciplina de Enfermagem, promovendo a tomada de decisão clínica sustentada e, por conseguinte, a segurança e a melhoria da continuidade dos cuidados em saúde.

### Objetivo:

Mapear os conceitos focados na dor crónica no adulto, considerando a avaliação deste fenómeno e a intervenção sobre ele, sob a perspetiva de Enfermagem.

### Metodologia

A scoping review será conduzida de acordo com o método proposto pelo **Joanna Briggs Institute**, e tendo por base o diagrama de **fluxo PRISMA-ScR**.

A pesquisa será realizada nas bases de dados: Academic Search Complete; CINAHL Complete; ERIC; Library; MedcLatina; MEDLINE Complete; Psychology, Behavioral Sciences Collection (via EBSCO), Scopus; WebOfScience; Cochrane (via Banco de Dados Cochrane de Revisões Sistemáticas).

### Crítérios de Elegibilidade

<b>P</b> (População)	<b>Adultos</b> com dor crónica
<b>C</b> (Conceito)	Dados relativos ao fenómeno da dor crónica, que descrevam os <b>fatores</b> que influenciam a presença de dor crónica e que tenham enfoque nas <b>intervenções de enfermagem</b> promotoras da <b>gestão</b> e da <b>autogestão</b> da dor crónica.
<b>C</b> (Contexto)	Em todos os contextos de <b>cuidados de saúde</b> .

### Resultados

Os resultados serão apresentados sob a forma de quadro e sob a forma de narrativa, em sincronia com o objetivo e com as questões de revisão, evidenciando os **dados** definidores da dor crónica e **as intervenções de enfermagem** promotoras do **controlo** e do **autocontrolo** da dor crónica no adulto.

### Conclusão

Esperamos que a presente *scoping review* contribua para a descrição detalhada e sintetizada do **conhecimento** sobre a dor crónica no adulto, bem como o contributo no desenvolvimento da matriz de conteúdos da **Ontologia de Enfermagem**, no âmbito do **diagnóstico de "Dor"**, considerando a avaliação deste fenómeno e a intervenção sobre ele, sob a perspetiva de **Enfermagem**.

### Referências Bibliográficas

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI. Obtido de <https://synthesismanual.jbi.global>.  
Ciaramella, A. (2019). Psychopharmacology of chronic pain. *Handb Clin Neurol*, 317-337. doi:10.1016/B978-0-444-64012-3.00019-8