



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÓNICA

Elsa Cristina Morais de Figueiredo dos Santos

EMPOWERMENT DA PESSOA COM
DOR CRÓNICA SECUNDÁRIA EM
CONTEXTO DE AMBULATÓRIO

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**EMPOWERMENT DA PESSOA COM DOR CRÓNICA
SECUNDÁRIA EM CONTEXTO DE AMBULATÓRIO**

Relatório Final de Estágio

Elsa Cristina Morais de Figueiredo dos Santos

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, sob orientação da Professora Doutora Liliana Mota

Oliveira de Azeméis | 2024

A dúvida é o princípio da sabedoria

Aristóteles

AGRADECIMENTOS

No decorrer do percurso importa realçar o apoio recebido e expressar o reconhecimento a todos os que de alguma forma contribuíram para a execução do trabalho.

À Professora Doutora Liliana Mota, pelo rigor científico, exigência, energia e resiliência e por me fazer acreditar que era capaz.

Ao Professor Doutor Ricardo Melo, pela disponibilidade, tranquilidade e incentivo num momento de incerteza.

Ao contexto da prática clínica, na pessoa da Enfermeira Gestora e Enfermeiros Tutores, pelo acolhimento, reconhecimento e apoio no desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem, em prol da melhoria continua na prestação de cuidados.

Ao Enfermeiro Mário Jesus, pelo estímulo, disponibilidade e facilitação do processo de aprendizagem. À Enfermeira Juliana Paciência, pela amizade e prontidão, estando sempre lá, e à Enfermeira Manuela Sampaio, pelo exemplo e por me impulsionar constantemente na concretização dos sonhos.

Ao meu marido Telmo, pelo amor, por caminhar ao meu lado, por acreditar e pelo cuidado na orientação da casa mesmo quando o cansaço lhe falava mais alto.

Aos meus filhos, Diogo e Jorge, pela compreensão nas horas em que estive menos presente, por me fazerem sentir importante e manifestarem orgulho nas pequenas conquistas.

À minha Mãe, por todas as orações que sei que fez para que eu conseguisse, por estar sempre disponível nem que fosse à distância de um telefonema e por não se importar com a ausência de visitas em prol do atingir de um objetivo.

Aos meus Sogros, pelos pequenos mimos que apareciam em cima da mesa, pela disponibilidade na orientação dos netos e por me fazerem sentir parte da família.

Aos familiares, aos amigos e aos colegas de trabalho, particularizando a equipa médica, a assistente operacional e assistentes técnicas do meu serviço, pelas vezes que perguntaram e se preocuparam em me ajudar, permitindo que fosse possível chegar ao fim.

Ao Baruk pelos passeios a seguir ao almoço, quando o cérebro cansado precisava de apanhar sol e pela tranquilidade quando na sua almofada me fazia companhia.

Sei que hoje sou mais do que há 18 meses atrás e apesar de todas as horas em que o cansaço apertou, nunca deixei de acreditar que estava no caminho certo e que sairia do processo mais enriquecida e com mais capacidade de prestar melhores cuidados.

Obrigada a todos.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DAP - Doença Arterial Periférica

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

EEEMCAEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

GA - Gonartrose

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IASP - International Association for the Study of Pain

ICCM - Isquémia Crónica Crítica de Membro

ICD-11 - International Classification of Diseases-11

ISBAR - Identify, Situation, Background, Assesment, Recommendation

JBI - Joanna Briggs Institute

MeSH - Medical Subject Headings

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PBCI - Precauções Básicas do Controlo da Infeção

PBVT - Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão

PCC - População, Conceito e Contexto

PG - Procedimento Geral

PMCQCE - Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

PNSD - Plano Nacional de Segurança para os Doentes

RAM - Resistência aos Antimicrobianos

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SACV - Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular

ScR – Scoping Review

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

TENS – Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea

TGS - Teoria da Gestão de Sintomas

UDC – Unidade de Dor Crónica

ULS - Unidade Local de Saúde

RESUMO

O aumento exponencial das doenças crónicas ultrapassa a vertente curativa dos cuidados de saúde e apresenta, na pessoa, um elevado impacto biopsicossocial. As doenças crónicas não comunicáveis, têm sido a principal causa de anos de vida saudável perdida, com a dor crónica, entre 2018-2020, como causa major de incapacidade em Portugal. Esta realidade exige do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, competências científicas, técnicas e humanas que possibilitem uma resposta diferenciada às necessidades da pessoa, família/cuidador. O empowerment tem sido reconhecido como fundamental no cuidado centrado na pessoa, relacionando-se com melhores resultados em saúde: bem-estar, autogestão e qualidade de vida.

No decurso da prática clínica em contexto de estágio, descrita na primeira parte deste relatório final, num Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculiar de uma Unidade Local de Saúde da Região Centro de Portugal, vivenciaram-se experiências e desenvolveram-se competências, no âmbito do cuidado à pessoa com doença crónica internada. A dor, característica da doença vascular, era foco de atenção e tinha grande impacto na qualidade de vida e funcionalidade, tanto no internamento como no regresso a casa. Neste seguimento, realizou-se na componente de investigação uma Scoping Review, com o objetivo de: Mapear a evidência sobre o empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório, cujo processo metodológico, resultados e discussão são apresentados na segunda parte deste relatório. O estudo permitiu desenvolver competências de investigação, reforçando os pilares fundamentais da prática baseada na evidência. As evidências encontradas na revisão foram escassas, resumindo-se à inclusão de um estudo identificado na literatura cinzenta, aportando a necessidade de realização de investigação primária de qualidade, que permita robustecer o corpo de conhecimentos na área investigada. Emergiram da análise dos resultados quatro áreas temáticas centrais: gestão da dor, educação para a saúde, redes de apoio e comportamentos de adesão. Estas áreas poderão orientar a intervenção dos enfermeiros especialistas, na implementação de intervenções ou estudos na área do empowerment da pessoa com dor crónica secundária, incrementando uma enfermagem avançada centrada na pessoa, família/cuidador e produzindo valor no que é o core do conhecimento em enfermagem.

Palavras Chave: Enfermagem; Doenças Vasculares; Dor Crónica; Empoderamento

ABSTRACT

The exponential increase in chronic diseases goes beyond the curative aspect of health care and has a high biopsychosocial impact on the individual. Non-communicable chronic diseases have been the main cause of years of healthy life lost, with chronic pain being the main cause of disability in Portugal between 2018-2020. This reality requires nurses specializing in medical-surgical nursing in the area of nursing the chronically ill to have scientific, technical and human skills that enable a differentiated response to the needs of the person, family/caregiver. Empowerment has been recognized as fundamental in person-centred care and is related to better health outcomes: well-being, self-management and quality of life.

During the clinical practice in an internship context, described in the first part of this final report, in the Angiology and Vascular Surgery Department of a Local Health Unit in the Central Region of Portugal, experiences were had and skills developed in the care of hospitalized people with chronic illnesses. Pain, a characteristic of vascular disease, was a focus of attention and had a major impact on quality of life and functionality, both during hospitalization and on returning home. As part of this research, a Scoping Review was carried out with the aim of: Mapping the evidence on the empowerment of the person with secondary chronic pain in an outpatient setting, whose methodological process, results and discussion are presented in the second part of this report. The study allowed me to develop research skills, reinforcing the fundamental pillars of evidence-based practice. The evidence found in the review was scarce, and was limited to the inclusion of one study identified in the grey literature, pointing to the need for high-quality primary research to strengthen the body of knowledge in the area investigated. Four central thematic areas emerged from the analysis of the results: pain management, health education, support networks and adherence behaviors. These areas could guide the intervention of specialist nurses in the implementation of interventions or studies in the area of empowerment of the person with secondary chronic pain, increasing advanced nursing centered on the person, family/caregiver and producing value in what is the core of nursing knowledge.

Key Words: Nursing; Vascular Diseases; Chronic Pain; Empowerment

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Quadro do PCC, Palavras Chave, Descritores indexados MeSH/DeCS e CINAHL Headings.....	79
Tabela 2: Estratégia de Pesquisa.....	81
Tabela 3: Quadro de Critérios de Inclusão e Exclusão	86
Tabela 4: Extração de Evidências	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Concetual de Gestão de Sintomas - Revisto.....	74
Figura 2: Fluxograma de Pesquisa PRISMA.....	87

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento do contexto de estágio	25
1.1. Estágio em contexto de internamento no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular	25
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	29
2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	29
2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	31
2.3. Domínio da gestão dos cuidados	37
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	40
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.....	45
3.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.....	45
3.2. Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.....	53
4. Considerações finais	61
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	63
1. Resumo	65
2. Abstract.....	67
3. Fundamentação/enquadramento teórico	69
4. Finalidade e objetivos	75
5. Metodologia.....	77
5.1. Desenho do estudo	77
6. Resultados.....	87
7. Discussão.....	91
8. Conclusão	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICES	121
APÊNDICE I: Fluxograma de referenciação de doentes do SACV para a UDC	123
APÊNDICE II: Planificação da ação de formação “Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS) – Estratégia não farmacológica de controlo da dor”	127

APÊNDICE III: Ação de formação “Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS) – Estratégia não farmacológica de controlo da dor”	131
APÊNDICE IV: Questionários de avaliação de conhecimentos da ação de formação “Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS) – Estratégia não farmacológica de controlo da dor”	143
APÊNDICE V: Panfleto sobre “Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS)”	155
ANEXOS	159
ANEXO I: Póster “A pessoa com ferida – do controlo da dor à adesão terapêutica – um percurso colaborativo”	161
ANEXO II: Póster “TENS no controlo da dor na doença arterial periférica dos membros inferiores: Revisão Integrativa”	165
ANEXO III: Participação no “Congresso sobre a dor”	169
ANEXO IV: Coautoria de subcapítulo do Guia de Recursos Sobre a Dor, intitulado “O tratamento da dor em unidades de dor nos hospitais”	173
ANEXO V: Formadora, no Curso de Viabilidade Tecedular e Feridas Complexas, com o tema “A gestão da dor no processo terapêutico”	183
ANEXO VI: Elemento da Comissão Organizadora nas “I Jornadas para a Prevenção Úlceras por Pressão da Região Centro, em Mortágua”	187
ANEXO VII: Póster “Fatores que influenciam a infeção da úlcera da perna na pessoa com doença vascular periférica: Scoping Review”	191

INTRODUÇÃO

A condições crónicas estão a aumentar progressivamente a nível Mundial, Europeu e Nacional, sendo um grave problema de saúde pública que afeta cerca de um terço da população nos países desenvolvidos (Luz et al., 2022). Em Portugal a esperança média de vida no triénio 2018-2020 era de 81,1 anos, no entanto o número de anos de vida saudável estimado rondava os 59,2 anos, 5,4 anos inferior à média europeia (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022). O grupo de doenças crónicas não comunicáveis foi o principal causador de anos de vida saudável perdida (por morte prematura, doença e incapacidade), estando nos primeiros lugares as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares, osteomusculares (ex. dor lombar), diabetes e depressão (DGS, 2022). A crescente importância das doenças osteomusculares fizeram da dor crónica, no triénio anteriormente referido, a causa maior de incapacidade em Portugal (DGS, 2022). Consequentemente, a redução da carga de doença e incapacidade relacionada com as osteoartrites, artroses, lombalgias, cervicalgias entre outras, são necessidades de saúde identificadas no Plano Nacional de Saúde 2030 e exigem medidas para reduzir o seu impacto, entre elas: a educação para a (auto)gestão da doença crónica (englobando a dor crónica), autocuidado e capacitação; a promoção da literacia em saúde e a promoção do envelhecimento ativo (DGS, 2022).

A dor crónica surge quando a dor, inicialmente aguda e sinal de alerta, não é convenientemente controlada, sendo o limite temporal de 3 meses o ponto de corte, o que é consistente com outras doenças crónicas (Treede et al., 2019). Afeta aproximadamente 30% da população mundial (Cohen et al., 2021), sendo que, em Portugal, um estudo de 2012, apresentava uma prevalência nacional de 36,7% (Azevedo et al., 2012). Neste estudo, a dor crónica estava presente principalmente na população idosa, desempregada ou com níveis de educação baixos e tinha impacto negativo no sono, atividades recreativas e no trabalho, levando por vezes à depressão. A gestão da dor pode ser realizada pelos profissionais de saúde e pela própria pessoa, sendo que a autogestão, segundo LeFort & McGillion (2021), é o primeiro passo no tratamento da dor, no entanto, os mesmos autores, referem que as pessoas estão inadequadamente preparadas para essa autogestão, não sendo capazes de desenvolver intervenções preventivas, reconhecer sinais de alarme ou procurar ajuda especializada. É necessário empoderar a pessoa, isto é, ampliar a sua capacidade de fazer escolhas e transformar essas escolhas em ações desejadas como delineadas (BIREME/OPAS/OMS, 2023), bem como, desenvolver a capacidade destas em controlar a sua

saúde e envolver-se mais nos seus cuidados (Pekonen et al., 2020). O empowerment tem sido, cada vez mais, reconhecido como fundamental nos cuidados centrados na pessoa, sendo apontado por alguns estudos como estando relacionado com melhores resultados em saúde: bem-estar, autogestão, qualidade de vida e custo-efetividade (Pekonen et al., 2020). Devido ao baixo nível de comportamentos de autocuidado na pessoa com doença crónica, um dos desafios do século XXI, é promover a aquisição de comportamentos de autocuidado e autocontrolo, sendo o empoderamento considerado um método educativo, facilitado pela interação entre a pessoa e o profissional de saúde (Beiranvand et al., 2023).

Com base nestes pressupostos, considerou-se que a temática merecia ser estudada e que os enfermeiros, como profissionais indispensáveis no cuidado centrado na pessoa, podiam fazer a diferença, estando o enfermeiro especialista especialmente habilitado, pelo core de competências que possui, para ser facilitador do empoderamento da pessoa, família/cuidador para viver com uma doença crónica e redefinir um projeto de saúde (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). Na componente de investigação optou-se por realizar uma Scoping Review pretendendo-se responder à questão: Qual a evidência científica sobre o empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório?. Teve-se como objetivo: Mapear a evidência científica sobre o empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório.

A escolha do campo de estágio foi de encontro à necessidade de vivência de experiências e aprendizagens no âmbito do cuidado à pessoa com doença crónica internada, onde a dor era foco de atenção, por ser característica fundamental da doença vascular e tinha grande impacto na qualidade de vida e funcionalidade (Seretny & Colvin, 2016). Permitiu-se assim, desenvolver competências de juízo crítico, planeamento e decisão, em processos complexos de transição saúde/doença, tendo em vista o regresso da pessoa a casa (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Este relatório final encontra-se organizado em duas partes: componente de estágio e componente de investigação. A componente de estágio está dividida em quatro capítulos: no primeiro capítulo procede-se ao enquadramento do contexto de estágio no internamento do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular de uma Unidade Local de Saúde da Região Centro de Portugal; no segundo capítulo aborda-se o desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (EEEMCAEPSC); no terceiro capítulo elenca-se o desenvolvimento das competências do EEEMCAEPSC e termina-se num quarto capítulo com as considerações finais.

A componente de investigação está dividida em 8 capítulos: nos primeiros dois capítulos apresenta-se o resumo e o abstract do estudo de investigação desenvolvido; no terceiro capítulo realiza-se a fundamentação teórica da temática; no quarto capítulo apresenta-se a finalidade e objetivos do estudo, no quinto capítulo aborda-se a metodologia, fazendo referência ao desenho do estudo; no sexto capítulo expõem-se os resultados, cuja discussão é apresentada no sétimo capítulo e no oitavo capítulo exibem-se as conclusões do estudo. Termina-se o relatório final com componente de investigação, com as considerações finais.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento do contexto de estágio

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, do Curso de MEMCAEPSC é uma unidade curricular semestral, composta por um total de 810 horas de trabalho das quais 384 horas são de contacto na tipologia de estágio (Despacho n.º 9276/2022 de 28 de julho, 2022). É preconizado que a experiência de aprendizagem no contexto de formação/prática clínica, permita a aquisição de competências avançadas em avaliação crítica, planeamento e tomada de decisão, alicerçadas na melhor e mais recente evidência científica (Mota, 2023). A escolha do campo de estágio considerou estas premissas, apresentando-se neste capítulo a caracterização/contextualização do mesmo, permitindo compreender a contribuição da experiência para o desenvolvimento de competências do EEEMCAEPSC.

1.1. *Estágio em contexto de internamento no Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascul*

O estágio de natureza profissional realizou-se na unidade de internamento geral do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascul (SACV), de um hospital da região centro de Portugal, que, desde 01 de janeiro de 2024, passou a integrar o modelo de Unidade Local de Saúde (ULS) (Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro, 2023). A ULS onde o Serviço se integra, apresenta capacidade de resposta em todas as valências e áreas de cuidados e possui uma vasta área de abrangência.

O novo modelo organizacional objetiva permitir a articulação eficiente e integrada entre os vários níveis de cuidados, primários e hospitalares, apostando na promoção da saúde e prevenção da doença, com reforço na resposta de proximidade e posterior continuidade na assistência, recuperação e reabilitação (Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro, 2023), áreas fundamentais na pessoa com doença vascular.

O SACV faz parte do Departamento de Coração e Vasos, contribuindo para a missão deste através da prestação de cuidados de saúde especializados e diferenciados à pessoa com doença vascular, com exceção da circulação intracraniana e coronária, no que concerne à prevenção, diagnóstico, tratamento médico e cirúrgico, acompanhamento e reabilitação. Participa também na formação pré e pós-graduada, investigação e inovação, como estímulo para uma prática de excelência.

O SACV desenvolve a atividade clínica na vertente de internamento geral, ambulatório e meios complementares de diagnóstico e terapêutica, de forma eletiva e de urgência, nas suas instalações e outras (ex. angiografia, bloco operatório central, sala híbrida e cirurgia de ambulatório).

A unidade de internamento recebe diariamente pessoas com patologia do foro vascular, oriundas da consulta externa, urgência ou internamentos (de outras áreas de especialidade) e domicílio. Tem capacidade de internamento de 27 camas distribuídas por 5 quartos individuais, 3 quartos duplos, 4 quartos triplos, 1 quarto quadruplo e respetivas áreas de apoio.

As patologias mais frequentes incluem, a doença arterial obstrutiva periférica dos membros inferiores, a doença aterosclerótica carotídea e dos troncos supra-aórticos, a doença aneurismática da aorta e artérias periféricas e a doença venosa (ex. varizes, úlceras venosas e fenómenos tromboembólicos). Outras situações clínicas envolvem o trauma vascular e a construção de acessos vasculares para hemodiálise.

A intervenção diagnóstica e terapêutica no caso do SACV inclui maioritariamente: doppler vascular; angiotomografia computadorizada; arteriografia; procedimentos de revascularização arterial periférica (ex. fibrinólise, angioplastia, cirurgia de bypass e enxertos vasculares, endarterectomia, trombectomia e embolectomia e revascularização transluminal percutânea); cirurgia de aneurisma (convencional e endovascular); superficialização de fístula arteriovenosa; tratamento de úlcera de perna, flebectomia; escleroterapia e amputação. A intervenção objetiva reduzir a mortalidade e prevenir complicações com impacto negativo na funcionalidade e qualidade de vida da pessoa, como é o caso da dor aguda ou crónica, do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e das amputações major (Fernandes et al., 2017; Seretny & Colvin, 2016).

A área de ambulatório/consulta externa tem uma atividade organizada de segunda a sexta feira das 8 horas às 14 horas, sendo que às terças e quintas feiras tem horário alargado até às 18 horas. Está vocacionada para a prevenção, diagnóstico e intervenção terapêutica diferenciada na pessoa com doença vascular, contando com a possibilidade de efetivar consultas médicas e de enfermagem (independentes e conexas). Na consulta de enfermagem a intervenção passa, entre outros, pela abordagem à pessoa com ferida, ou com risco de ferida, cirúrgica e não cirúrgica, aguda e/ou crónica de difícil cicatrização, de etiologia arterial, venosa e/ou mista, com possibilidade de recurso a técnicas adjuvantes como terapia compressiva e terapia por pressão negativa quando indicado.

O SACV é dotado de uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistentes técnicos e assistentes operacionais, que exercem funções em colaboração com

profissionais de outras áreas (ex. assistente social, nutricionista, técnicos de radiologia) almejando o cuidado de excelência, centrado na pessoa, com foco no autocuidado e transição saudável saúde/doença.

Da equipa de enfermagem fazem parte 34 enfermeiros: 1 enfermeira gestora; 5 enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica; 3 enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação; 1 enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica; 1 enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e 27 enfermeiros de cuidados gerais. Destes, 2 enfermeiros estão em permanência na consulta externa.

A existência de enfermeiros especialistas na equipa contribui para a excelência dos cuidados, uma vez que as competências acrescidas lhes permitem, numa área de ascendente complexidade e com pessoas cada vez mais vulneráveis, conceber, implementar e avaliar planos de intervenção, objetivando a deteção precoce, manutenção e recuperação da situação de doença (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017a). A natureza complexa da doença vascular, o aumento da sua incidência e prevalência, bem como as inúmeras comorbilidades associadas e opções terapêuticas, inferem a necessidade de uma abordagem realizada por profissionais diferenciados e despertos para as complicações associadas à condição clínica, tendo em vista a melhoria dos cuidados prestados (Kolte et al., 2019). A dor é uma dessas complicações e foco de atenção dos cuidados de enfermagem, sendo, a identificação diagnóstica, a prescrição/implementação de intervenções para aliviar a dor, entre elas a capacitação da pessoa para a autogestão, e a sua avaliação, preocupação diária da equipa de enfermagem (International Council of Nurses [ICN], 2019; Seretny & Colvin, 2016). A dor é também foco de atenção na componente de investigação deste relatório final, definindo-se assim os objetivos específicos do estágio neste âmbito.

- Promover estratégias de gestão da dor crónica secundária no contexto do SACV;
- Elaborar um fluxograma de referência da pessoa internada e/ou em ambulatório, que contribua para o processo de tomada de decisão no encaminhamento da pessoa com dor pós-operatória de difícil controlo, para a unidade de dor crónica da instituição;
- Capacitar a equipa de enfermagem para a utilização da estratégia não farmacológica de controlo da dor, Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS), promovendo a sua incorporação no contexto da prática clínica.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A atribuição do título de enfermeiro especialista prevê que para além das competências específicas da respetiva especialidade ou área de especialidade, o enfermeiro detenha um conjunto de competências comuns extensivas a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. O Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019), define as Competências Comuns como competências partilhadas pela globalidade dos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade e englobam as dimensões da educação, de orientação, aconselhamento, liderança e investigação, contribuindo para a melhoria contínua da prática da enfermagem. Estas competências estão divididas em quatro domínios ou esferas de ação: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A profissão de enfermagem objetiva a prestação de cuidados de saúde à pessoa/comunidade sã ou doente, ao longo do ciclo de vida, de maneira a que esta mantenha, melhore ou recupere a saúde o mais rapidamente possível, maximizando a sua capacidade funcional (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, 1996). No desempenho das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta ética e responsável, atuando no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos das pessoas ao seu cuidado, primando pela excelência da prática na profissão e no relacionamento com os outros profissionais (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, 1996; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

A crescente complexidade e necessidade de cuidados presente no SACV, onde a pessoa é internada de forma recorrente e submetida a múltiplas cirurgias, algumas mutiladoras, leva a que o enfermeiro enfrente diferentes problemáticas, desafios, dilemas e situações de emergência, que põem à prova a sua capacidade de intervenção e tomada de decisão (Faria, 2019). É importante o enfermeiro manter-se motivado e empenhado, estando preparado para lidar com o sofrimento da pessoa, família/cuidador, de forma resiliente, esclarecendo-os sobre a doença, evolução, propostas terapêuticas e suas implicações (Faria, 2019; Martins et al., 2019; Seretny & Colvin, 2016).

Neste âmbito, o enfermeiro especialista deve estar atento à condição de vulnerabilidade da pessoa internada, percebendo que a cultura e religião modelam as expectativas da mesma

acerca da saúde, dos cuidados que recebe e das relações interpessoais (Zhang et al., 2021). Deve primar na sua prática pelo respeito mútuo, capacidade para ouvir, motivar pelo exemplo, agir de modo correto, afável e acessível, com transparência e equidade e de forma antecipatória, promovendo constantemente uma reflexão crítica sobre as práticas (OE, 2015).

No estágio, tendo por base o regulamento do exercício profissional e o código deontológico (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, 1996; OE, 2015), adotou-se uma conduta responsável, salvaguardando a igualdade de tratamento sem discriminação.

Assegurou-se o respeito pelas crenças, valores e costumes da pessoa, dando-se especial importância ao direito à autodeterminação, com recurso ao consentimento informado livre e esclarecido (Norma n.º 015/2013 atualizada a 4 de dezembro, 2015). Na abordagem e prestação de cuidados foi assegurado o respeito pela intimidade e privacidade, objetivando a preservação da dignidade e identidade da pessoa, fundamentais no estabelecimento de uma relação terapêutica efetiva (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2002; Zhang et al., 2021).

Uma postura de disponibilidade e escuta ativa, bem como a privação de juízos de valor, mostraram-se fundamentais, num grupo de pessoas com baixa adesão terapêutica e fatores de risco como tabagismo, hiperlipidémia, hiperglicemia e hipertensão, associados a hábitos de vida não saudáveis (Swenty & Hall, 2020). A inexistência desta postura por parte do enfermeiro pode levar a que a pessoa omita dados importantes relacionados com a sua saúde/hábitos de vida, pelo efeito da desajustabilidade social, isto é, da tendência de dar respostas que lhe pareçam socialmente adequadas, colocando-se em risco e condicionando a tomada de decisão relativamente às medidas terapêuticas a implementar (Perinelli & Gremigni, 2016).

A obtenção, partilha e transmissão de informação clínica mostrou ser uma área sensível considerada pela equipa de enfermagem, tendo, durante o estágio, sido promovido de forma consciente o direito à confidencialidade e proteção da informação, aumentando a segurança das práticas na dimensão ética e deontológica. A informação clínica é propriedade da pessoa e os profissionais/sistema de saúde são fiéis depositários dessa informação, só podendo utilizar a mesma para fins de prestação de cuidados e investigação, devendo neste caso obter a autorização escrita da pessoa (Diário da República, 2024). O armazenamento da informação de saúde é feito no processo clínico, que pode ser informatizado ou não e está sujeito ao Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia (Diário da República, 2024).

No contexto de estágio o processo clínico era informatizado e o acesso ao mesmo dependia de credenciais pessoais e intransmissíveis. Orientações relacionadas com a segurança, provenientes do departamento de gestão de risco, salvaguardavam a necessidade de, por exemplo, manter protegido todo o material impresso que de alguma forma pudesse dar origem à identificação da pessoa, manter bloqueada a área pessoal no computador e

realizar formação sobre cibersegurança, concorrendo assim para a implementação de práticas seguras.

O enfermeiro especialista assume um papel central em todos estes aspetos, possuindo competências assentes num corpo de conhecimentos ético-deontológicos e de avaliação sistemática das melhores práticas, que lhe permitem tomar decisões individualmente e em equipa, construindo e avaliando estratégias de resolução de problemas em parceria com a pessoa, família/cuidador (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade é esperado que o enfermeiro especialista dinamize atividades estratégicas institucionais, desenvolva práticas de qualidade, através da gestão e colaboração em projetos de melhoria contínua e garanta um ambiente terapêutico seguro, promovendo a efetividade terapêutica e a prevenção de acidentes (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

O conceito de qualidade em saúde tem evoluído ao longo do tempo, estando a ele associados termos como eficácia, eficiência, igualdade, centralidade na pessoa, segurança e oportunidade (Ramos et al., 2021). Qualidade em saúde considera ter em conta os recursos disponíveis e conseguir a adesão e satisfação da pessoa, pressupondo a adequação dos cuidados às expectativas e necessidades da mesma (Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio, 2015; Ramos et al., 2021). A melhoria contínua da qualidade engloba, compromisso, autorreflexão, aprendizagem, parceria e liderança e inclui medição, análise e avaliação cíclica e constante dos resultados alcançados com base em indicadores (Ramos et al., 2021).

No SACV, a equipa de enfermagem, liderada pela Enfermeira Gestora e Enfermeiros Especialistas, é uma equipa dinâmica com vários Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PMCQCE) em curso, cuja fase de desenvolvimento/implementação varia e se prende com alguns constrangimentos, muitas vezes alheios à vontade dos profissionais, como sejam, crescente complexidade e exigência de cuidados, ritmo acelerado de trabalho e alocação nem sempre fácil de recursos humanos. Os projetos referidos englobam entre outros: Projeto de Implementação de Boas Práticas na Gestão da Dor Pós-Operatória; PMCQCE - Enfermagem de Cuidados Gerais-Fibrinólise e o PMCQCE - Enfermagem Cuidados Gerais-Cateteres Venosos Periféricos. As metodologias que suportam o desenvolvimento dos projetos assentam em orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE), no âmbito do Programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de

Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2013), ou orientações do Joanna Briggs Institute (JBI).

O JBI sugere a metodologia de implementação da evidência que define como, o estudo de métodos científicos para promover a incorporação da evidência na prática, melhorando a qualidade e efetividade dos cuidados (Lockwood et al., 2020). O modelo JBI aponta para a identificação das necessidades de saúde, criação de evidências para suprir essas necessidades e por fim síntese e implementação das evidências (Lockwood et al., 2020)

No contexto de estágio, o Projeto de Gestão da Dor Pós-Operatória apresentou-se como sendo de extrema importância e passível de absorver um contributo direto para a sua prossecução. A pessoa com doença vascular frequentemente experimenta dor, sendo o seu controlo um direito e um indicador da qualidade dos cuidados, apesar de um desafio em contexto hospitalar (Boric et al., 2017). Assente na metodologia de implementação da evidência do JBI (Lockwood et al., 2020), com base no Evidence Summary POST-SURGERY (ADULTS): PAIN MANAGEMENT (Porritt & Overall, 2023), os responsáveis do projeto utilizaram o software de auditoria e feedback JBI PACES (Practical Application of Clinical Evidence System) e o GRiP (Getting Research into Practice) (Joanna Briggs Institute [JBI], 2024). Depois da 1ª auditoria, elaboraram um protocolo de intervenção de enfermagem de avaliação e controlo da dor, mas tinham em falta orientações que contribuíssem para o processo de tomada de decisão na referência/encaminhamento da pessoa com dor de difícil controlo para especialistas nessa área, sendo este encaminhamento um dos itens a auditar.

A dor é multidimensional obrigando a uma abordagem interdisciplinar organizada, enquadrando-se neste caso o recurso às estruturas especializadas de Medicina da Dor (DSPDPS/Núcleo Coordenador do Programa, 2017). Em situações em que, mesmo com a instituição/cumprimento dos protocolos analgésicos definidos, o controlo da dor seja difícil, e/ou se preveja a sua cronicidade, é importante proceder à referência da pessoa durante o internamento, no momento da alta ou na consulta de reavaliação pós-cirúrgica (Portaria n.º 95/2013 de 4 de março, 2013).

Tendo em conta estas orientações e as necessidades do serviço, elaborou-se um Fluxograma de Referência de doentes do SACV para a Unidade de Dor Crónica (UDC) da instituição (APÊNDICE I), a ser anexado ao Procedimento Específico para o SACV e posteriormente publicado no Guia Orientador de Boas Práticas em Gestão da Dor em Cirurgia Vascular.

Enfatizando a necessidade/importância de um cuidado colaborativo/consultivo, que contribuísse para a efetividade na prestação de cuidados à pessoa com dor no SACV,

promovendo a interdisciplinaridade como caminho para o sucesso e ganhos em saúde, foi apresentado um estudo de caso, sob o formato de póster, intitulado “A pessoa com ferida: do controlo da dor à adesão ao regime terapêutico – um percurso colaborativo” (ANEXO I).

A manutenção de um ambiente terapêutico seguro, exige dos profissionais o conhecimento e apropriação de documentos norteadores das práticas seguras como é exemplo o Plano Nacional de Segurança para os Doentes (PNSD) 2021-2026, aprovado pelo Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Este Plano está em conformidade com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 e não é estático, podendo ser adaptado e atualizado numa área em constante mudança e crescente complexidade. Exige foco na pessoa e seus cuidadores, responsabilidade e compromisso, desde a área da governação à da operacionalização, nos diferentes níveis de cuidados, assentando em cinco pilares: Cultura de segurança; Liderança e governança; Comunicação; Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e Práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

A comunicação efetiva é fundamental na prestação de cuidados, estando os momentos de maior vulnerabilidade relacionados com a transferência de informação em circunstâncias como, admissão da pessoa, alta ou mudança de turno (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

Com o intuito de contribuir para uma transição de cuidados seguros e diminuir o risco de eventos adversos, relacionados com falhas na comunicação, a Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu, em 2017, a Norma n.º 001/2017 de 08 de fevereiro, sobre comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, defendendo que esta deve ser adequada, exata, completa, clara, atempada e entendida pelo recetor. Normaliza a utilização da técnica ISBAR, acrónimo que corresponde a: Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações), como ferramenta de uniformização da forma de comunicar em saúde, promovendo a segurança e contribuindo para a tomada de decisão, análise reflexiva e celeridade no processo (Norma n.º 001/2017 de 08 de fevereiro, 2017).

A Direção de Enfermagem, da instituição onde o SACV se insere, é sensível à questão da comunicação, considerando-a fundamental na garantia da segurança da pessoa e continuidade dos cuidados, pelo que elaborou um Procedimento Geral (PG) que normaliza a passagem de turno de enfermagem. Enfatiza a necessidade de, nesses momentos, valorizar a intervenção autónoma, substituindo gradualmente um modelo fundamentalmente biomédico, por uma filosofia de cuidados centrada na pessoa e alicerçada em referenciais teóricos (Teoria das Transições de Afaf Meleis; Teoria de Enfermagem do défice de Elsa Cristina Morais de Figueiredo dos Santos

Autocuidado de Dorothea Orem e Modelo de Calgary de Avaliação da Família). Estes referenciais clarificam a intencionalidade da ação e orientam a resposta estruturada e adequada à satisfação das necessidades da pessoa. O foco são os diagnósticos de enfermagem ativos, incorporando o juízo clínico (avaliação e tomada de decisão), que caracteriza a situação atual da pessoa, as intervenções e evolução. Valoriza também a integração da família no processo de cuidar, clarificando a interação estabelecida com a mesma. Defende o recurso ao processo informatizado, em detrimento de folhas tipo ou notas escritas no momento da passagem de turno.

No SACV, o recurso à técnica ISBAR não era feito de forma sistemática, no entanto, nas mudanças de turno, era utilizada uma folha padronizada e diariamente atualizada, que agregava dados sobre a pessoa internada, denotando preocupação com o planeamento estruturado da transmissão de informação e a mitigação de incidentes. A utilização da referida folha não ia de encontro às orientações vertidas no PG da instituição (que aconselhava o recurso ao processo informatizado) e aumentava o risco de quebra de confidencialidade dos dados, todavia, contribuía para a agilização no acesso à informação, facilitando a tomada de decisão pelo enfermeiro que estava na prestação de cuidados. Em termos estruturais/materiais, seria necessário aumentar a disponibilidade/quantidade dos recursos informáticos para efetivamente dar cumprimento ao PG e aumentar a segurança nas práticas.

A ocorrência de incidentes de segurança é uma realidade dos sistemas de saúde atuais (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), uma em cada 10 pessoas alvo da prestação de cuidados, sofre um dano desnecessário e mais de 3 milhões de mortes ocorrem anualmente devido a práticas inseguras (World Health Organization [WHO], 2023). Compreende-se que seja fundamental a implementação de políticas e estratégias que contribuam para a prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, como são exemplo as plataformas de notificação (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021).

A utilização da plataforma NOTIFICA é normatizada pela DGS desde 2015 e aconselhada pelo PNSD 2021-2016, promovendo, através da gestão de incidentes, a aprendizagem com o erro, de forma anónima, não punitiva, numa cultura positiva de melhoria contínua e de proteção do notificador (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021; Norma n.º 015/2014 de 25 de setembro, 2014).

Durante o estágio não se mostrou necessário proceder à notificação de incidentes, tendo sido preocupação diária a prestação de cuidados seguros. Existia, no entanto, o conhecimento de que se fosse necessário notificar, a ULS possuía uma plataforma interna de

notificação de incidentes, que permitia a análise de eventos adversos, identificação dos riscos e planeamento de intervenções para os eliminar ou reduzir a um mínimo aceitável.

Os erros evitáveis mais comuns, que podem resultar em eventos adversos, estão relacionados com: medicação; procedimentos cirúrgicos; infeções associadas aos cuidados de saúde; erros de diagnóstico; quedas; úlceras por pressão; identificação da pessoa; transfusões sanguíneas e tromboembolismos (WHO, 2023). Existem vários fatores que podem levar a esta situação e normalmente estão interrelacionados, não dependendo apenas de uma pessoa ou grupo, mas sim de um conjunto de condições que convergem para o erro. A complexidade das intervenções, a escassez de recursos humanos ou materiais, as interrupções constantes das atividades, a falha nos registos eletrónicos, a fadiga, o trabalho em equipa ineficaz, a baixa literacia em saúde, a não adesão ao tratamento e as pressões económicas e financeiras, são apenas alguns exemplos (WHO, 2023).

No SACV a rotatividade da pessoa internada é elevada. As admissões e readmissões frequentes, em contexto de tratamento médico e/ou cirúrgico, eletivo e de urgência e a necessidade de reorganização/redistribuição da pessoa pelas camas do serviço, motivada pela necessidade de implementação de medidas de isolamento ou agrupamento por género, dado que é um serviço misto, enfatizam a necessidade de atenção na identificação inequívoca da pessoa. O erro pode ser causa de eventos adversos graves, com sérios riscos para a integridade física/psíquica da pessoa, como é o caso da identificação incorreta do local cirúrgico e/ou administração inadequada de medicação (WHO, 2023). É assim necessário, desenvolver estratégias que assegurem a redução do risco, sendo consensual que a uniformização de procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde contribui para essa redução (Orientação n.º 018/2011 de 23 de maio, 2011). No contexto de estágio esta questão foi assegurada e sustentada, em todas as abordagens realizadas, pela confirmação de dados fidedignos de identificação da pessoa e colocação/manutenção de pulseiras de identificação em condições de legibilidade (Orientação n.º 018/2011 de 23 de maio, 2011).

Outras práticas onde a identificação inequívoca da pessoa se mostrou essencial foi na transfusão de componentes sanguíneos. Neste caso, durante o estágio, teve-se a oportunidade de conhecer e dar cumprimento ao PG da instituição, relativo às boas práticas de enfermagem na transfusão de componentes sanguíneos. Desde a colheita de sangue para teste pré-transfusão, à administração da transfusão e vigilância da pessoa, a maximização do processo de identificação e segurança no procedimento foi feita pelo Sistema de Segurança Transfusional: sistema Gricode. Este era um sistema portátil de registo informatizado, constituído por uma aplicação informática, um leitor ótico (PDA) e um sistema de

identificação com pulseiras, que possibilitava o reconhecimento de todos os intervenientes no processo e a ligação física entre a pessoa, o pedido de transfusão, a amostra de sangue e o componente a transfundir.

O processo de tomada de decisão clínica em enfermagem no SACV é documentado no SClínico (Software dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS] para registos clínicos), utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) (ICN, 2019), existindo um padrão de documentação específico para o serviço. O risco de queda e de úlcera por pressão na pessoa com doença vascular eram alvo de atenção e escrutínio por parte da equipa de enfermagem, encontrando-se documentados na maioria dos processos.

A pessoa internada no SACV tem normalmente alto risco de queda relacionado, entre outros, com a idade, historial de queda, diagnósticos secundários que potenciam a alteração de sensibilidade nos membros inferiores (diabetes, insuficiência arterial), necessidade de auxílio na marcha ou na transferência (claudicação, amputação) e alterações do estado de consciência. A avaliação do risco foi feita através da Escala de Quedas de Morse no momento da admissão, sempre que ocorreram alterações do estado clínico, na transferência intra e inter-hospitalar e sempre que ocorreu uma queda (Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro, 2019).

O risco de úlcera por pressão foi avaliado através da Escala de Braden, como preconizado pela DGS na Orientação n.º 017/2011 de 19 de maio (2011), e as intervenções de enfermagem foram prescritas tendo em consideração o nível de risco ou a presença de úlcera por pressão. No SACV verificou-se elevada necessidade de intervenção nesta área, atendendo à complexidade das situações clínicas (multimorbilidade) e elevado grau de dependência da pessoa no posicionar-se e no autocontrolo intestinal e urinário. As úlceras por pressão são um problema atual de saúde pública, recorrente em Portugal e indicador da qualidade dos cuidados (Orientação n.º 017/2011 de 19 de maio, 2011). É estimado que 95% sejam evitáveis através da identificação precoce do grau de risco e implementação de intervenções adequadas (Orientação n.º 017/2011 de 19 de maio, 2011). Na ULS foi aprovado em janeiro de 2024 um documento de nível estratégico, Manual da Qualidade sobre Prevenção de Úlceras por Pressão, com coautoria do tutor de estágio, que será sem dúvida uma mais valia para a prestação de cuidados seguros no serviço e na instituição.

A avaliação/monitorização das práticas clínicas deve ser realizada através de processos de auditoria, fundamentais na melhoria contínua e prática segura de cuidados. O processo de auditoria deve ser sistemático, autónomo e documentado, de forma a obter evidência e avaliação objetiva do cumprimento dos critérios de auditoria, isto é, do conjunto de procedimentos ou requisitos em relação aos quais se confrontam as evidências objetivas

(Orientação n.º 002/2017 atualizada a 3 de junho, 2022). Só com monitorização se conseguem verificar resultados, propor medidas corretivas e treinar a equipa, bem como reconhecer e partilhar o sucesso (OE, 2013).

Em contexto de estágio verificou-se a possibilidade de participar, como observadora, num processo de monitorização relativo ao cumprimento da Bundle de Intervenções na Cateterização Venosa Periférica, elaborada no serviço no contexto do PMCQCE Enfermagem Cuidados Gerais-Cateteres Venosos Periféricos. Da observação destacou-se a importância de o auditor ser capaz de manter um espírito colaborativo e usar de tato no relacionamento com o auditado, sendo dessa forma um elemento facilitador da aprendizagem e melhoria contínua.

2.3. Domínio da gestão dos cuidados

O enfermeiro especialista, no domínio da gestão de cuidados, é responsável por otimizar as respostas de enfermagem e restante equipa, adaptando a liderança e a gestão de recursos aos contextos e situações, garantindo a qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

No SACV a gestão dos cuidados no turno da manhã era da responsabilidade dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica ou de reabilitação, integrados no quadro da instituição. No turno da tarde e noite esta gestão ficava sob a responsabilidade do enfermeiro mais graduado, dando primazia aos enfermeiros com título de especialista atribuído pela OE, uma vez que eram os mais habilitados para a função, estando de acordo com o que consta no Parecer Conjunto n.º 1/2017 do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, sobre os critérios a ter em consideração na atribuição de responsável de turno (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017b).

Sendo que os tutores atribuídos assumiam com frequência a gestão de cuidados, tornou-se possível, durante o estágio, vivenciar essa realidade e analisar criticamente o core de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o desempenho eficiente da função.

Observou-se que, no SACV, a gestão diária de recursos humanos (enfermeiros e assistentes operacionais) exigia capacidade de planeamento e organização na distribuição da equipa, de forma a suprir as necessidades de cuidados e garantir o cumprimento das orientações institucionais e legais. Por vezes, a escassez de recursos, relacionada com questões como o absentismo ou a necessidade acrescida de cuidados, dificultavam esta atividade, obrigando a um esforço na capacidade de negociação e motivação por parte do

enfermeiro na gestão de cuidados e a uma disponibilidade contínua dos membros da equipa, com aumento da carga de trabalho, o que, de acordo com evidência científica, contribui para o risco de ocorrência de eventos adversos (Padilha et al., 2017).

A dotação segura de enfermeiros e a qualificação e competência destes, são fatores fundamentais para a segurança e qualidade na prestação de cuidados, existindo necessidade de metodologias e critérios que permitam o ajuste de recursos humanos às necessidades da pessoa/população (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2019). No SACV era utilizado o Sistema de Classificação de Doentes, recomendado pela OE, como orientação de natureza técnica para o cálculo das dotações seguras, exigindo de quem o aplicava a perceção de que para além do número de horas de cuidados por pessoa e por dia, deviam ser tidas em conta questões como, competências dos profissionais, arquitetura da instituição, formação e investigação, contribuindo para a prestação de cuidados seguros, de qualidade e adequados (OE, 2019).

Das responsabilidades do enfermeiro na gestão de cuidados faziam ainda parte outras atividades, com as quais se teve a oportunidade de colaborar/observar: articulação com outras áreas de especialidade em função das necessidades da pessoa (médico, nutricionista, assistente social ou outro); alocação da pessoa no momento da admissão ao internamento, consoante as vagas disponíveis e, quando necessário, reorganização da distribuição destas em função do género, das Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT) e do nível de criticidade; coordenação de altas; gestão de recursos materiais (consumo clínico, stocks da farmácia, esterilização) e supervisão dos equipamentos e instalações do serviço, contribuindo para a gestão do risco não clínico.

Num serviço como o SACV, onde se prestam cuidados à pessoa com doença vascular, que tem um impacto clínico, social e económico elevado, principalmente devido à associação da doença arterial com a insuficiência renal, a hipertensão e a diabetes, onde o internamento e reinternamento da pessoa é frequente, com níveis de gravidade progressivamente crescentes, com repercussões pessoais e familiares marcantes e onde o desenvolvimento tecnológico e a inovação exigem constante atualização (Fernandes et al., 2017), é fundamental que o enfermeiro responsável pela gestão de cuidados seja capaz de tomar decisões céleres, de forma antecipatória, fundamentado no seu conhecimento teórico, organizacional e ético, através do pensamento crítico, alicerçado na melhor evidência científica (Lourenço et al., 2022).

O enfermeiro responsável pela gestão de cuidados deve ser capaz de integrar a informação ao seu dispor, analisá-la e processá-la, colhendo os dados mais relevantes para a tomada de decisão (Lourenço et al., 2022). Deve socorrer-se dos sistemas de informação em

enfermagem para agilizar o processo e habilitar-se no desenvolvimento de uma determinada atividade ou decisão num contexto específico (Lourenço et al., 2022).

No SACV o recurso aos sistemas de informação são uma realidade e verifica-se a contribuição dos mesmos para a gestão, continuidade e qualidade dos cuidados e investigação. Considera-se, no entanto, que apresentam algumas fragilidades, principalmente no que concerne à sua interoperabilidade na partilha de dados. Deveria ser possível a integração automática de prescrições médicas, por exemplo análises ou outros exames complementares de diagnóstico, no plano de trabalho do enfermeiro, o que reduziria a carga de trabalho administrativa, quer do enfermeiro na gestão de cuidados, quer do enfermeiro na prestação de cuidados, permitindo-lhes a dedicação a outras áreas e a redução do risco de erro por omissão. De acordo com a literatura, os sistemas de informação são o futuro para a avaliação e visibilidade dos cuidados, mas necessitam ser mais consistentes na transferência dos resultados para a prática e investir numa maior interoperabilidade dos vários sistemas nos vários níveis de cuidados (Nascimento et al., 2021).

Para que um serviço prime pela eficiência na prestação de cuidados seguros e de qualidade, é necessário que a equipa esteja motivada, seja qualificada e se envolva, partilhando opiniões e sugestões (Omil, 2021). A forma como o enfermeiro em funções de gestão lidera e/ou adapta o estilo de liderança à maturidade, motivação e competência da equipa, influencia o clima organizacional e as práticas de cuidados, levando os elementos a sentirem-se incluídos e responsáveis pelas suas ações e decisões (Lourenço et al., 2022; Omil, 2021).

Numa cultura organizacional em que a hierarquia e o poder de decisão ainda estão maioritariamente centrados no médico, seria interessante a implementação de medidas que evidenciassem o trabalho em equipa interprofissional, valorizando a autonomia e os saberes específicos, com o objetivo comum da melhoria continua da qualidade dos cuidados, centrados na pessoa, família e cuidador. De acordo com a literatura, o trabalho em equipa interprofissional é uma forma de trabalho coletivo, que assenta na reciprocidade entre as intervenções técnicas e a relação entre os vários intervenientes (Peduzzi et al., 2020). Exige comunicação e colaboração, objetivos comuns, reconhecimento do trabalho dos vários elementos da equipa e atenção centrada na pessoa, família/cuidador. O trabalho em equipa efetivo contribui para a qualidade em saúde, tornando-se fundamental investir na educação interprofissional, robustecendo o trabalho em equipa integrado e a formação de profissionais com competências colaborativas (Peduzzi et al., 2020).

2.4. *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais o enfermeiro especialista deve ser capaz de se autoconhecer, percebendo a interferência desse autoconhecimento no estabelecimento de relações interpessoais e interprofissionais, nos vários contextos da prestação de cuidados (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). O autoconhecimento é importante porque permite à pessoa ter consciência de si, das suas forças e fraquezas e de como elas afetam a sua vida e consequentemente a vida dos que a rodeiam, sabendo assim o que trabalhar para se desenvolver constantemente (Lax, 2020).

Neste âmbito, o contexto de estágio apresentou-se como um desafio e como todos os desafios exigiu perseverança, documentação e planeamento, contribuindo para a superação, a abertura, acompanhamento e reconhecimento por parte da equipa de profissionais do SACV, tendo sido integradas todas as experiências como oportunidades de crescimento.

As doenças crónicas e em particular as doenças cardiovasculares continuam a ser a principal causa de morte precoce e evitável na população Portuguesa, com elevado impacto na funcionalidade e hospitalização (Fernandes et al., 2017). A prestação de cuidados em contexto de internamento, a uma população maioritariamente idosa, frágil e com níveis baixos de gestão de stress, requer uma intervenção quase permanente e intensiva (Rodrigues et al., 2017). A relação com a família/cuidador é basilar, uma vez que o internamento causa sofrimento, relacionado com o afastamento do ambiente familiar e social, perda de autonomia e alteração das rotinas e hábitos de vida (Rodrigues et al., 2017). Num contexto onde o receio e a antevisão de uma possível mutilação, como é o caso da amputação, ou onde a dor são uma constante, é necessário estar preparado para lidar com as emoções da pessoa, família/cuidador, contribuindo de forma positiva para uma transição saudável, no que concerne à necessidade de adaptação psicológica, física e social perante a situação (Abouammoh et al., 2021).

Competências de inteligência emocional são fundamentais na prestação de cuidados seguros, de qualidade e centrados na pessoa, permitindo ao profissional entender-se a si próprio e respeitar os seus sentimentos e paralelamente entender as necessidades e motivações do outro (pessoa, família/cuidador ou profissional) (Oliveira, 2019). O enfermeiro especialista detém esta competência, assente na capacidade de autoconsciência, gestão de emoções, automotivação, empatia e gestão de relacionamentos em grupo (Oliveira, 2019; Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

No decorrer do estágio foram-se identificando situações complexas, causadoras de stress e algumas vezes potencialmente geradoras de conflito. Foi discutida com os tutores a necessidade de desenvolvimento de estratégias que potenciassem a estabilidade e motivação no desempenho profissional dos elementos da equipa, sendo que, de acordo com Oliveira (2019), a formação ao nível da inteligência emocional beneficiaria não só a pessoa alvo dos cuidados como também os profissionais. O enfermeiro especialista como perito na gestão de relações interpessoais tem aqui uma área importante de intervenção.

De acordo com o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, 1996), este deve ainda alicerçar-se em conhecimento científico atual, válido e pertinente, conseguindo ser um agente ativo no campo da investigação e facilitador da aprendizagem.

No contexto de estágio uma das áreas mais desafiantes e alvo de constante reflexão prendeu-se com a dor na pessoa com doença vascular. A doença vascular cobre um vasto número de condições patológicas (arteriais, venosas e linfáticas), que habitualmente cursam com a presença de dor, tendo esta um elevado impacto na qualidade de vida, funcionalidade e adesão terapêutica (Minami et al., 2020; Seretny & Colvin, 2016). O envelhecimento da população e a presença de comorbilidades aumentam a incidência de doença vascular, logo, a necessidade de gerir eficazmente a presença de dor aguda e/ou crónica, evitando a instalação de processos fisiopatológicos que a perpetuem (Seretny & Colvin, 2016). A gestão da dor é um processo complexo que exige o conhecimento dos mecanismos subjacentes de forma a orientar a estratégia terapêutica que deve ser multimodal (Seretny & Colvin, 2016).

Em Portugal a necessidade de avaliação e controlo da dor está legislada, sendo um direito da pessoa e um dever dos profissionais de saúde (Circular normativa nº 9/DGCG de 14 de junho, 2003; DSPDPS/Núcleo Coordenador do Programa, 2017; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008). É considerada o 5º sinal vital e norma de boa prática que a sua presença seja alvo de uma abordagem sistematizada na avaliação, intervenção, reavaliação e documentação (Circular normativa nº 9/DGCG de 14 de junho, 2003; DSPDPS/Núcleo Coordenador do Programa, 2017; Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008).

No contexto de estágio e como já tem vindo a ser referido, o reinternamento da pessoa e a necessidade de múltiplas cirurgias foram uma constante observada. A gestão da dor aguda pós-operatória era fundamental com o objetivo de evitar a instalação e/ou manutenção da dor crónica, bem como um indicador da qualidade dos cuidados prestados (Boric et al., 2017). Está descrito que a eficiente gestão da dor aguda contribui para a redução do tempo de internamento, redução dos custos e aumento dos níveis de satisfação com os cuidados prestados (Boric et al., 2017)

O sumário de evidência da JBI sobre a gestão da dor em adultos no pós-operatório (Porritt & Overall, 2023), reúne um conjunto de recomendações de boa prática, provenientes de guidelines da prática clínica, opiniões de peritos e revisões sistemáticas com meta-análise, que foram a base do projeto de implementação de boas práticas no SACV, sobre gestão da dor pós-operatória. Uma das recomendações (Grau B), refere que a pessoa com dor pós-operatória deverá receber analgesia multimodal, que poderá incluir uma combinação entre intervenções farmacológicas (analgésicos) e não farmacológicas (Joanna Briggs Institute [JBI], 2013). Das intervenções não farmacológicas nomeadas consta a Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS), que não foi incluída no fluxograma de avaliação e controlo da dor, elaborado pelos responsáveis do projeto, por não existir na equipa conhecimento nem domínio da técnica.

De acordo com Relvas (2018), para acompanhar o progresso científico e tecnológico é necessária atualização contínua, que pode ser reforçada através da formação em serviço, permitindo aos profissionais fortalecerem as suas competências e caminharem no sentido da melhoria contínua da qualidade. A formação nos locais de trabalho facilita a interação entre as práticas e os saberes, permitindo desenvolver capacidades de resolução de problemas e pensamento crítico (Relvas, 2018).

Dado que a implementação de estratégias não farmacológicas de controlo da dor e particularmente a TENS, são da nossa área de expertise, propôs-se a realização de formação em serviço, com o objetivo de capacitar para a utilização da TENS, promovendo a sua incorporação no contexto da prática clínica, no controlo da dor na pessoa com doença vascular periférica. Foram realizados no serviço 5 momentos de formação presencial teórico/prática, cuja planificação (APÊNDICE II) e respetiva apresentação (APÊNDICE III) se encontram em apêndice. A formação foi realizada em momentos distintos, de forma a conseguir a adesão da maior parte da equipa de enfermagem e permitir que em cada momento o grupo de formandos fosse reduzido, facilitando a interação e a efetividade da banca prática.

Os momentos formativos foram precedidos de uma avaliação dos conhecimentos da equipa relativamente à TENS. Esta avaliação foi repetida imediatamente após a formação e um mês depois, com o intuito de verificar a capacidade de retenção da informação e efetividade da formação em contexto de sala de aula. Recorreu-se a três questionários elaborados especificamente para o efeito (APÊNDICE IV), aplicados inicialmente em tempo real, com recurso à ferramenta online Mentimeter e posteriormente com recurso ao Microsoft Forms. Dos 29 elementos da equipa elegíveis para a formação (excluíram-se os elementos que estavam de atestado), 21 participaram, o que fez um total de 73% de participação. Todos os formandos responderam aos dois primeiros questionários,

verificando-se que o nível de conhecimentos, no segundo momento de avaliação, aumentou de 53,9% para 85,7%, o que evidencia que se acrescentou valor contribuindo para a apropriação de saberes.

Dos formandos inquiridos, cerca de 96% consideraram que a formação contribuiu para a sua capacitação na utilização da TENS e que se sentiam motivados para utilizar a estratégia. De acordo com Relvas (2018), é do confronto entre a teoria e a prática, entre o real e o ideal que surge a mudança de comportamentos. O indivíduo recebe a informação, categoriza-a e interpreta-a, estabelecendo padrões que determinarão as suas expectativas e comportamentos (Relvas, 2018).

Passado um mês da formação responderam ao questionário de avaliação 85,7% dos enfermeiros, estando o nível de conhecimentos em relação á temática muito perto dos 80% (78,9%). Dos enfermeiros que responderam (18), 5 referiram ter utilizado a TENS, no período de tempo avaliado, no entanto acrescentaram ter utilizado de forma pessoal e não com os doentes, existindo benefício analgésico em 3 dos que responderam. 13 enfermeiros reportaram não ter utilizado a TENS apontando como razões: escassez de tempo durante a prestação de cuidados (6); não ter estado perante situações com indicação para a sua utilização (4); não se sentir capacitado em termos práticos para a utilização da técnica (2); não estar na prestação de cuidados (1). Apesar da escassez de tempo ter sido a razão mais apontada como motivo para a não utilização da estratégia não farmacológica, sinalizamos a que se refere à sensação de não se sentir capacitado em termos práticos. Concluímos que teria sido importante a formação ter sido realizada no início do estágio e não no final, o que permitiria um acompanhamento mais próximo no esclarecimento de dúvidas, tomada de decisão relativamente à utilização da estratégia e apoio na execução da técnica na pessoa com dor. Para Relvas (2018), a formação em serviço contribui para a atualização dinâmica de conhecimentos em contexto de trabalho, envolvendo todos os intervenientes, sendo que o seu sucesso parece estar muito dependente da capacidade de motivação, planeamento e desempenho do formador.

No sentido de dar robustez à formação ministrada, fundamentando os conteúdos na melhor e mais recente evidência científica, foi realizada uma revisão integrativa apresentada em formato de póster, no ASTOR 2024 – 31º Congresso de Medicina da Dor em Lisboa, com o título, “TENS no controlo da dor na doença arterial periférica dos membros inferiores: Revisão integrativa” (ANEXO II).

Paralelamente ao percurso efetuado ao longo do estágio, refere-se ainda a participação em diversos eventos e/ou contextos formativos, maioritariamente dedicados à intervenção na área da dor, que foi o core dos objetivos de estágio e do estudo de investigação desenvolvido e descrito na segunda parte deste relatório:

- Participação no Congresso Sobre a Dor (ANEXO III), com coautoria de um subcapítulo do Guia de Recursos Sobre a Dor, intitulado “O tratamento da dor em unidades de dor nos hospitais” (ANEXO IV).
- Participação, como formadora, no Curso de Viabilidade Tecedular e Feridas Complexas, promovido pela ELCOS - Sociedade de Feridas, com o tema “A gestão da dor no processo terapêutico” em Arronches/Portalegre (ANEXO V).
- Participação, como elemento da Comissão Organizadora, nas I Jornadas para a Prevenção Úlceras por Pressão da Região Centro, em Mortágua (ANEXO VI).

A prática baseada na evidência é um pilar essencial na segurança dos cuidados prestados, que integra na sua tríade as aprendizagens/experiência do profissional, a melhor evidência científica e as preferências da pessoa alvo dos cuidados (Pinto, 2022). Como especialista é fundamental ser-se agente ativo na investigação e divulgação dos resultados após a identificação de lacunas no conhecimento.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crónica são contínuos e podem ser prestados em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). Têm como objetivo prevenir a doença, promover estilos de vida e processos de adaptação e adesão ao regime terapêutico, capacitando a pessoa, família/cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição do seu plano de saúde, em situações que necessitem de meios avançados de monitorização, vigilância e terapêutica, prevenindo complicações (OE, 2017a; Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

As doenças crónicas, isto é, doenças de longa duração e progressão lenta, geradoras de graus variáveis de invalidez e/ou redução significativa da esperança de vida estão a aumentar exponencialmente (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). Estas doenças ultrapassam a vertente curativa dos cuidados de saúde e têm na pessoa um grande impacto fisiológico, psicológico e social, exigindo diariamente capacidade de adaptação, medicamentos, dispositivos médicos e outros materiais, fundamentais à sobrevivência, tratamento e qualidade de vida (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, é aquele a quem é reconhecida competência científica, técnica e humana, para cuidar da pessoa, família/cuidadores a vivenciar a doença crónica, maximizando o ambiente e os processos terapêuticos de forma articulada (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). Estas competências são fundamentais para uma prática de enfermagem avançada tendo em vista a excelência dos cuidados.

3.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

As causas de morte e incapacidade são divididas pela OMS em três grandes categorias: doenças comunicáveis (doenças infecciosas), doenças não comunicáveis (doenças crónicas) e lesões (World Health Organization [WHO], 2024a). As doenças não comunicáveis constituem a principal causa de morte, sendo as primeiras responsáveis as doenças cardiovasculares, a diabetes, o cancro e as doenças respiratórias crónicas (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS/OMS], 2020). Portugal não é exceção, com mais de 80% das mortes a ocorrer devido

estas doenças, estando as mesmas a aumentar a um ritmo impressionante e com forte impacto social e económico, relacionado com a invalidez e a redução da esperança de vida (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018; World Health Organization [WHO], 2022).

As doenças não comunicáveis ou doenças crónicas, partilham fatores de risco comportamentais potencialmente modificáveis, que se prendem essencialmente com o consumo de tabaco e álcool, alimentação não saudável e baixo nível de atividade física (WHO, 2022). São um problema de saúde pública e um desafio para a maior parte dos países, no que concerne à sua prevenção e potencial correção ou compensação (WHO, 2022). A OMS lançou em 2016 um documento orientador para a prevenção e controlo das doenças não comunicáveis na Europa, cujo objetivo é, entre 2016 e 2025, desenvolver estratégias que permitam contribuir para evitar a morte prematura, melhorar a qualidade de vida e tornar a esperança de vida saudável mais equitativa entre os seus parceiros (World Health Organization Regional Office for Europe [WHO/EURO], 2016). Em Portugal o Plano Nacional de Saúde 2030 pretende, neste âmbito, reforçar as respostas às questões de saúde, evidenciando a importância de intervir nos fatores protetores e na redução dos fatores de risco (DGS, 2022).

No contexto de estágio, a Doença Arterial Periférica (DAP) foi a doença crónica com maior expressividade. Conhecer a sua fisiopatologia e alternativas terapêuticas, mostrou-se fundamental para o desenvolvimento de competências que permitissem reconhecer as possíveis complicações, antecipar situações de agudização, avaliar o impacto da doença na pessoa, família/cuidador e desenvolver estratégias de apoio no processo de transição e adaptação saúde-doença (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A DAP é uma doença crónica aterosclerótica do sistema vascular periférico e está classificada dentro das doenças cardiovasculares. É uma condição relativamente comum, com prevalência crescente e impacto significativo em termos económicos e de qualidade de vida, afetando cerca de 220 milhões de pessoas mundialmente (World Health Organization [WHO], 2021). Tem como manifestações associadas, claudicação intermitente, dor isquémica em repouso e ulceração, podendo resultar em amputação, sendo que as pessoas com DAP têm risco aumentado de vir a desenvolver Enfarte Agudo do Miocárdio, AVC e morte cardiovascular (Bevan & Solaru, 2020). Considerando as limitações impostas à pessoa com DAP ou outras doenças crónicas do sistema circulatório (ex. a doença aterosclerótica carotídea e dos troncos supra-aórticos, a doença aneurismática da aorta e artérias periféricas e a doença venosa), o enfermeiro especialista é o profissional de enfermagem mais bem preparado para mobilizar conhecimentos e tomar decisões em parceria com a pessoa,

promovendo cuidados seguros e de qualidade (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A prestação de cuidados em parceria exige que a pessoa, família/cuidador, possuam adequados níveis de literacia em saúde, isto é, “o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade (...) para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde” (Arriaga et al., 2023, p.4). Conforme consta no Plano Nacional de Saúde, a literacia é considerada área prioritária de intervenção e determinante de saúde em problemas como as doenças cardiovasculares, sendo importante na capacitação a nível individual e coletivo, em todos os contextos e em diferentes fases do ciclo vital (DGS, 2022).

Em Portugal os níveis de literacia em saúde têm evoluído positivamente (Arriaga et al., 2022). O relatório do Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, refere que, comparativamente com 2016, 65% dos participantes apresentavam nível suficiente de literacia (aumento de 22,6%), 8% nível inadequado (redução de 3,4%) e 22% nível problemático (redução de 16,1%), sendo que a promoção da saúde foi a área com maior facilidade de compreensão quando comparada com a área da prevenção e dos cuidados (Arriaga et al., 2022). Entre os participantes com níveis inadequados, estavam os de faixas etárias mais elevadas e com níveis de escolaridade mais baixa (Arriaga et al., 2022). De acordo com Almeida et al. (2019) a maior proporção de níveis de literacia em saúde inadequados ou problemáticos regista-se na população idosa, superando os 80% nas pessoas com mais de 75 anos.

A pessoa internada no SACV era maioritariamente idosa e com baixo nível de escolaridade, o que mostrou ser uma barreira/desafio na maximização da autonomia e na implementação de processos de educação para a saúde. Um estudo qualitativo realizado em 2019, num serviço de referência em cirurgia vascular, no Brasil, mostrou uma realidade semelhante (Martins et al., 2019). Observaram que a pessoa hospitalizada com DAP, possuía pouco conhecimento acerca do seu diagnóstico e dos fatores de risco que favoreciam o desenvolvimento, manutenção e evolução da doença, contribuindo para o agravamento progressivo da condição de saúde (Martins et al., 2019). Observaram ainda que apesar de os profissionais terem investido tempo em ensinamentos, as informações acabaram por ser pouco esclarecedoras e/ou assimiladas (Martins et al., 2019). Foi, pois, fundamental, que no contexto de estágio, o enfermeiro especialista desenvolvesse estratégias individualizadas, adaptando a comunicação à pessoa, contribuindo assim para a educação em saúde efetiva.

De acordo com Martins et al. (2019), a educação para a saúde no internamento tem como principal objetivo a preparação do regresso a casa, tornando a pessoa a principal responsável

pela sua recuperação, promovendo a sua autonomia. É um processo delicado pela transição situacional entre o cuidar profissional e o cuidar domiciliário, que gera elevados níveis de stress na pessoa e que exige dos profissionais o conhecimento dos fatores inibidores e facilitadores (pessoais, sociais e comunitários) (Costa, 2016). Deve ser iniciado no momento do acolhimento e envolver a rede de apoio familiar e social (Costa, 2016). Dificuldades em atingir os objetivos no domínio da educação para a saúde, levam à perpetuação dos erros por parte da pessoa, diminuição da adesão ao regime terapêutico e reinternamentos em condições de saúde agravadas (Martins et al., 2019). Na alta hospitalar é necessário acautelar a referenciação entre os diferentes níveis de assistência, promovendo a continuidade de cuidados em situações que, pela sua cronicidade, necessitam de apoio constante e de cuidados de proximidade (Martins et al., 2019).

No contexto de estágio foi possível colaborar na promoção do potencial de autonomia da pessoa, família/cuidador, através por exemplo da educação em e para a saúde, bem como na referenciação entre os diferentes níveis de cuidados (ex. primários, continuados, estruturas residenciais para pessoas idosas). Para a efetividade da intervenção foi importante a operacionalização de boas práticas em literacia em saúde, tais como: ter-se em consideração as capacidades físicas (auditivas e visuais) e cognitivas da pessoa; utilizar-se um discurso redutor dos preconceitos sobre a fraca autonomia e capacidade da pessoa em tomar decisões; disponibilizar-se informação simples, clara e pessoalmente relevante (utilizando técnicas de Teach back e Chunk and check); permitir-se tempo à pessoa para o processamento da informação e repetir-se as vezes que fossem necessárias; encorajar-se a pessoa a partilhar dúvidas sobre a sua saúde e opções de tratamento (Almeida et al., 2019). Sublinhou-se a importância da mudança de comportamentos e envolveu-se a família, incentivando a utilização de recursos que contribuíssem para literacia em saúde (Almeida et al., 2019).

No SACV, existiam disponíveis na intranet materiais (panfletos) passíveis de serem disponibilizados em formato físico/impresso, de forma a potenciar a informação oralmente fornecida sobre diversos temas relevantes para a pessoa, no que respeitava à prevenção, controlo e/ou tratamento da doença vascular. Reconhecendo a importância destas ferramentas, elaborou-se um panfleto sobre a TENS (APÊNDICE V), que podia ser utilizado pelos profissionais de saúde e entregue à pessoa, quando esta estratégia não farmacológica de controlo da dor fosse utilizada. Relativamente a oportunidades específicas de rentabilização de formação, verificou-se que no SACV existia, em cada quarto, uma Smart TV (televisão com conectividade à internet e funcionalidades adicionais), sendo que esta poderia ser utilizada para projeção, de forma intermitente e planeada, de conteúdos adaptados com

medidas de promoção da saúde e hábitos de vida saudáveis. O Guia de Recursos Sobre a Dor (ANEXO IV), em que se deteve coautoria, mostrou ser também uma ferramenta útil na educação para a saúde nas pessoas familiarizadas com o mundo digital.

A complexa natureza dos problemas vasculares, relacionada com a presença de fragilidade e multimorbilidade, apresenta claras implicações na prestação de cuidados pré e pós-operatórios e exige interdisciplinaridade no sentido de antecipar, evitar e/ou resolver possíveis complicações (Lelapi et al., 2020). As principais intervenções terapêuticas em angiologia e cirurgia vascular, pretendem prevenir: a morte, no caso de rutura de aneurisma da aorta abdominal; o acidente vascular cerebral, no caso de estenose carotídea; a amputação, no caso de isquémia crítica; o agravamento de sintomas, no caso de DAP e o agravamento de ulceração cutânea (Lelapi et al., 2020). O risco de complicações no pós-operatório depende da presença de comorbilidades, da condição clínica da pessoa antes da cirurgia e da duração da cirurgia (Poredos & Poredos, 2018).

Neste âmbito, é fundamental o enfermeiro possuir competências que lhe permitam despistar e antever a possibilidade de ocorrência de eventos adversos, como por exemplo: enfarte agudo do miocárdio; complicações pulmonares, renais ou neurológicas; hemorragia; tromboembolismo; síndrome compartimental e síndrome de hiperperfusão e infeção (Lelapi et al., 2020). De acordo com Pinto (2022) a observação da pessoa e a capacidade de apreciação dos dados observados é fundamental para uma intervenção precoce. A mesma autora, citando Benner (2001), aponta como competências essenciais: detetar e demarcar alterações significativas da condição da pessoa; identificar sinais de alarme de forma precoce, antecipando a deterioração do estado da pessoa; pensar no futuro, avaliando o potencial de recuperação.

No decorrer do estágio foi possível, prestar-se cuidados à pessoa no pré-operatório e no pós-operatório imediato e tardio, mantendo-se vigilância e monitorização continua de sinais e sintomas, atuando-se de forma preventiva. Destaca-se a intervenção à pessoa com eventos cardíacos e respiratórios, compromisso neurovascular, hipo e hiperglicémias, anticoagulação e antiagregação em perfusão continua e/ou com alterações hemodinâmicas associadas a procedimentos vasculares. Verificou-se que existia grande vulnerabilidade da pessoa, algumas vezes associada ao declínio próprio do processo de envelhecimento, que condicionava o grau de fragilidade.

A fragilidade é considerada uma condição de vulnerabilidade multidimensional que inclui, a perda fisiológica de energia e capacidade funcional e cognitiva e que pode estar associada a piores outcomes, maiores níveis de dependência, institucionalização e morte (Pinto et al., 2021). A evidência aponta que é possível melhorar o nível de fragilidade com

suplementação nutricional, aumento de vitamina D e redução da polimedicação (Pinto et al., 2021). Encontra-se validada para a população Portuguesa, para utilização em idosos, a Clinical Frailty Scale (CFS), que engloba itens de avaliação clínica, funcional e cognitiva e permite determinar o grau de vulnerabilidade/fragilidade de um indivíduo baseado no julgamento clínico (Pinto et al., 2021). É constituída por 9 itens que correspondem a diferentes graus de vulnerabilidade, sendo o score superior ou igual a 5 indicativo de fragilidade (Pinto et al., 2021). Prevenir complicações depende de uma boa avaliação do risco, assim seria interessante no SACV, para além da idade e da presença de comorbilidades, avaliar o grau de fragilidade. Permitiria identificar as pessoas com maior risco de complicações e delinear um plano de intervenção, no sentido de otimizar a sua condição, aumentar a vigilância e promover a reabilitação pré e pós-operatória, contribuindo para melhores outcomes e cuidados mais seguros (Drudi et al., 2019; Lelapi et al., 2020; Pinto et al., 2021).

Uma das complicações, com elevado impacto na prestação de cuidados, são as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) e a Resistência aos AntiMicrobianos (RAM). O PNSD 2021-2026 tem no seu quinto pilar, práticas seguras em ambientes seguros, o objetivo estratégico de reduzir as IACS e as RAM, tendo como metas para 2026 que: 95% das instituições hospitalares possuam vigilância epidemiológica (IACS e RAM) e tenham implementado o Programa de Apoio à Prescrição de Antibióticos (PAPA); ocorra uma redução de pelo menos 30%, da infeção associada ao cateter vesical, da infeção do local cirúrgico, da pneumonia associada à ventilação e da infeção da corrente sanguínea associada a cateter vascular central; haja uma adesão ao primeiro momento de higiene das mãos de 95%; ocorra uma redução, de pelo menos 10%, da taxa de *Klebsiella pneumoniae* resistente aos carbapenemos e do consumo de antibióticos em ambulatório (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). Neste sentido, a Direção-Geral da Saúde tem vindo a emanar uma série de documentos que normalizam as práticas e asseguram o acesso à evidência científica, alicerçando a implementação e monitorização. É o caso das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), PBVT e dos “Feixes de Intervenção” (Norma n.º 019/2015 atualizada a 29 de agosto, 2022; Norma n.º 020/2015 atualizada a 17 de novembro, 2022; Norma n.º 021/2015 atualizada a 17 de novembro, 2022; Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto, 2022; Norma n.º 029/2012 atualizada a 31 de outubro, 2013).

Neste âmbito, foi possível no decorrer do estágio, a análise, apropriação e confronto do enquadramento legal com as práticas implementadas no serviço. No SACV eram na generalidade adotadas medidas relacionadas com as PBCI e PBVT, existindo uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, Elo de Ligação ao SPCIRA (Serviço de

Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos) que dinamizava, facilitava e monitorizava as práticas, contando com a colaboração dos restantes membros da equipa. No sentido de evitar a transmissão cruzada, eram tidos em consideração na prestação de cuidados, a todas as pessoas internadas, os 10 itens que pressupõem a abordagem global das PBCI, determinados pelo nível de interação, grau de exposição previsto a fluidos orgânicos e identificação de microorganismos problema (Norma n.º 029/2012 atualizada a 31 de outubro, 2013). Os itens referidos eram: a colocação de doentes; a higiene das mãos (com ênfase no primeiro momento); a etiqueta respiratória; a utilização de equipamento de proteção individual (existindo dispensadores estrategicamente colocados no serviço); a descontaminação do equipamento clínico e o controlo ambiental (existindo instruções de trabalho elaboradas para os diversos equipamentos e espaços); o manuseamento seguro da roupa; a recolha segura de resíduos; as práticas seguras na preparação e administração de injetáveis e a exposição a agentes microbianos no local de trabalho (Norma n.º 029/2012 atualizada a 31 de outubro, 2013).

Sempre que identificados microrganismos problema, a colocação de doentes exigia do enfermeiro na gestão de cuidados a capacidade de tomada de decisão, na avaliação individual do risco de infeção e realocação de doentes, em isolamento (quarto individual) ou por coorte (Norma n.º 029/2012 atualizada a 31 de outubro, 2013). A implementação da norma de avaliação de risco e rastreio de Enterobacterales Produtores de Carbapenemases (EPC) e de Staphylococcus Aureus Resistente a Meticilina (SAMR), na admissão hospitalar e durante o internamento, era uma realidade (Norma n.º 004/2023 de 29 de maio, 2023). Este procedimento era indispensável, mas infelizmente difícil de operacionalizar, atendendo à inexistência de automatismos nos sistemas de informação em uso na instituição, que alertassem os diferentes elementos da equipa multidisciplinar da data da prescrição e colheita. O SPCIRA tinha conhecimento deste constrangimento e na prática ele era superado pela atenção dispensada pelo enfermeiro na gestão de cuidados a esta questão, através da criação de ferramentas mais rudimentares, que, apesar de ocuparem um tempo precioso no cuidado direto à pessoa, ainda assim eram eficazes no cumprimento da norma.

Os “Feixes de Intervenção” objetivam a prestação de cuidados seguros e de qualidade, de forma consistente e tendo por base a melhor evidência científica (Norma n.º 020/2015 atualizada a 17 de novembro, 2022). Constituem um conjunto de intervenções (por norma 3 a 5), que quando implementadas de forma agrupada no mesmo espaço e tempo, produzem melhores resultados do que a soma do efeito de cada uma implementada individualmente (Norma n.º 020/2015 atualizada a 17 de novembro, 2022). A equipa de enfermagem do SACV estava desperta para a necessidade de implementação dos “Feixes de Intervenção”, no

entanto nenhum deles se encontrava ainda implementado de forma sistematizada e/ou integrado no plano de cuidados multidisciplinar. Esta questão foi discutida e analisada com os tutores, evidenciando a necessidade de envolver toda a equipa multidisciplinar, permitindo a padronização da abordagem e o desenvolvimento e implementação.

Num serviço onde diariamente a pessoa é submetida a cirurgia, muitas vezes com colocação de prótese, seria premente começar por implementar o “Feixe de Intervenção” para a prevenção de infeção do local cirúrgico (Norma n.º 020/2015 atualizada a 17 de novembro, 2022). A infeção do local cirúrgico é assim considerada quando ocorre nos primeiros 30 dias pós cirurgia ou até 3 meses após colocação de prótese (Norma n.º 020/2015 atualizada a 17 de novembro, 2022). É multifatorial e é estimado que 60% seja evitável pelo uso de “Feixes de Intervenção” e normas baseadas em evidência. Tem fatores de risco modificáveis como sejam, a antibioterapia profilática quando indicada, regulação da tricotomia, normoglicémia e normotermia, entre outros e fatores de risco não modificáveis: idade, comorbilidades e tipo de ferida (Norma n.º 020/2015 atualizada a 17 de novembro, 2022). Seria função do enfermeiro especialista como detentor de conhecimento diferenciado na área da prevenção e controlo de infeção, liderar e dinamizar as medidas necessárias à implementação, em parceria com os restantes elementos da equipa, numa verdadeira interdisciplinaridade.

De forma a manter a atualização e aprofundamento de conhecimentos no contexto das IACS, participou-se no decorrer do estágio, no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção, com a apresentação de um Póster, intitulado “Fatores que influenciam a infeção da úlcera da perna na pessoa com doença vascular periférica: Scoping Review” (ANEXO VII). A pessoa com doença vascular periférica é com frequência portadora de úlcera da perna, cuja infeção atrasa a cicatrização e impacta negativamente na qualidade de vida (Bui et al., 2018). No SACV o internamento da pessoa com complicações associadas à presença de úlcera da perna, nomeadamente a infeção, era uma realidade frequente, considerando-se assim pertinente abordar esta questão, uma vez que a identificação precoce dos fatores que contribuem para a infeção, permitiria individualizar os cuidados, favorecendo a cicatrização e a redução dos custos em saúde. Com a revisão de literatura concluiu-se que a presença de comorbilidades como a depressão, o uso de auxiliares de marcha, a razão entre a circunferência da panturrilha-tornozelo (<1,3) e a deterioração da úlcera (tamanho > 10cm², presença de tecido não viável) são fatores que concorrem para a infeção (Bui et al., 2018).

3.2. Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

De acordo com a OE (2017a) fazem parte do ambiente terapêutico os elementos humanos, físicos e organizacionais a que a pessoa, família/cuidador estão sujeitos no momento da prestação de cuidados, interferindo direta ou indiretamente no sucesso terapêutico. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, é responsável pela maximização deste ambiente, gerindo o risco e promovendo um contexto de atuação favorável aos cuidados, salvaguardando a sua segurança e a da pessoa com doença crónica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). A gestão dos processos terapêuticos e o desenvolvimento de estratégias que reduzam o risco de ocorrência de eventos adversos são assim uma prioridade e foco de atenção (OE, 2017a).

Os processos terapêuticos constituem-se como o conjunto de respostas organizadas, educativas e direcionadas para as necessidades de cuidados perante problemas decorrentes de doenças crónicas (OE, 2017a). No SACV a pessoa, família/cuidador, deparavam-se com problemas que dificultavam o processo de transição e adaptação à doença. Situações como dor não controlada, feridas complexas de difícil cicatrização e alterações da imagem corporal decorrentes por exemplo da amputação, condicionavam o autocuidado e a adesão ao regime terapêutico, exigindo do enfermeiro especialista capacidade de tomada de decisão, assente na informação pertinente e avaliação das possíveis consequências de cada opção e recurso.

A dor é uma característica da doença vascular, principalmente da doença arterial periférica, com elevado impacto na qualidade de vida e funcionalidade da pessoa, sendo o seu controlo/tratamento considerado um direito humano básico (Boric et al., 2017; Lindgren et al., 2016; Seretny & Colvin, 2016). Temporalmente a dor é classificada como aguda ou crónica, sendo que no contexto da doença vascular a dor aguda está normalmente relacionada com procedimentos cirúrgicos (ex. correção de rutura de aneurisma, procedimentos de revascularização e amputação) e a dor crónica com a isquémia na doença arterial periférica, síndromes de dor regional complexa e dor fantasma decorrente da amputação (Seretny & Colvin, 2016). Em termos fisiopatológicos a dor pode ser resultado da combinação de mecanismos nociceptivos (em consequência da ativação dos nociceptores) e neuropáticos (em consequência de uma lesão primária do sistema nervoso), o que implica uma abordagem multimodal, que inclua estratégias farmacológicas e não farmacológicas para potenciar o sucesso terapêutico (Seretny & Colvin, 2016). Quando não é controlada de

forma eficaz a dor aguda pode tornar-se crónica, resultando em sofrimento acrescido e insatisfação com os cuidados prestados, existindo fatores de risco que influenciam esta passagem, como por exemplo: dor de fundo intensa mantida no tempo; dor intensa no pré-operatório; variáveis psicológicas (catastrofização); sexo feminino e suscetibilidade genética (Seretny & Colvin, 2016). De acordo com Boric et al. (2017) a dor não é só uma experiência desagradável como também aumenta a possibilidade de ocorrência de complicações, afetando os resultados da intervenção terapêutica.

O controlo da dor é multidisciplinar, no entanto o papel do enfermeiro é crucial pela proximidade/vigilância da pessoa durante as 24 horas, assumindo uma posição privilegiada na avaliação e reavaliação da dor, bem como na gestão dos recursos analgésicos farmacológicos e não farmacológicos (Boric et al., 2017).

Como já se referenciou anteriormente a avaliação e controlo da dor era extremamente valorizada pela equipa de enfermagem do SACV, existindo preocupação acrescida tanto na implementação de boas práticas no controlo da dor pós-operatória, como no controlo da dor crónica subjacente às várias condições clínicas apresentadas pela pessoa internada. Aquela que era a situação mais desafiante e nem sempre bem conseguida, em termos de controlo da dor, relacionava-se com a presença de isquémia crónica crítica de membro (ICCM). De acordo com Laoire & Murtagh (2018) o controlo da dor nesta situação é complexo, não existindo ainda definida uma abordagem analgésica ótima, quando a revascularização não é opção viável.

A ICCM é um estadio severo da doença arterial (III a IV na classificação de Fontaine), que pode ocorrer em 10 a 25% de indivíduos acima dos 55 anos, aumentando a prevalência com a idade, cujos sintomas podem variar desde a dor na região gemelar ao esforço até à dor em repouso (tipicamente pior à noite, acordando frequentemente a pessoa) e, em última instância, ulceração (Lindgren et al., 2016). O seu controlo exige referenciação precoce e interdisciplinaridade para aumentar a sobrevivência, controlar a dor, cicatrizar áreas de ulceração, controlar os fatores de risco, comorbilidades e prevenir as amputações major (Conte et al., 2019). Na trajetória da doença o controlo da dor é fundamental para reduzir o risco de dor fantasma em caso de amputação (Conte et al., 2019; Laoire & Murtagh, 2018; Lindgren et al., 2016).

No contexto de estágio a avaliação da dor era feita com recurso às escalas de autoavaliação validadas para a população Portuguesa (ex. escala numérica e qualitativa), preconizadas pela DGS (Circular normativa nº 9/DGCG de 14 de junho, 2003) e no caso dos idosos não comunicantes pela Escala de Avaliação Comportamental da Dor na Pessoa Idosa (DOLOPLUS) (Orientação n.º 015/2010 de 14/12/2010, 2010). Sendo a dor um fenómeno

subjetivo, era fundamental a utilização destas ferramentas de forma a permitir uma mensuração objetiva, fiável e reprodutível (Circular normativa nº 9/DGCG de 14 de junho, 2003). Por vezes a compreensão das escalas por parte da pessoa era difícil, exigindo do enfermeiro o uso de uma linguagem comum e ensino prévio à pessoa. Para facilitar a utilização das escalas sugeriu-se a ampliação das de autoavaliação para formato A3, plastificadas e colocadas junto à cama da pessoa, tendo presente que as ferramentas gráficas facilitam a comunicação (Almeida et al., 2019). Atendendo a que a pessoa com doença vascular apresenta frequentemente dor neuropática (Laoire & Murtagh, 2018), seria interessante no SACV, a utilização de forma sistemática do Questionário Específico para Rastreamento de Dor Neuropática (DN4) (Azevedo et al., 2007). Este questionário é simples, breve e tem boa aplicabilidade no contexto da prática e da investigação, com excelentes propriedades no rastreio da dor associada a lesões do sistema nervoso (Azevedo et al., 2007). Discutiu-se esta questão com os tutores, existindo abertura para a utilização da escala uma vez que poderia em algumas situações redirecionar a intervenção. Tão importante como a avaliação é a reavaliação da dor: de forma contínua e regular; antes, durante e após procedimentos dolorosos; após administração de analgésicos e/ou utilização de estratégias não farmacológicas, documentando sempre (OE, 2008). No SACV verificou-se que por vezes era difícil esta sistematização, existindo, no entanto, preocupação e investimento na formação e capacitação dos profissionais. Conforme referem Boric et al. (2017), mesmo quando são administrados analgésicos, o subtratamento da dor pode resultar da falta ou inadequada reavaliação pelos profissionais de saúde.

No controlo da dor foi possível colaborar com a gestão de estratégias farmacológicas, com recurso a analgésicos convencionais (não opióides, opióides fracos, opióides fortes), e adjuvantes (anticonvulsivantes, ansiolíticos, relaxantes musculares, corticoides, antidepressivos). Utilizaram-se diferentes vias de administração de medicação: oral sublingual, transdérmica, intravenosa e subcutânea e realizou-se a respetiva vigilância na administração e monitorização de efeitos secundários, tendo em consideração a norma da DGS e o procedimento específico da instituição para uso seguro da medicação (Norma n.º 020/2014 atualizada a 14 de dezembro, 2015). Relativamente às estratégias não farmacológicas, utilizaram-se sempre que adequado: a preparação do ambiente; informação prévia aos procedimentos; posicionamentos e distração (OE, 2008). Neste âmbito já se referiu neste relatório a possibilidade de recurso à TENS como estratégia não farmacológica de controlo da dor.

No contexto de estágio foi também uma realidade diária a prestação de cuidados à pessoa com ferida aguda, relacionada com intervenção cirúrgica, ou crónica, persistente por

mais de 4 a 6 semanas (Atkin, 2019; Bui et al., 2017). Destaca-se a úlcera da perna e/ou pé, verificando-se elevado impacto na qualidade de vida da pessoa, por fatores relacionados com a presença de dor, restrições na mobilidade, alterações do padrão de sono, alterações da autoimagem, mau-odor e infeção. Fatores estes descritos por Vaz et al. (2021), no que concerne a viver com uma úlcera/ferida. Foi fundamental mobilizar conhecimentos no sentido de identificar, diagnosticar e intervir no tratamento das feridas e em particular das úlceras da perna, pela complexidade e difícil cicatrização, valorizando a educação para a saúde sobre a prevenção da recidiva, autocuidado, adesão ao tratamento e mudanças necessárias nos hábitos de vida (Vaz et al., 2021)

Na doença vascular a ulceração da perna pode resultar do compromisso venoso, arterial ou misto (Conte et al., 2019; Swenty & Hall, 2020; Vaz et al., 2021).

A úlcera de etiologia venosa resulta da estase que ocorre a nível das pernas e pés, por incompetência do sistema valvular em promover o retorno do sangue ao coração (Swenty & Hall, 2020; Vaz et al., 2021). Localiza-se no terço inferior da perna ou região supramaleolar, é normalmente exsudativa, com bordos irregulares, superficial e com predominância de tecido de granulação ou fibrina amarela (Swenty & Hall, 2020; Vaz et al., 2021). Os mesmos autores referem que a região perilesional pode apresentar edema, eritema, telangiectasias, varizes e/ou coloração acastanhada, devido ao acúmulo de hemossiderina. Os pulsos periféricos estão presentes e a existência de dor está habitualmente associada a infeção ou colonização crítica (Swenty & Hall, 2020; Vaz et al., 2021).

A úlcera de etiologia arterial resulta da redução do fluxo sanguíneo para os membros inferiores, relacionado com aterosclerose, coágulos ou trauma (Conte et al., 2019; Swenty & Hall, 2020; Vaz et al., 2021). Localiza-se nos dedos ou zonas de pressão como, calcâneo, maléolos e região tibial e na face latero-externa do pé, é pouco ou nada exsudativa, apresenta bordos regulares, é profunda e com predominância de tecido necrosado (Conte et al., 2019; Swenty & Hall, 2020; Vaz et al., 2021). A região perilesional apresenta-se pálida, com rarefação pilosa, hipotérmica, com espessamento das unhas e com cianose quando a perna está em declive e os pulsos estão normalmente ausentes, sendo que a presença de dor, por vezes intensa, é uma constante (Conte et al., 2019; Swenty & Hall, 2020; Vaz et al., 2021). No caso da úlcera de etiologia mista podem ser observados a presença de sinais e sintomas de compromisso venoso e arterial (Swenty & Hall, 2020).

Em contexto de internamento, conhecendo a etiologia da úlcera, foi possível colocar-se em prática conhecimentos relacionados com as boas práticas na preparação do leito da ferida para promover a cicatrização. Aplicou-se a ferramenta TIME (Tissue, Infection/Inflammation, Moisture balance, wound Edges), para sistematizar a abordagem

(necessidade de limpeza, desbridamento) e a seleção de apósitos (Atkin, 2019). Foi importante considerar-se a necessidade de suplementação nutricional, promovendo o contacto com o nutricionista sempre que necessário, a hidratação e o controlo da dor. Manteve-se o cuidado de consultar sempre o plano de cuidados estabelecido para a pessoa, promovendo a continuidade dos cuidados e a análise crítica quando era considerada a necessidade de mudança ou readaptação em função da alteração das necessidades.

No que concerne à intervenção junto da pessoa com ferida complexa, foi ainda possível conhecer-se a realidade da consulta externa do SACV, onde se teve a oportunidade de, para além do que já foi explanado, observar e colaborar na aplicação de técnicas adjuvantes da cicatrização. Aplicou-se terapia compressiva em úlceras de etiologia venosa/mista, objetivando-se a redução do edema, inflamação e promoção do retorno venoso, selecionando o sistema de compressão [ligaduras de compressão maioritariamente não elásticas e/ou mistas (curta-tração, kits multicamada), meias de compressão e dispositivos de velcro ajustáveis], em função das características da pessoa, considerando-a na tomada de decisão (Vaz et al., 2021). Aplicou-se terapia por pressão negativa em incisões cirúrgicas fechadas, em deiscências de incisões cirúrgicas (ex. coto amputação) e úlceras de etiologia venosa, objetivando-se o aumento da perfusão sanguínea, o controlo do exsudado, a redução da resposta inflamatória e o estímulo à formação de tecido de granulação (Lima et al., 2017).

Na consulta externa do SACV realizaram-se ainda ensinamentos sobre autovigilância da ferida/úlceras (sinais e sintomas de alerta de compressão), prevenção (fatores de risco e cuidados à pele) e complicações. Realizou-se instrução e treino da pessoa por exemplo na colocação de meias elásticas pós cicatrização quando adequado, promovendo a adesão ao tratamento. A documentação, à semelhança do internamento, foi feita no SClinico (Software dos SPMS para registos clínicos), onde foi registada a avaliação da ferida/úlceras, a vigilância do penso e a execução do tratamento, entre outros, objetivando ganhos em saúde com base na evolução diagnóstica.

Relativamente à amputação, no decorrer do estágio, o processo terapêutico estabelecido perante as necessidades da pessoa, exigiu sensibilidade e consciência das implicações do problema. A amputação define-se como a separação (traumática ou cirúrgica) de um membro do resto do corpo, de forma total ou parcial, quando ocorre uma lesão (vascular, traumática ou outra), com o objetivo de aliviar a dor ou evitar a morte (Almeida et al., 2023). Um estudo sobre as amputações realizadas em Portugal entre 2000 e 2015, conduzido por Matos et al. (2018), referia que as causas mais frequentes de amputação estavam relacionadas com as doenças do aparelho circulatório e a diabetes, sendo as mais comuns as

amputações supracondilíneas e dos dedos do pé (Meteyer, 2020). A cirurgia de amputação interfere de várias formas na vida da pessoa sendo necessário atender a aspetos biológicos, mas também psicológicos (Almeida et al., 2023). Preocupações com a imagem corporal, com a perda de funcionalidade, com a dependência, mesmo que temporária, de familiares/cuidador e com o impacto socioeconómico por eventual perda de emprego e isolamento, determinam a necessidade de se adaptar às mudanças (Tiago, 2022). É um processo triste e doloroso, muitas vezes vivenciado com sentimentos de culpa, medo e angústia, variando a sua intensidade consoante a capacidade de resiliência da pessoa (Melo et al., 2021). Existem por vezes situações em que a nova condição, pela ausência de dor ou diminuição do risco de vida, dão forças para recomeçar (Melo et al., 2021).

No contexto de estágio a transmissão abrupta da notícia da amputação deixava a pessoa fragilizada e instável a nível emocional. Como referem Almeida et al. (2023), a falta de controlo, a incerteza, o medo da dor e da mutilação são questões que devem ser trabalhadas, garantindo que a comunicação da notícia é feita de forma apropriada, que a pessoa compreendeu a informação e a consegue reter. A amputação em si mostrou-se como um evento traumático, que provocava rutura com a imagem corporal previamente existente e exigia reestruturação através da realização do luto pelo membro perdido (Friggi et al., 2018). O enfermeiro especialista assumia um papel fundamental, na identificação do evento crítico, na consciencialização e envolvimento da pessoa, prestando esclarecimentos acerca do procedimento e possíveis consequências, permitindo a partilha de emoções, identificando as necessidades da pessoa e desenvolvendo estratégias em parceria que permitissem a adaptação à nova condição. Apesar de não se ter verificado, vários autores defendem a importância de providenciar apoio psicológico especializado à pessoa sujeita a amputação, promovendo uma verdadeira interdisciplinaridade (Almeida et al., 2023; Friggi et al., 2018; Melo et al., 2021)

A adesão terapêutica apresenta-se como uma combinação de mudanças comportamentais que coincidem com a observância do regime terapêutico: aquisição e toma de medicação, alimentação adequada, exercício físico regular, suspensão de comportamentos de risco e acompanhamento em consultas (Camarneiro, 2021). Na gestão da doença crónica a adesão terapêutica é fulcral, mas problemática. Já em 2003 a OMS afirmava que a adesão ao tratamento era baixa em situações de cronicidade como era o caso das doenças cardiovasculares (World Health Organization [WHO], 2003). Camarneiro (2021), refere que aderir às prescrições e recomendações dos profissionais é difícil, sendo que o grau de adesão ao regime terapêutico das pessoas com doenças crónicas é de cerca de 50%, variando depois consoante se trate de prescrições de longo prazo, regimes curativos ou

programas preventivos, mas sempre com elevadas taxas de não adesão. Os fatores que influenciam a adesão são múltiplos: fatores económicos, culturais, relacionados com o profissional, com a pessoa e com o serviço de saúde, relacionados com a doença e terapêutica prescrita (Camarneiro, 2021).

Na promoção da adesão terapêutica é fundamental conseguir o compromisso da pessoa, munindo-a de conhecimentos acerca da doença e dos benefícios do tratamento e das mudanças de comportamento no sentido de uma vida mais saudável (Camarneiro, 2021; Mota et al., 2016) É importante também avaliar a capacidade da pessoa para realizar o tratamento, envolvendo a família/cuidador numa parceria efetiva de cuidados com o profissional de saúde (Camarneiro, 2021; Mota et al., 2016).

No SACV a preparação do regresso a casa e a prevenção de reinternamentos por agravamento da condição de saúde, exigiu do enfermeiro especialista capacidade de tomada de decisão no sentido de implementar cuidados de enfermagem que, como referem Mota et al. (2016), permitissem à pessoa desenvolver as suas capacidades de autocuidado e gestão do regime terapêutico, escolhendo de forma consciente aderir a um programa de tratamento e/ou prevenção da doença na vida diária. Foi promovida a adesão ao regime terapêutico medicamentoso, não medicamentoso, de exercício e dietético. Assistiu-se a pessoa a identificar o significado ou crença dificultadora da gestão desse regime, ensinou-se sobre complicações da gestão ineficaz e sobre gestão do regime terapêutico, providenciando material de leitura. Para agilizar a tomada de decisão do enfermeiro, foi essencial o recurso aos sistemas de informação em uso, que agregavam os dados recolhidos sobre as condições e circunstâncias que influenciavam os comportamentos da pessoa (Mota et al., 2016).

4. Considerações finais

As doenças crónicas, tais como as doenças cardiovasculares e respiratórias, o cancro e a diabetes são, de acordo com a WHO (2024a), a principal causa de morte no mundo. As implicações pessoais, sociais e económicas, a este facto associadas, têm elevado impacto na população em geral e é premente a atuação na modificação dos fatores de risco, como é o caso do uso do tabaco e álcool, dieta não saudável e baixa atividade física (World Health Organization [WHO], 2024c). É necessária uma atuação integrada entre os vários níveis de cuidados, articulando a melhor evidência científica, com a experiência dos profissionais e as preferências da pessoa, família/cuidador, no sentido de prevenir a doença e promover a saúde.

O estágio no SACV de uma ULS da Região Centro de Portugal, permitiu o contacto com a realidade associada à doença crónica em contexto de internamento e suas repercussões na qualidade de vida da pessoa, família/cuidador. Reconheceram-se as necessidades de intervenção especializada na prevenção da doença e na promoção de processos de adaptação e adesão terapêutica, de forma a conseguir capacitar a pessoa para a vivência com uma doença crónica. Inicialmente um desafio, dado que a experiência prévia, desde há cerca de 15 anos, era em contexto de ambulatório, o contexto de estágio tornou-se fonte de superação. Exigiu perseverança, motivação, documentação e planeamento, contribuindo para o sucesso, a abertura, acompanhamento e reconhecimento por parte da equipa de profissionais do serviço, tendo sido integradas todas as experiências como oportunidades de crescimento, considerando-se terem sido atingidos os objetivos específicos inicialmente propostos.

As competências adquiridas/desenvolvidas no âmbito dos cuidados especializados, permitiram responder à crescente exigência técnica e científica dos cuidados de saúde, colocando em prática uma enfermagem avançada, através de uma elevada capacidade de integração de conhecimentos, reflexão, raciocínio clínico e tomada de decisão. Estas aprendizagens possibilitarão ser capaz de gerir, prestar e supervisionar cuidados com elevada perícia, adequando-os às necessidades da pessoa, em resposta aos seus problemas de saúde e processos de vida e suportando o exercício profissional na formação e investigação (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Espera-se desta forma poder continuar a contribuir para o desenvolvimento da enfermagem como ciência centrada no cuidado à pessoa, família e comunidade.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: A dor crónica secundária tem impacte negativo na qualidade de vida, gerando incapacidade física e mental. As pessoas estão inadequadamente preparadas para a sua gestão sendo necessário empoderá-las, de forma a ampliar a sua capacidade em controlar a saúde, envolver-se nos cuidados e fazer escolhas informadas, promovendo assim uma gestão eficaz da doença crónica.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre o empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório.

Metodologia: Revisão Scoping, realizada de acordo com as orientações propostas pelo Joanna Briggs Institute: População (Pessoa com dor crónica secundária); Conceito (Empowerment); Contexto (Ambulatório). Conduziu-se a pesquisa na: MEDLINE (via PubMed); CINAHL Complete, MEDLINE complete, Cochrane Database of Systematic Reviews e Mediclatina (via EBSCOhost); SciELO e RCAAP, no período de dezembro de 2023 a abril de 2024. Incluíram-se estudos, sem limite temporal, com adultos com dor crónica secundária não oncológica, que se relacionassem com o conceito de empowerment, em ambulatório. Os dados extrairam-se para uma tabela de evidências alinhada com o objetivo.

Resultados: Foi incluído na revisão 1 estudo, sem revisão por pares e com tamanho amostral reduzido, arquivado no RCAAP. Da sua análise emergiram quatro áreas temáticas centrais: gestão da dor; educação para a saúde; redes de apoio e comportamentos de adesão.

Conclusão: A revisão mostra que o empowerment da pessoa com dor crónica secundária está pouco estudado, sendo necessário desenvolver estudos primários que robusteçam o corpo de conhecimentos e a prática baseada na evidência. A gestão da dor, principalmente a autogestão, são aspetos fundamentais do empowerment e têm por base o conhecimento adquirido, através da educação para a saúde, na tomada de decisão informada. As redes de apoio dos serviços de saúde, familiares e sociais, suportam o empowerment, potenciando a autonomia, autoconfiança e motivação na adoção de comportamentos de adesão, no que concerne à gestão da dor. No futuro será interessante apostar no desenvolvimento de programas interdisciplinares de autogestão da dor crónica secundária, para a promoção do empowerment, com inclusão de apoio por pares, que englobem educação para a saúde, relacionada com a dor e seu tratamento.

Palavras Chave: Dor Crónica; Empoderamento; Assistência Ambulatorial

2. Abstract

Background: Secondary chronic pain has a negative impact on quality of life, generating physical and mental disability. People are inadequately prepared to manage it and need to be empowered in order to increase their ability to control their health, get involved in care and make informed choices, thus promoting effective management of chronic illness.

Methodology: Scoping review, carried out according to the guidelines proposed by the Joanna Briggs Institute: Population (Person with secondary chronic pain); Concept (Empowerment); Context (Outpatient). The search was conducted in: MEDLINE (via PubMed); CINAHL Complete, MEDLINE complete, Cochrane Database of Systematic Reviews and Mediclatina (via EBSCOhost); SciELO and RCAAP, from December 2023 to April 2024. Studies were included, with no time limit, with adults with secondary chronic non-cancer pain, which were related to the concept of empowerment, in an outpatient setting. The data was extracted into an evidence table aligned with the objective.

Results: One study was included in the review, without peer review and with a small sample size, archived in RCAAP. Four central thematic areas emerged from the analysis: pain management; health education; support networks and adherence behaviors.

Conclusion: The review shows that the empowerment of people with secondary chronic pain has been little studied, and there is a need to develop primary studies to strengthen the body of knowledge and evidence-based practice. Pain management, especially self-management, is a fundamental aspect of empowerment and is based on the knowledge acquired through health education and informed decision-making. The support networks of health, family and social services support empowerment, boosting autonomy, self-confidence and motivation to adopt adherent behaviors, with regard to pain management. In the future, it would be interesting to invest in the development of interdisciplinary self-management programs for secondary chronic pain, to promote empowerment, including peer support and health education related to pain and its treatment.

Key words: Chronic Pain; Empowerment; Ambulatory Care

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A dor é um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde, de sofrimento e de anos perdidos por incapacidade, sendo considerado um problema de saúde pública (Cohen et al., 2021; Vasconcelos & Araújo, 2018). A Internacional Association for the Study of Pain (IASP) define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos” (Raja et al., 2020, p. 2), salvaguardando que é uma experiência pessoal, influenciada por fatores biológicos, psicológicos e sociais que pode ter um efeito negativo no bem-estar da pessoa.

Conhecer a fisiopatologia da dor é fundamental para a compreender e implementar cuidados personalizados (Chen et al., 2023). Neste âmbito importa diferenciar nociceção de dor. A nociceção é o processo de deteção do estímulo nóxico (térmico, mecânico ou químico), através dos nociceptores (fibras nervosas periféricas livres existentes na pele, músculos, articulações, ossos e vísceras), seguida da transdução (transformação do estímulo em impulso elétrico) e da transmissão (propagação nas vias nociceptivas) do sinal nervoso até ao cérebro (Chen et al., 2023). Comparativamente, a dor resulta do processamento cerebral da informação recebida, no qual é discriminado, decifrado e concedido significado específico e individual ao fenómeno doloroso (Chen et al., 2023). Este processamento engloba o sistema sensitivo-discriminativo (tipo, localização e intensidade da dor), o sistema afetivo-motivacional (resposta comportamental e emocional à dor) e o sistema cognitivo-avaliativo (significado e experiências anteriores da dor) (Pinto, 2019). Normalmente, a nociceção precede a perceção da dor, mas nem sempre isto se verifica e podemos encontrar situações em que a nociceção ocorre sem a subsequente consciência da dor (ex. situações de trauma grave em que a pessoa não manifesta dor) e vice-versa [ex. fibromialgia (quando há manifestações de dor sem evidência de lesão)] (Chen et al., 2023). A modulação endógena da dor acontece a nível segmentar (medula espinhal) e suprassgmentar (tronco cerebral e cérebro) e envolve um conjunto complexo de mecanismos que podem levar à redução ou amplificação da dor, conseguindo o seu controlo, ou o desenvolvimento de estados patológicos de dor persistente associados a fenómenos de sensibilização periférica e/ou central (estado de hiperexcitabilidade) (Pinto, 2019).

De forma a facilitar o diagnóstico da dor e a definição de estratégias de abordagem na prática clínica e na investigação, é importante classificar a dor (Miranda et al., 2016). Existem vários sistemas de classificação, sendo os mais comuns a classificação quando à duração

(aguda ou crónica), etiologia (primária e secundária), fisiopatologia (nociceptiva, neuropática, nociplástica), localização anatómica e intensidade (ligeira, moderada, intensa e máxima (Orr et al., 2017). Relativamente à dor crónica, a IASP, em cooperação com a OMS, desenvolveu e aprovou em 2019 um sistema de classificação sistemática e pragmática, International Classification of Diseases-11 (ICD-11), extensível a vários contextos, em que apresenta a dor crónica como persistente ou recorrente por um período de tempo superior a três meses, multidimensional e influenciada reciprocamente por vários fatores (World Health Organization [WHO], 2024d). Subdivide-a em dois grandes grupos: Dor crónica primária e Síndromes de dor crónica secundária (WHO, 2024d).

A dor crónica primária é considerada uma doença por si só, não tendo associação com outra condição biológica ou psicológica e está aliada a sofrimento emocional e incapacidade funcional (Treede et al., 2019). São exemplos de dor crónica primária: dor crónica generalizada; síndrome de dor regional complexa; cefaleia primária crónica ou dor orofacial; dor visceral primária crónica; dor musculoesquelética primária crónica (WHO, 2024d). A dor crónica secundária manifesta-se inicialmente como um sintoma de outra doença, tornando-se relevante quando exige cuidados específicos para o seu controlo e um problema que pode persistir para além da resolução da doença que a originou (Treede et al., 2019). O grupo das síndromes de dor crónica secundária englobam: dor crónica relacionada com o cancro; dor crónica pós-cirúrgica ou pós-traumática; dor musculoesquelética secundária crónica; dor visceral secundária crónica; dor neuropática crónica; cefaleia secundária crónica ou dor orofacial (WHO, 2024d)

A dor crónica afeta aproximadamente 30% da população mundial (Cohen et al., 2021), sendo que em Portugal a prevalência estimada em 2013 era de 36,7%, quase o dobro da média europeia (DGS, 2022). Um estudo realizado na Noruega, com 551 participantes, analisou a prevalência da dor crónica tendo por base a ICD-11, e concluiu que, na população estudada a dor crónica primária tinha uma prevalência de 17,7% e a dor crónica secundária de 10,2%, principalmente relacionada com osteoartrite e dor neuropática (Borchgrevink et al., 2022).

Dada a prevalência da dor crónica é fundamental a educação e sensibilização dos profissionais de saúde para este problema, compreendendo que a sua avaliação e controlo depende de uma equipa multidisciplinar diferenciada e do envolvimento da pessoa (Cohen et al., 2021).

A avaliação da dor é essencialmente inferencial, dependendo da interpretação de um conjunto de comportamentos verbais (autorrelato) e não verbais (expressão facial, postura, vocalizações), num contexto de influências comunicacionais (Task Force on Professional

Education of the International Association for the Study of Pain [IASP], 2008). Deve-se privilegiar, sempre que possível, o autorrelato, mas entender que o mesmo tem limitações, incluindo viés na resposta, devendo ser complementado com a observação comportamental e atividade funcional autorrelatada e observada, estando-se desperto para o facto de também as inferências do observador poderem ser erradas e/ou tendenciosas (Task Force on Professional Education of the IASP, 2008). Conhecer os instrumentos de avaliação, a sua validade e os seus pontos fortes e fracos na avaliação da multidimensionalidade da dor, contribui para a sua correta utilização e adequação ao contexto, produzindo resultados mais confiáveis e conclusões apropriadas (OE, 2008; Task Force on Professional Education of the IASP, 2008).

Na avaliação da dor é importante incluir a história da dor e desta deve fazer parte, o exame físico, as características da dor, os fatores de agravamento e alívio, as implicações nas atividades de vida, o conhecimento e expectativas em relação à doença, o impacto emocional, económico, social e espiritual, os sintomas associados, as estratégias de coping e a descrição da utilização e efeito de estratégias farmacológicas e não farmacológicas (OE, 2008).

O controlo da dor engloba intervenções que se destinam à sua prevenção e/ou tratamento, isto é, eliminação ou redução para níveis aceitáveis pela pessoa (OE, 2008). Podem ser utilizadas intervenções farmacológicas (recurso a analgésicos convencionais, adjuvantes e/ou anestésicos, administrados por diferentes vias) e em complementaridade intervenções não farmacológicas (cognitivo-comportamentais, físicas, suporte emocional) (OE, 2008). O controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito da pessoa, sendo fundamental investir no ensino, instrução e treino da pessoa, família/cuidador, com o intuito de permitir uma participação ativa e informada respeitando o princípio ético da autonomia (OE, 2008).

Segundo LeFort & McGillion (2021) a autogestão é o passo primordial no tratamento da dor, no entanto, as pessoas estão inadequadamente preparadas para essa autogestão, não sendo capazes de desenvolver intervenções preventivas, identificar sinais de alarme ou procurar ajuda diferenciada. Muitas pessoas sofrem em silêncio, fora do sistema de saúde, em casa, limitadas e desmotivadas pelas consequências psicológicas e sociais relacionadas com a sua dor (International Association for the Study of Pain [IASP], 2021). Neste âmbito, é necessário empoderar a pessoa, ampliando a sua capacidade de fazer escolhas e transformar essas escolhas em ações desejadas, bem como de controlar a sua saúde e envolver-se mais nos seus cuidados (BIREME/OPAS/OMS, 2023; Pekonen et al., 2020).

O conceito de empoderamento ou empowerment é multidimensional e ainda carece de consenso na sua definição (Acuña Mora et al., 2022; Pekonen et al., 2020). De acordo com Pekonen et al. (2020), as várias definições existentes incluem termos como: capacidade da pessoa, poder, conhecimento, tomada de decisão racional e partilhada e autogestão da saúde/doença. Os mesmos autores, referem ainda que, existem estudos que na tentativa de clarificar o conceito de empowerment, o consideram relacionado com outros conceitos como capacitação, envolvimento e ativação, utilizando-os em situações semelhantes. Todos estes conceitos evidenciam o papel da pessoa nos seus cuidados, mas têm limites diferentes (Pekonen et al., 2020). A pessoa capacitada compreende a sua situação de saúde e é capaz de participar no autocuidado e tomada de decisão, mas pode não possuir a motivação e o poder para isso, por outro lado, a pessoa envolvida tem uma forte motivação, mas pode não deter habilidades suficientes, capacidade e poder para o autocuidado/autogestão e, ainda, a pessoa ativada tem capacidade e motivação para gerir a sua saúde (Pekonen et al., 2020). O empowerment e a ativação da pessoa estão relacionados com o aumento das habilidades, motivação e poder, todavia o empowerment tem uma conotação mais abrangente, possuindo componentes individuais e coletivos que podem ser abordados de diferentes perspetivas (pessoa, profissional de saúde, sistema de saúde) (Acuña Mora et al., 2022; Pekonen et al., 2020).

Uma revisão de literatura realizada por Acuña Mora et al. (2022) refere ter encontrado nos estudos incluídos, 35 definições diferentes de empowerment, correspondendo a 29 autores, sendo que alguns autores apresentavam mais do que uma definição. Os autores aconselham que, para facilitar a compreensão e qualidade da investigação, se apresente uma definição consistente do construto e se utilizem na sua medição instrumentos recentes, adequados ao contexto e submetidos a um processo de validação. Consideraram-se assim, neste trabalho, duas definições, a primeira apresentada na nota de escopo dos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde)/MeSH (Medical Subject Headings), uma vez que se trata de um vocabulário controlado utilizado na indexação de artigos científicos na área da saúde (BIREME/OPAS/OMS, 2023) e a segunda apresentada por Luz et al. (2022) numa revisão integrativa sobre o empowerment na doença crónica. Assim, o empowerment pode ser definido, como o “Processo de aumento da capacidade de indivíduos ou grupos em fazer escolhas e de transformar estas escolhas em ações desejadas como projetados por indivíduos ou grupos” (BIREME/OPAS/OMS, 2023) e

“um processo, um resultado e uma intervenção educacional participativa. O processo é construído com base na reciprocidade entre pessoas e saberes, requerendo escuta ativa e o diálogo aberto, sendo que a intenção do cuidado não é

apenas a compreensão da informação mas incentivar as pessoas a definir os seus problemas, encontrar as suas próprias soluções para lidar com os mesmos de forma eficaz” (Luz et al., 2022, p. 659).

O empowerment tem sido reconhecido como fundamental nos cuidados centrados na pessoa, sendo apontado por alguns estudos como estando relacionado com melhores resultados: bem-estar, autogestão, qualidade de vida e custo-efetividade (Pekonen et al., 2020). A OMS destaca o empowerment como elemento fundamental na melhoria da saúde, satisfação com os cuidados, comunicação entre a pessoa e o profissional de saúde e adesão ao regime terapêutico, exigindo dos profissionais de saúde e da pessoa consciencialização e competências para o envolvimento no processo (World Health Organization Regional Office For Europe [WHO/EURO], 2013).

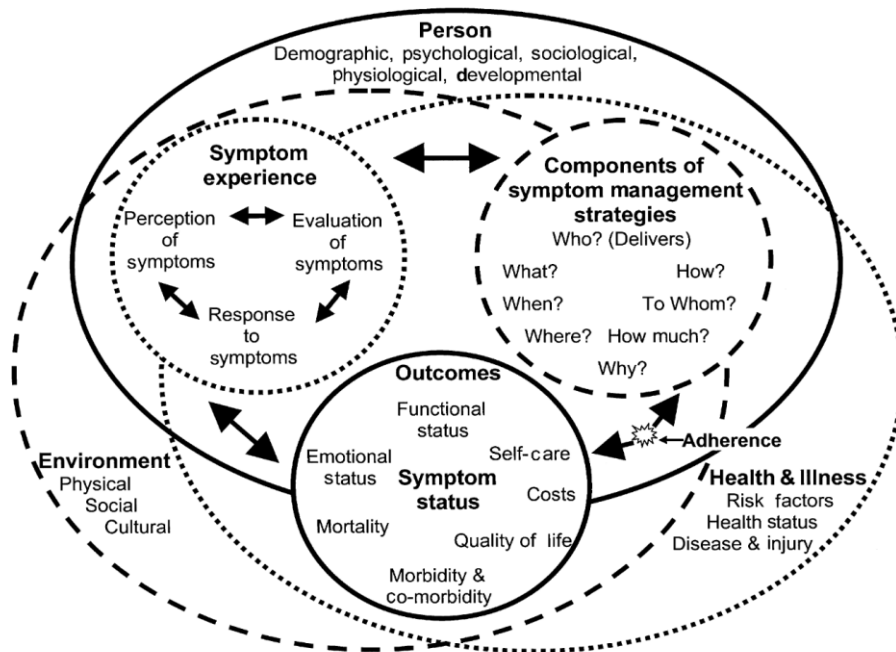
O estudo/análise do conceito de empowerment, auxilia os profissionais de saúde a entender e reconhecer os elementos que o promovem e como é que podem, a nível individual, através de uma comunicação efetiva, não dominadora e com foco nos objetivos influenciar o processo (Luz et al., 2022). As intervenções de enfermagem do ponto de vista do empowerment vão para além da transmissão de informação e do desenvolvimento de material educacional, necessitando de tempo para construir uma efetiva relação de parceria entre o profissional, pessoa, família/cuidador, que tenha em consideração o desejo de participação da pessoa na tomada de decisão, promovendo a autonomia (Luz et al., 2022). As pessoas têm que se autoempoderar e os profissionais de saúde possuem a função de auxiliar nesse processo de empowerment (Pekonen et al., 2020; World Health Organization [WHO], 2024b).

De forma a permitir uma abordagem sistemática da prática de enfermagem e o entendimento, investigação e interpretação das situações de saúde e da pessoa, o estudo suportou-se na Teoria da Gestão de Sintomas (TGS) (Silva et al., 2021). Esta teoria de médio alcance surgiu primeiro como modelo concetual, desenvolvido por Larson et al. (1994), na Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia em São Francisco. Posteriormente, o modelo concetual foi revisto em 2001 e 2008, passando a ser apresentado como uma Teoria, ilustrando o processo multidimensional da gestão de sintomas que ocorre nos domínios da ciência de enfermagem (Dodd et al., 2001; Humphreys et al., 2014).

A TGS considera três conceitos/dimensões essenciais: a experiência do sintoma; as estratégias de gestão do sintoma e os resultados do status do sintoma (Humphreys et al., 2014). Estes conceitos influenciam-se mutuamente, inserindo-se e sofrendo também a influência dos domínios da ciência de enfermagem: Pessoa, Saúde/Doença e Ambiente (Humphreys et al., 2014). Numa das revisões do modelo foi inserido o conceito de adesão,

apresentado extrinsecamente às dimensões e que tem o potencial de perturbar a relação entre o desenvolvimento de estratégias de gestão e os resultados (Figura 1) (Humphreys et al., 2014). O sintoma é definido como uma experiência subjetiva que provoca alterações no funcionamento biopsicossocial, nas sensações e na cognição da pessoa (Humphreys et al., 2014). Um sinal é definido como qualquer anormalidade, detetada pela pessoa ou por outros, que é indicativa de doença (Humphreys et al., 2014). Tantos os sinais como os sintomas podem ser alvo da atenção dos profissionais e da pessoa, no entanto, para esta, os sintomas podem ser um problema mais significativo, uma vez que a gestão e resultados são frequentemente da sua responsabilidade (Larson et al., 1994). Quer o alvo seja a eliminação do sintoma ou a redução do sofrimento a este associado, a TGS oferece a possibilidade de orientar a intervenção na prática clínica bem como a investigação (Humphreys et al., 2014; Larson et al., 1994).

Figura 1: Modelo Concetual de Gestão de Sintomas - Revisto



Nota. Extraído de Dodd et al. (2001)

4. Finalidade e objetivos

A dor crónica secundária é um dos motivos de procura de cuidados de saúde e de sofrimento físico e mental, impactando negativamente na qualidade de vida (Cohen et al., 2021; Vasconcelos & Araújo, 2018). Conhecer a sua fisiopatologia é elementar para a compreender e implementar cuidados personalizados, sendo que o controlo da dor engloba intervenções que objetivam a sua prevenção e/ou tratamento, isto é, eliminação ou redução para níveis aceitáveis pela pessoa (Chen et al., 2023; OE, 2008). Segundo LeFort & McGillion (2021) a autogestão é o passo fundamental no tratamento da dor. Neste âmbito, é primordial empoderar a pessoa, ampliando a sua capacidade de fazer escolhas e transformar essas escolhas em ações pretendidas, assim como de controlar a sua saúde e envolver-se nos seus cuidados (BIREME/OPAS/OMS, 2023; Pekonen et al., 2020).

Numa pesquisa preliminar de revisões sistemáticas e de scoping, realizada em novembro de 2023, na JBI Evidence Synthesis e nas bases de dados, PubMed, Cochrane Database of Systematic Reviews (via EBSCOhost) e CINAHL Complete (via EBSCOhost), não foram encontradas revisões sobre o tema do empowerment na pessoa com dor crónica secundária.

Considerou-se que a temática merecia ser estudada e que os enfermeiros especialistas, como profissionais indispensáveis no cuidado centrado na pessoa, poderiam fazer a diferença no empowerment da pessoa com dor crónica secundária.

É finalidade deste estudo a compreensão do conceito de empowerment, o que permite ao enfermeiro desenvolver estratégias estruturadas, baseadas na evidência, que contribuem significativamente para a melhoria dos cuidados prestados centrados na pessoa com dor crónica secundária.

Assim, decidiu-se realizar uma Scoping Review (ScR) que permitisse responder à questão: Qual a evidência científica sobre o empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório?, cujo objetivo foi: Mapear a evidência científica sobre o empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório.

Este estudo é um contributo para um estudo mais abrangente, ePowerCare4All, em desenvolvimento na Escola Superior de Saúde Norte, da Cruz Vermelha Portuguesa.

5. Metodologia

Realizou-se uma ScR, que de acordo com Peters et al. (2020) permite identificar as principais características relacionadas com um conceito, identificar e examinar lacunas no conhecimento e é um importante predecessor da necessidade de revisões sistemáticas. Tendo em vista a confiabilidade dos resultados desenvolveu-se, no desenho/condução do estudo, o método de forma rigorosa e transparente, considerando permanentemente as questões éticas (Peters et al., 2020). O protocolo desta revisão foi registado na Open Science Framework (<https://doi.org/10.17605/OSF.IO/TH527>).

5.1. Desenho do estudo

Tendo por base a questão de investigação anteriormente apresentada, a ScR seguiu os critérios de elegibilidade definidos pelo JBI (Peters et al., 2020), População, Conceito e Contexto (PCC) (Tabela 1). A frase booleana construída foi adaptada para cada uma das bases de dados, conforme apresentado na Tabela 2, através de testes piloto, de modo a permitir que o processo de seleção de fontes fosse rigoroso, transparente e reproduzível (Peters et al., 2020).

Conforme recomendado pelo JBI foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três etapas (Peters et al., 2020):

- a) Pesquisa inicial em duas bases de dados online, relevantes para o tema em questão, em novembro de 2023: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed, e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL Complete), via EBSCOhost, com o objetivo de identificar e analisar as palavras chave e os descritores utilizados no título e no resumo dos estudos;
- b) Pesquisa em todas as bases de dados incluídas na ScR, em fevereiro de 2024: MEDLINE (via PubMed); CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews e Mediclatina (via EBSCOhost); SciELO e RCAAP, usando-se as palavras chave e descritores indexados encontrados na primeira etapa;
- c) Análise de todas as referências bibliográficas dos estudos incluídos na revisão.

Para gestão dos resultados da pesquisa foi utilizada a plataforma online *Rayyan.ai*. Foi realizada uma análise das fontes com base no título e resumo e posteriormente com base no

texto completo, sendo as decisões dos revisores, de incorporação dos estudos, fundamentados nos critérios de inclusão e exclusão apresentados na Tabela 3 (Peters et al., 2020). O processo de seleção foi feito independentemente por dois revisores sendo as divergências resolvidas por consenso ou por um terceiro revisor, conforme preconizado pelo JBI. Nunca existiram divergências entre os dois investigadores.

A descrição narrativa do processo de revisão foi acompanhada pelo fluxograma PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension for Scoping Reviews), que detalha o fluxo de pesquisa, identificação das fontes, seleção e inclusão (Page et al., 2021).

Para a extração de dados utilizou-se o formulário desenvolvido pelo JBI (Peters et al., 2020), que inclui os detalhes e as características das fontes de evidência. Foram mantidos registos interativos e cuidadosos para identificar cada fonte, de forma a reconhecer dados adicionais a mapear e foi feito um teste do formulário de extração em duas ou três fontes por ambos os revisores, para assegurar que todos os resultados relevantes fossem extraídos (Peters et al., 2020).

A apresentação dos resultados foi feita sob a forma de tabela (número, autor, ano, país, desenho do estudo, objetivo, amostra, intervenção e resultados), destacando as evidências encontradas em relação com o tema em questão.

A análise das evidências foi feita através de um mapeamento descritivo dos resultados.

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

Tabela 1: Quadro do PCC, Palavras Chave, Descritores indexados MeSH/DeCS e CINAHL Headings

PCC		Palavras Chave	Termos MeSH/DeCS	CINAHL Headings
População	Pessoa com dor crónica secundária	Dor Crónica	Chronic pain Pain, chronic Chronic secondary pain Pain, chronic secondary Secondary pain, chronic	Chronic pain Chronic pain (NANDA) Chronic pain (Saba CCC)
Conceito	Empowerment	Empoderamento	Empowerment Patient Participation Participation, patient Patient involvement Involvement, patient Patient empowerment Empowerment, patient Patient activation Activation, patient Patient engagement Engagement, patient Power, psychological Powers, psychological Psychological power Psychological powers Power Power, personal Personal power	Empowerment Patient participation Consumer participation Power

(continua)

(continua)

PCC		Palavras Chave	Termos MeSH/DeCS	CINAHL Headings
Contexto	Ambulatório	Assistência Ambulatorial	Ambulatory care Care, ambulatory Outpatient care Care, outpatient Health services, outpatient Health service, outpatient Outpatient health service Service, outpatient health Outpatient health services Outpatient services Outpatient service Service, outpatient Services, outpatient Services, outpatient health Clinic visits Clinic visit Visit, clinic Visits, clinic Outpatient clinics, hospital Ambulatory care facilities, hospital Hospital outpatient clinics Clinic, hospital outpatient Clinics, hospital outpatient Hospital outpatient clinic Outpatient clinic, hospital Outpatients Outpatient Out-patients Out patients	Ambulatory care Outpatient service Outpatients

Nota. Elaboração própria

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

Tabela 2: Estratégia de Pesquisa

ESTRATÉGIA DE PESQUISA	BASES DE DADOS	RESULTADOS
<p>((((((((Chronic Pain[Title/Abstract]) OR (Chronic Pain[MeSH Terms])) OR (Pain, Chronic[Title/Abstract])) OR (Pain, Chronic[MeSH Terms])) OR (Chronic Secondary Pain[Title/Abstract])) OR (Chronic Secondary Pain[MeSH Terms])) OR (Pain, Chronic Secondary[Title/Abstract])) OR (Pain, Chronic Secondary[MeSH Terms])) OR (Secondary Pain, Chronic[Title/Abstract])) OR (Secondary Pain, Chronic[MeSH Terms])) AND (((((((((((((((((((((((((((((((Empowerment[Title/Abstract]) OR (Empowerment[MeSH Terms])) OR (Patient Participation[Title/Abstract])) OR (Patient Participation[MeSH Terms])) OR (Participation, Patient[Title/Abstract])) OR (Participation, Patient[MeSH Terms])) OR (Patient Involvement[Title/Abstract])) OR (Patient Involvement[MeSH Terms])) OR (Involvement, Patient[Title/Abstract])) OR (Involvement, Patient[MeSH Terms])) OR (Patient Empowerment[Title/Abstract])) OR (Patient Empowerment[MeSH Terms])) OR (Empowerment, Patient[Title/Abstract])) OR (Empowerment, Patient[MeSH Terms])) OR (Patient Activation[Title/Abstract])) OR (Patient Activation[MeSH Terms])) OR (Activation, Patient[Title/Abstract])) OR (Activation, Patient[MeSH Terms])) OR (Patient Engagement[Title/Abstract])) OR (Patient Engagement[MeSH Terms])) OR (Engagement, Patient[Title/Abstract])) OR (Engagement, Patient[MeSH Terms])) OR (Power, Psychological[Title/Abstract])) OR (Power, Psychological[MeSH Terms])) OR (Powers, Psychological[Title/Abstract])) OR (Powers, Psychological[MeSH Terms])) OR (Psychological Power[Title/Abstract])) OR (Psychological Power[MeSH Terms])) OR (Psychological Powers[Title/Abstract])) OR (Psychological Powers[MeSH Terms])) OR (Power[Title/Abstract])) OR (Power[MeSH Terms])) OR (Power, Personal[Title/Abstract])) OR (Power, Personal[MeSH Terms])) OR (Personal Power[Title/Abstract])) OR (Personal Power[MeSH Terms])) AND (((((((((((((((((((((((((((((((Ambulatory Care[Title/Abstract]) OR (Ambulatory Care[MeSH Terms])) OR (Care, Ambulatory[Title/Abstract])) OR (Care, Ambulatory[MeSH Terms])) OR (Outpatient Care[Title/Abstract])) OR (Outpatient Care[MeSH Terms])) OR (Care, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Care, Outpatient[MeSH Terms])) OR (Health Services, Outpatient[Title/Abstract]))</p>	MEDLINE	50

(continua)

(continua)

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

OR (Health Services, Outpatient[MeSH Terms])) OR (Health Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Health Service, Outpatient[MeSH Terms])) OR (Outpatient Health Service[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Service[MeSH Terms])) OR (Service, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient Health[MeSH Terms])) OR (Outpatient Health Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Health Services[MeSH Terms])) OR (Outpatient Services[Title/Abstract])) OR (Outpatient Services[MeSH Terms])) OR (Outpatient Service[Title/Abstract])) OR (Outpatient Service[MeSH Terms])) OR (Service, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Service, Outpatient[MeSH Terms])) OR (Services, Outpatient[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient[MeSH Terms])) OR (Services, Outpatient Health[Title/Abstract])) OR (Services, Outpatient Health[MeSH Terms])) OR (Clinic Visits[Title/Abstract])) OR (Clinic Visits[MeSH Terms])) OR (Clinic Visit[Title/Abstract])) OR (Clinic Visit[MeSH Terms])) OR (Visit, Clinic[Title/Abstract])) OR (Visit, Clinic[MeSH Terms])) OR (Visits, Clinic[Title/Abstract])) OR (Visits, Clinic[MeSH Terms])) OR (Outpatient Clinics, Hospital[Title/Abstract])) OR (Outpatient Clinics, Hospital[MeSH Terms])) OR (Ambulatory Care Facilities, Hospital[Title/Abstract])) OR (Ambulatory Care Facilities, Hospital[MeSH Terms])) OR (Hospital Outpatient Clinics[Title/Abstract])) OR (Hospital Outpatient Clinics[MeSH Terms])) OR (Clinic, Hospital Outpatient[Title/Abstract])) OR (Clinic, Hospital Outpatient[MeSH Terms])) OR (Clinics, Hospital Outpatient[Title/Abstract])) OR (Clinics, Hospital Outpatient[MeSH Terms])) OR (Hospital Outpatient Clinic[Title/Abstract])) OR (Hospital Outpatient Clinic[MeSH Terms])) OR (Outpatient Clinic, Hospital[Title/Abstract])) OR (Outpatient Clinic, Hospital[MeSH Terms])) OR (Outpatients[Title/Abstract])) OR (Outpatients[MeSH Terms])) OR (Outpatient[Title/Abstract])) OR (Outpatient[MeSH Terms])) OR (Out-patients[Title/Abstract])) OR (Out-patients[MeSH Terms])) OR (Out patients[Title/Abstract])) OR (Out patients[MeSH Terms])) OR (Out-patient[Title/Abstract])) OR (Out-patient[MeSH Terms]))

BASES DE DADOS**RESULTADOS**

(continua)

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

(continua)

ESTRATÉGIA DE PESQUISA	BASES DE DADOS	RESULTADOS
((TI Chronic Pain OR AB Chronic Pain OR SU Chronic Pain) OR (TI Pain, Chronic OR AB Pain, Chronic OR SU Pain, Chronic) OR (TI Chronic Secondary Pain OR AB Chronic Secondary Pain OR SU Chronic Secondary Pain) OR (TI Pain, Chronic Secondary OR AB Pain, Chronic Secondary OR SU Pain, Chronic Secondary) OR (TI Secondary Pain, Chronic OR AB Secondary Pain, Chronic OR SU Secondary Pain, Chronic)) AND ((TI Empowerment OR AB Empowerment OR SU Empowerment) OR (TI Patient Participation OR AB Patient Participation OR SU Patient Participation) OR (TI Participation, Patient OR AB Participation, Patient OR SU Participation, Patient) OR (TI Patient Involvement OR AB Patient Involvement OR SU Patient Involvement) OR (TI Involvement, Patient OR AB Involvement, Patient OR SU Involvement, Patient) OR (TI Patient Empowerment OR AB Patient Empowerment) OR (TI Empowerment, Patient OR AB Empowerment, Patient OR SU Empowerment, Patient) OR (TI Patient Activation OR AB Patient Activation OR SU Patient Activation) OR (TI Activation, Patient OR AB Activation, Patient OR SU Activation, Patient) OR (TI Patient Engagement OR AB Patient Engagement OR SU Patient Engagement) OR (TI Engagement, Patient OR AB Engagement, Patient OR SU Engagement, Patient) OR (TI Power, Psychological OR AB Power, Psychological OR SU Power, Psychological) OR (TI Powers, Psychological OR AB Powers, Psychological OR SU Powers, Psychological) OR (TI Psychological Power OR AB Psychological Power OR SU Psychological Power) OR (TI Psychological Powers OR AB Psychological Powers OR SU Psychological Powers) OR (TI Power OR AB Power OR SU Power) OR (TI Power, Personal OR AB Power, Personal OR SU Power, Personal) OR (TI Personal Power OR AB Personal Power OR SU Personal Power)) AND ((TI Ambulatory Care OR AB Ambulatory Care OR SU Ambulatory Care) OR (TI Care, Ambulatory OR AB Care, Ambulatory OR SU Care, Ambulatory))	MEDLINE Complete	40
	Cochrane Database of Systematic Reviews	0
	MedicLatina	0

(continua)

(continua)

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

OR (TI Outpatient Care OR AB Outpatient Care OR SU Outpatient Care) OR (TI Care, Outpatient OR AB Care, Outpatient OR SU Care, Outpatient) OR (TI Health Services, Outpatient OR AB Health Services, Outpatient OR SU Health Services, Outpatient) OR (TI Health Service, Outpatient OR AB Health Service, Outpatient OR SU Health Service, Outpatient) OR (TI Outpatient Health Service OR AB Outpatient Health Service OR SU Outpatient Health Service) OR (TI Service, Outpatient Health OR AB Service, Outpatient Health OR SU Service, Outpatient Health) OR (TI Outpatient Health Services OR AB Outpatient Health Services OR SU Outpatient Health Services) OR (TI Outpatient Services OR AB Outpatient Services OR SU Outpatient Services) OR (TI Outpatient Service OR AB Outpatient Service OR SU Outpatient Service) OR (TI Service, Outpatient OR AB Service, Outpatient OR SU Service, Outpatient) OR (TI Services, Outpatient OR AB Services, Outpatient OR SU Services, Outpatient) OR (TI Services, Outpatient Health OR AB Services, Outpatient Health OR SU Services, Outpatient Health) OR (TI Clinic Visits OR AB Clinic Visits OR SU Clinic Visits) OR (TI Clinic Visit OR AB Clinic Visit OR SU Clinic Visit) OR (TI Visit, Clinic OR AB Visit, Clinic OR SU Visit, Clinic) OR (TI Visits, Clinic OR AB Visits, Clinic OR SU Visits, Clinic) OR (TI Outpatient Clinics, Hospital OR AB Outpatient Clinics, Hospital OR SU Outpatient Clinics, Hospital) OR (TI Ambulatory Care Facilities, Hospital OR AB Ambulatory Care Facilities, Hospital OR SU Ambulatory Care Facilities, Hospital) OR (TI Hospital Outpatient Clinics OR AB Hospital Outpatient Clinics OR SU Hospital Outpatient Clinics) OR (TI Clinic, Hospital Outpatient OR AB Clinic, Hospital Outpatient OR SU Clinic, Hospital Outpatient) OR (TI Clinics, Hospital Outpatient OR AB Clinics, Hospital Outpatient OR SU Clinics, Hospital Outpatient) OR (TI Hospital Outpatient Clinic OR AB Hospital Outpatient Clinic OR SU Hospital Outpatient Clinic) OR (TI Outpatient Clinic, Hospital OR AB Outpatient Clinic, Hospital OR SU Outpatient Clinic, Hospital) OR (TI Outpatients OR AB Outpatients OR SU Outpatients) OR (TI Outpatient OR AB Outpatient OR SU Outpatient) OR (TI Out-patients OR AB Out-patients OR SU Out-patients) OR (TI Out patients OR AB Out patients OR SU Out patients) OR (TI Out-patient OR AB Out-patient OR SU Out-patient)))

BASES DE DADOS**RESULTADOS**

(continua)

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

(continua)

ESTRATÉGIA DE PESQUISA	BASES DE DADOS	RESULTADOS
((TI Chronic Pain OR AB Chronic Pain OR SU Chronic Pain) OR (TI Chronic Pain (NANDA) OR AB Chronic Pain (NANDA) OR SU Chronic Pain (NANDA)) OR (TI Chronic Pain (Saba CCC) OR AB Chronic Pain (Saba CCC) OR SU Chronic Pain (Saba CCC))) AND ((TI Empowerment OR AB Empowerment OR SU Empowerment) OR (TI Patient Participation OR AB Patient Participation OR SU Patient Participation) OR (TI Consumer Participation OR AB Consumer Participation OR SU Consumer Participation) OR (TI Power OR AB Power OR SU Power)) AND ((TI Ambulatory Care OR AB Ambulatory Care OR SU Ambulatory Care) OR (TI Outpatient Service OR AB Outpatient Service OR SU Outpatient Service) OR (TI Outpatients OR AB Outpatients OR SU Outpatients))	CINAHL Complete	59
((Chronic Pain) OR (Pain, Chronic) OR (Chronic Secondary Pain) OR (Pain, Chronic Secondary) OR (Secondary Pain, Chronic)) AND ((Empowerment) OR (Patient Participation) OR (Participation, Patient) OR (Patient Involvement) OR (Involvement, Patient) OR (Patient Empowerment) OR (Empowerment, Patient) OR (Patient Activation) OR (Activation, Patient) OR (Patient Engagement) OR (Engagement, Patient) OR (Power, Psychological) OR (Powers, Psychological) OR (Psychological Power) OR (Psychological Powers) OR (Power) OR (Power, Personal) OR (Personal Power)) AND ((Ambulatory Care) OR (Care, Ambulatory) OR (Outpatient Care) OR (Care, Outpatient) OR (Health Services, Outpatient) OR (Health Service, Outpatient) OR (Outpatient Health Service) OR (Service, Outpatient Health) OR (Outpatient Health Services) OR (Outpatient Services) OR (Outpatient Service) OR (Service, Outpatient) OR (Services, Outpatient) OR (Services, Outpatient Health) OR (Clinic Visits) OR (Clinic Visit) OR (Visit, Clinic) OR (Visits, Clinic) OR (Outpatient Clinics, Hospital) OR (Ambulatory Care Facilities, Hospital) OR (Hospital Outpatient Clinics) OR (Clinic, Hospital Outpatient) OR (Clinics, Hospital Outpatient) OR (Hospital Outpatient Clinic) OR (Outpatient Clinic, Hospital) OR (Outpatients) OR (Outpatient) OR (Out-patients) OR (Out patients) OR (Out-patient))	SciELO	6

(continua)

(continua)

ESTRATÉGIA DE PESQUISA	BASES DE DADOS	RESULTADOS
Chronic Pain AND Empowerment	RCAAP	11

Nota. Elaboração própria

Tabela 3: Quadro de Critérios de Inclusão e Exclusão

	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
POPULAÇÃO	Pessoas com idade igual ou superior a 18 anos; Pessoas com dor crónica secundária	Pessoas com dor crónica secundária relacionada com o cancro
CONCEITO	Conceito de empowerment	
CONTEXTO	Cuidados que sejam prestados em regime de ambulatório	
TIPO DE FONTES DE EVIDÊNCIA	Todo o tipo de estudos: primários; secundários; quantitativos; qualitativos; revisões de literatura e literatura cinzenta, relacionados com o assunto em questão; Artigos com acesso ao texto completo	Resumos, artigos em conferências, artigos de opinião e protocolos

Nota. Elaboração própria

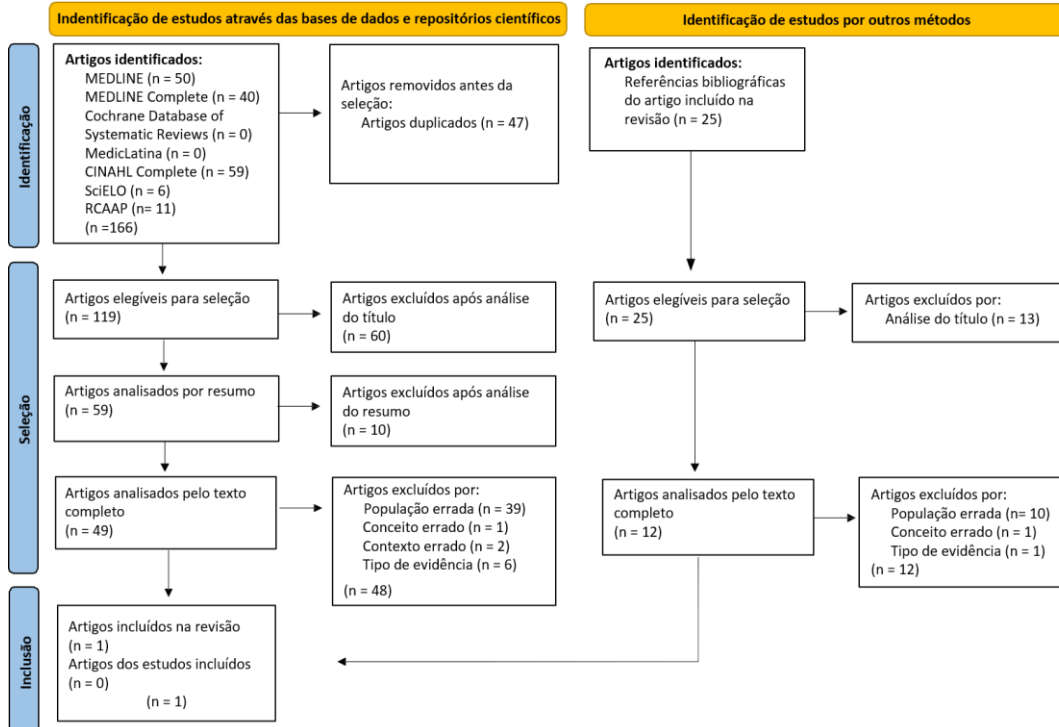
Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

6. Resultados

Dos 119 estudos elegíveis, identificados nas bases de dados e repositórios científicos, 1 estudo foi incluído na revisão (Figura 2). Após análise das referências bibliográficas do artigo incluído verificou-se que não foi incluído mais nenhum estudo, mantendo-se assim 1 artigo incluído na ScR, tendo por foco o empowerment na pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório.

O estudo incluído foi desenvolvido em Portugal, resultou de um percurso de Mestrado e não foi submetido a revisão por pares, tendo sido identificado no RCAAP. O desenho de investigação consistiu num estudo piloto quali-quantitativo observacional, que preparou as bases para um estudo qualitativo por focus group. As evidências extraídas do estudo são apresentadas na Tabela 4. Da sua análise emergiram quatro áreas temáticas centrais: gestão da dor; educação para a saúde; redes de apoio e comportamentos de adesão.

Figura 2: Fluxograma de Pesquisa PRISMA



Nota. Elaboração própria com base no PRISMA flow diagram for new systematic reviews which included searches of databases and other sources (Page et al., 2021)

Tabela 4: Extração de Evidências

Autor/Ano/País	Santos et al./2022/Portugal
Desenho	Estudo piloto quali-quantitativo observacional, preparando as bases para um estudo qualitativo por focus group
Objetivo	Avaliar as experiências, expectativas e necessidades sentidas pelos doentes com Gonartrose (GA), no controlo da dor, nos Cuidados de Saúde Primários.
Amostra	19 participantes com GA e Dor Crónica, com uma média de idade de 66 anos
Resultados	<p>A necessidade e importância da gestão da dor encontram-se patentes e são reconhecidas pelos participantes neste estudo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 68,4% (13) tinham a dor controlada, 21,1% (4) não tinham a dor controlada e 10,5% (2) não responderam. Nos que responderam, 89,5% (17), a média de dor era de 6,82 numa escala de 0 a 10 (dor moderada). Dos que não tinham a dor controlada, 2 tinham sempre dores e outros dois referiram agravamento com o movimento. Um considerava que era preciso saber viver com a dor. - 52,6% (10) referiram sentir limitações em algumas atividades do seu dia-a-dia e 10,5% (2) em todas as atividades (ex. limpezas, ir às compras, apanhar coisas do chão). 1 não respondeu e 2 não reportaram dificuldades. - As expectativas reportadas relativas ao plano de tratamento foram: 36,8% (7) melhorar a função; 31,6% (6) não agravar a condição; 26,3% (5) melhorar ou eliminar a dor e 15,8% (3) melhorar o bem-estar geral. <p>No estudo verificou-se que a educação para a saúde é valorizada pelos participantes na gestão da dor e da doença:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 89,5% (17) considerou positiva a informação sobre os tratamentos para a gestão da dor e 10,5% (2) ou não responderam, ou afirmaram ter pouca informação. A maioria, 95% (18), referiu saber como agir se tiver sintomas descontrolados. - 68,4% (13) afirmaram sentir-se informados e esclarecidos acerca da sua GA. 1 participante afirmou sentir-se informado, mas ainda não perceber a causa da dor. 26,3% (5) referiram não se sentir informados e esclarecidos acerca da sua condição, fazendo parte deste grupo os que não estavam satisfeitos com o acesso aos cuidados e nº de consultas. - 42,1% conseguiram dar exemplos de tipos de exercício dirigido ao controlo da dor (ex. hidroginástica, reforço muscular, bicicleta, esforço sem pesos).

(continua)

Empowerment da pessoa com dor crônica secundária em contexto de ambulatório

Resultados

O estudo mostrou que as **redes de apoio** a nível familiar, social e de assistência à saúde são diferenciadoras e necessárias do ponto de vista dos participantes:

- 52.6% (10) revelou limitação nas atividades do dia-a-dia, precisando de mais apoio de amigos e familiares (ex. fazer compras).
- 47,4% (9) reconheceram o impacto da dor na rede familiar e de amigos, no que concerne a maior nível de dependência.
- 84.2% (16) estavam satisfeitos com o acesso à consulta quando tinham dor, sendo que os restantes gostariam de ter mais consultas presenciais e falar mais com o médico.
- 84,2% (16) eram seguidos pelo médico de família, 21,1% (4) eram seguidos pelo médico de família e/ou outras especialidades (Ortopedia, Fisiatria, Reumatologia) e 10,5% (1) não tinha seguimento. Um dos participantes seguido pelo médico de família afirmou "não consigo ir a outras consultas pois não me mexo bem" (Santos et al., 2022, p. 16)
- 26,3% (5) reportaram dificuldade em suportar os custos com a terapêutica.

Observou-se que os **comportamentos de adesão** estão relacionados com a motivação e o envolvimento dos participantes nos processos de tomada de decisão em relação à saúde:

- 84,2% (16) consideravam terem em conta a sua experiência e opinião e 15,8% (3) afirmavam ter acordado o plano terapêutico com o médico;
- A maioria dos participantes (16) referiu seguir o tratamento recomendado. Um (5,2%) mencionou não cumprir o tratamento por completo, "é muito aborrecido e estar sempre a tomar comprimidos sem ter ajudas é muito mau" (Santos et al., 2022, p. 19) e outro participante referiu que os tratamentos não fazem nada "Tenho de tomar os medicamentos que não me fazem nada" (Santos et al., 2022, p. 19)
- 68,4% (16) acreditavam que a atividade física era benéfica, sendo que 63,2% (12) reportaram praticar exercício físico (caminhada, bicicleta estática, musculação). 26,3% acreditavam estar a fazer o exercício adequado ao controlo da dor.
- 10,5% (2) destacaram a importância da manutenção da atividade física, referindo perceber que quando não fazia exercício (bicicleta) ficava pior. 5,3% (1) reportava que apesar da dor reconhecia que a mobilidade era benéfica.
- 21,1% (4) não consideravam a atividade física benéfica porque aumentava a dor ou por não a conseguirem fazer.

Nota: Elaboração própria

(continua)

7. Discussão

O estudo incluído na ScR (Santos et al., 2022) foi realizado em Portugal, apresentava tamanho amostral limitado, o que levou a que os resultados fossem analisados com cuidado e encontrava-se arquivado no RCAAP, não tendo sido sujeito a revisão por pares, considerando-se, no entanto, que seria útil a sua análise para resposta à questão de investigação. A importância da inclusão de literatura cinzenta na investigação, mesmo em revisões sistemáticas, é apresentada por Paez (2017) quando refere que esta pode fornecer dados que não se encontram publicados em revistas científicas, diminuindo o risco de viés de publicação e promovendo o equilíbrio da pesquisa. O mesmo autor refere ainda que cerca de 26 a 41% das evidências encontradas nas revisões sistemáticas provêm de literatura cinzenta.

A limitada evidência foi acentuada pela necessidade de se excluírem artigos relacionados com o conceito de empowerment, por indefinição na especificação do tipo de dor crónica, ou a inclusão simultânea de participantes com dor crónica secundária e primária nos estudos (Bryl et al., 2021; Bujak et al., 2020; Ekhammar et al., 2016; Hållstam et al., 2015; Köppen et al., 2018; Matthias et al., 2024; Ross et al., 2020; Watson et al., 2014). Conforme afirmam Treede et al. (2019) a falta de codificação apropriada dificulta a investigação e reduz a probabilidade de definir claramente o tratamento/orientação das pessoas com dor crónica. Reconhecendo esta problemática e na tentativa de contribuir para essa clarificação, a OMS em cooperação com a IASP desenvolveu um sistema de classificação da dor crónica, aplicável a vários contextos para ser utilizado a partir de junho 2019 (WHO, 2024d)

Da análise do artigo incluído na revisão emergiram quatro áreas temáticas centrais, a gestão da dor, a educação para a saúde, as redes de apoio e os comportamentos de adesão.

A melhoria da qualidade de vida da pessoa com dor passa, entre outros, pela capacidade de gerir a dor, eliminando-a ou reduzindo-a para níveis considerados aceitáveis pela pessoa. (OE, 2008). No estudo incluído, a necessidade e importância da **gestão da dor** crónica secundária encontrava-se patente e foi reconhecida pelos participantes (Santos et al., 2022). Segundo Peate (2021) as pessoas que experienciam dor crónica, muitas vezes desejam um diagnóstico definitivo e um tratamento efetivo, o que nem sempre é possível, sendo necessário fazer uma avaliação adequada da dor e tomar decisões partilhadas relativas ao tratamento, com base no conhecimento de como a dor afeta a vida da pessoa, em termos pessoais, profissionais, sociais e de relação com a família e amigos. A maioria dos

participantes referiram sentir limitações em algumas atividades do seu dia-a-dia, o que evidenciou o impacto que a dor tem na vida da pessoa (Santos et al., 2022).

Todas as pessoas experienciam a dor de forma diferente e empoderá-las para a autogerir mostra compromisso com os cuidados individualizados (Peate, 2021).

Para Kang et al. (2024) a autogestão pode ser entendida como uma abordagem ou conjunto de abordagens, inicialmente ensinadas por profissionais de saúde e/ou aprendidas pela pessoa, que permitem que estas consigam minimizar o impacto da dor crónica na sua vida. Os mesmos autores referem que um dos aspetos da autogestão é a capacidade de definir objetivos, fazendo parte do empowerment da pessoa com dor crónica. Esta capacidade permite que, dentro da sua dor e limitações, a pessoa consiga identificar uma situação e demonstre aptidão para estabelecer um curso de ação, que permita realizar algo específico e exequível, que lhe seja aprazível (Kang et al., 2024). As principais competências para uma autogestão eficaz passam por: resolução de problemas (definição do problema, possíveis soluções, avaliação de resultados); tomada de decisão (resposta a mudanças no dia-a-dia como, o que posso fazer se a dor surgir ou piorar); utilização de recursos (como encontrar e utilizar os recursos), construção de uma relação de parceria com os profissionais de saúde (comunicação, escolhas informadas) e tomar medidas (mudar comportamentos, realizar ações a curto prazo) (Kang et al., 2024).

No estudo de Santos et al. (2022) houve menção à necessidade de saber viver com a dor, o que, de acordo com Beiranvand et al. (2023), é um dos aspetos fundamentais na gestão da dor crónica. Bujak et al. (2020) reforçam esta ideia quando referem, num estudo relacionado com a ativação de pessoas com dor crónica, que a intensidade da dor pode ser menos relevante do que a aceitação da mesma durante a realização das atividades.

Beiranvand et al. (2023) afirmam que a aceitação é um dos mecanismos adaptativos através do qual a pessoa com dor crónica consegue manter a saúde mental e a capacidade funcional, sendo, pois, um indicador do estado funcional (físico, psicológico e social) e da incapacidade. Aceitar, significa mudar o foco em controlar eventos incontroláveis (ex. dor, emoções negativas) para fatores controláveis (Beiranvand et al., 2023), sendo que, de acordo com Alipour et al. (2021) leva a um melhor desempenho e a uma redução da ansiedade e depressão, fatores com impacto negativo no empowerment da pessoa. Estes autores afirmam que um dos fatores facilitadores do empowerment psicológico da pessoa com dor crónica, é a aceitação e que esta é influenciada pelo conhecimento do tipo e da causa da dor, bem como dos meios para lidar com ela, conseguindo a pessoa viver a vida com um certo nível de dor.

Relativamente ao plano de tratamento, as expectativas dos participantes do estudo incluído, relacionavam-se com a melhoria da função, o não agravamento da condição, a melhoria ou eliminação da dor e a melhoria do bem-estar geral, o que de acordo com uma pesquisa de Coleman et al. (2012), pode ser possível com a implementação de programas de intervenção estruturados de autogestão, obtendo ganhos significativos na qualidade de vida e na funcionalidade. Bryl et al (2021) reforçam esta ideia quando reportam que os participantes de um programa interprofissional de gestão da dor crónica, “Power Over Pain”, referiram que a participação no programa os ajudou a gerir melhor a dor, a otimizar o funcionamento físico e a aumentar a autoeficácia, tendo mais consciência de si e das suas necessidades.

A **educação para a saúde** emerge como área fulcral no empowerment para a gestão da doença e da dor crónica secundária, quer pela pessoa, quer pelos prestadores de cuidados, sendo relacionada com a informação sobre a condição de saúde e sobre os tratamentos (Santos et al., 2022). Watson et al. (2014) corroboram esta constatação, num estudo que incluía pessoas com dor crónica primária e secundária e cujo objetivo era promover o empowerment da pessoa na gestão da dor. Neste estudo, a educação da pessoa era considerada um componente central dos cuidados de elevada qualidade, principalmente no que concerne à pessoa com dor crónica não oncológica. Pretendia-se que as pessoas estivessem informadas das opções de tratamento, compreendessem a utilização da medicação e fossem participantes ativos na satisfação das suas necessidades de cuidados de saúde (Watson et al., 2014). Em mais dois estudos, cuja intervenção almejava o empowerment (Bryl et al., 2021) e a ativação (Bujak et al., 2020) da pessoa com dor crónica, a educação para a saúde foi sempre considerada relevante. No caso de Bryl et al. (2021), a educação para a saúde incluía informações sobre dor, dieta, exercícios, medicamentos, atenção plena, psicoeducação, gestão de stress e autocuidado e no caso de Bujak et al. (2020) incluía ensino sobre dor, gestão farmacológica e definição de objetivos. No estudo de Bryl et al. (2021) os participantes referiram que a melhor compreensão da dor crónica tornou possível uma reestruturação cognitiva que os ajudou a passar de um sentimento de bloqueio para um sentimento de poder em relação à dor e sua gestão, conseguindo estabelecer limites e avaliar as suas necessidades (Bryl et al., 2021).

Kang et al. (2024) afirmam que o empowerment de pessoas com condições crónicas é mais eficaz quando os profissionais de saúde deixam de se concentrar numa condição específica, ou num sinal ou sintoma, e passam a trabalhar com a pessoa de uma forma holística, dotando-a das competências necessárias para tomar decisões informadas e tratar do que mais lhe interessa. Isto engloba a aprendizagem de três pilares da gestão, no que é

viver com dor crónica: gestão farmacológica (gerir a medicação prescrita, funcionando em parceria com os prestadores de cuidados); gestão de papéis (manter, alterar ou criar novos comportamentos ou papéis significativos na vida); gestão emocional (lidar com o medo, a frustração, a raiva e a depressão por ter uma doença crónica) (Kang et al., 2024).

No contexto da educação para a saúde é fundamental que os profissionais se certifiquem que a pessoa assimilou e compreendeu a informação que lhe foi fornecida (Santos et al., 2022), pois segundo a pesquisa de Köppen et al. (2018) muitas pessoas têm dificuldade em compreender as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, quer pela utilização de linguagem técnica, quer pelo fornecimento de demasiada informação em simultâneo e da não confirmação de compreensão da mesma, com recurso, por exemplo, a estratégias de teach-back. Weisbeck et al. (2019) acrescentam que a pessoa pode até ficar sem poder de comunicação, quando não consegue compreender a informação que lhe é apresentada. De acordo com Köppen et al. (2018) a informação deve ser preparada e transmitida individualmente, considerando o conhecimento e necessidades da pessoa, promovendo a literacia em saúde e consequentemente o empowerment da pessoa com dor crónica, o que contribui para melhorar a autogestão da dor e a capacidade de desenvolver estratégias de coping (ex. resolução de problemas, procura de informação, reavaliação e/ou reenquadramento, distração, oração ou esperança).

A literacia em saúde é definida pela OMS como “o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde, por forma a promover e a manter uma boa saúde” (Arriaga et al., 2023, p. 4). A baixa literacia em saúde impacta no desenvolvimento de competências de autogestão, fundamental no tratamento das condições crónicas, no entanto existe pouca evidência no que concerne especificamente ao impacto da baixa literacia na gestão da dor crónica (Köppen et al., 2018). Uma revisão sistemática sobre a associação entre a literacia em saúde e a autogestão da dor crónica corrobora esta evidência, fazendo referência à existência de pouca informação sobre a contribuição da literacia em saúde para a autogestão da dor (Kim et al., 2022). Devrag et al. (2013) e Joplin et al. (2015), citados por Köppen et al. (2018), referem, no entanto, que nos estudos realizados num grupo de pessoas com dor crónica, encontraram associação entre maiores níveis de intensidade da dor e baixo nível de conhecimento, sobre medicação e sobre formas de tratamento da dor sem medicação, bem como, sobre como encontrar profissionais de saúde que as ajudassem a gerir a dor. Num estudo de Hållstam et al. (2015) é referido pelos participantes que o contributo para a autogestão e integração da dor na vida quotidiana, passou pela informação recebida sobre a dor, dando-lhes poder e responsabilidade para administrar a própria vida.

As **redes de apoio** são desejáveis e basilares para o empowerment da pessoa com dor crónica, uma vez que este requer cuidados individualizados e centrados na pessoa, tendo por base a empatia e o estabelecimento de uma relação de confiança com os profissionais de saúde, bem como, suporte familiar e social (Castro et al., 2016).

A satisfação com o acesso às consultas aquando da existência de dor, o desejo de mais consultas presenciais e de mais diálogo com o prestador de cuidados, apresentou-se como uma realidade que interferia com a gestão da dor (Santos et al., 2022), sendo que, de acordo com Hållstam et al. (2015) o encontro com os profissionais de saúde pode ser ou não promotor do empowerment, na medida em que depende da significância, qualidade e centralidade dos cuidados prestados.

Na literatura, o papel da pessoa é muitas vezes considerado como passivo (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). A pessoa não pergunta nem contesta e obedece às ordens do profissional, sendo assim considerada um bom doente (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Por outro lado, um mau doente é visto como aquele que solicita muita informação e deseja tomar as próprias decisões, mesmo que contrárias às orientações clínicas (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Esta conceção coloca ênfase na relação paternalista por parte dos prestadores de cuidados, que veem a pessoa como tendo poucos conhecimentos e sendo incapaz de tomar decisões que a beneficiem, o que leva a uma despersonalização desta, afetando a qualidade da relação e a possibilidade de promover o empowerment e a autonomia (Molina-Mula & Gallo-Estrada, 2020). Os mesmos autores referem que é importante apostar numa distribuição equitativa do poder, permitindo à pessoa tomar decisões sobre os processos de saúde-doença de forma autónoma, com o aconselhamento dos profissionais, sendo que a relação não deve almejar a mudança dos valores e costumes da pessoa, mas sim posicionar o profissional como testemunha da vivência desse processo. Weisbeck et al. (2019) reforçam esta ideia quando afirmam, que a relação entre a pessoa e o profissional de saúde é um elemento fundamental do empowerment, devendo assentar numa partilha de poder e responsabilidade, baseada na confiança e respeito mútuo e desprovida de paternalismo.

As pessoas com dor crónica apresentam maiores índices de procura de cuidados, quer nos cuidados de saúde primários quer nas urgências hospitalares, o que aumenta os custos tanto para os serviços de saúde como para a pessoa (Kanematsu et al., 2022). A procura de cuidados de saúde não é só motivada pelas necessidades clínicas, mas também por fatores como a idade, localização geográfica, custos em saúde e estatuto profissional (Costa et al., 2021) e, possivelmente, com o desejo de uma abordagem mais holística da dor e dos problemas com ela relacionados (Santos et al., 2022).

O seguimento da pessoa e a necessidade de referenciação para especialidades de apoio está sempre subjacente aos cuidados e pode ser ou não necessária ou posta em prática (Santos et al., 2022). Para estes autores, as dificuldades no acesso aos cuidados podem estar relacionadas com vários fatores como, uma baixa referenciação, uma fraca adesão dos doentes às consultas ou por outro lado a satisfação com os cuidados e a consequente dispensa de acompanhamento mais especializado. Østerås et al. (2015) num estudo realizado na Dinamarca, Noruega, Reino Unido e Portugal, referem que os indicadores de qualidade dos cuidados a pessoas com osteoartrite, com menor percentagem de alcançados, no que concerne à referenciação, foram: encaminhamento para serviços de perda de peso; avaliação do auxílio à marcha; avaliação de aparelhos e ajudas para a vida quotidiana e encaminhamento para avaliação para cirurgia. Neste estudo, Portugal foi o país com maior taxa de alcançados no indicador, encaminhamento para serviços de perda de peso (Østerås et al., 2015).

A multidisciplinaridade é importante, no entanto para Bujak et al. (2020), na gestão da dor crónica, mais do que a intervenção de vários especialistas, em que cada um tem uma abordagem independente e pode ou não comunicar com os outros profissionais, é fundamental a interdisciplinaridade, que envolve uma comunicação alargada e tomada de decisão partilhada, entre os profissionais envolvidos com centralidade na pessoa. Estes autores, num estudo sobre ativação da pessoa (compreensão da necessidade de gerir ativamente a própria saúde e capacidade e motivação para o fazer), que envolvia uma abordagem interdisciplinar, num programa de reabilitação intensivo da dor crónica em ambulatório, apresentam resultados positivos na melhoria da intensidade da dor, da condição psicológica (medo do movimento), da função e da capacidade de lidar com a situação e autogerir os sintomas. A intervenção interdisciplinar é considerada um programa de gestão eficaz, porque através da abordagem conjunta, permite ter em conta a multidimensionalidade da dor crónica (Bujak et al., 2020).

No estudo incluído na ScR, os participantes referiram necessitar de mais apoio de familiares e amigos, pelas limitações sentidas nas atividades do dia-a-dia, reconhecendo o impacto da sua situação nestas redes de apoio (Santos et al., 2022). Kanematsu et al. (2022), menciona que a dor crónica interfere de forma marcada na qualidade de vida da pessoa e daqueles que se encontram ao seu redor, apresentando repercussões na capacidade de realizar atividades do dia-a-dia, como por exemplo atividades domésticas, ir às compras, entre outras, podendo levar a ansiedade, distúrbios do sono e depressão (Kanematsu et al., 2022).

Para Beiranvand et al. (2023) as pessoas com dor crónica veem a dor como um fator enfraquecedor na comunicação e no partilhar de responsabilidades e decisões familiares, o que aumenta a sua dependência física e psicológica. Por outro lado, Takai et al. (2014) apontam que falar com os familiares e amigos, bem como a participação em grupos de apoio auxilia na gestão da dor. É, pois, importante investir nas relações de apoio com o intuito de ajudar a pessoa a perceber que não está sozinha, levando-a a mobilizar os seus recursos (Weisbeck et al., 2019).

Num estudo sobre empowerment em pessoas com dor crónica, os resultados indicaram que o apoio dos pares e da comunidade promoveu um sentimento de identidade partilhada e levou ao alívio da dor (Bryl et al., 2021). O mesmo estudo reportou, que a intervenção em formato de grupo contribuiu para a aprendizagem com as experiências dos outros, resultando na redução dos sentimentos de solidão e aumento da autoconfiança e motivação, bem como em sentimentos de satisfação por poder ajudar outros com dificuldades semelhantes. Köppen et al. (2018) corroboram esta ideia, ao afirmar que apesar de serem escassas as evidências sobre a utilização de grupos de autoajuda na pessoa com dor crónica e ser necessária mais investigação nesta área, as consultas médicas em grupo podem ajudar na gestão da dor, através da educação, melhoria da autogestão e intercâmbio de experiências com outras pessoas com dor crónica.

Os **comportamentos de adesão** necessitam de pessoas ativadas e empoderadas, isto é, com habilidade, motivação e poder para tomar decisões sobre a sua saúde (Pekonen et al., 2020). O estudo incluído corrobora esta afirmação, uma vez que, a maioria dos participantes, consideravam que os profissionais de saúde tinham em conta a sua experiência e opinião e afirmavam ter acordado o plano terapêutico com o médico, referindo seguir o tratamento recomendado (Santos et al., 2022).

Para Weisbeck et al. (2019) um princípio importante do empowerment é que este não pode ser fornecido a alguém, mas sim desenvolvido “dentro” de alguém, o que ocorre através de interações de confirmação. Sentir-se reconhecido, ouvido e valorizado facilita e encoraja a sensação de conseguir controlar uma situação. O processo de ativação e empowerment, passa pela escuta ativa e pela aquisição de conhecimentos que podem levar à adoção de comportamentos promotores da saúde (Weisbeck et al., 2019).

Num estudo sobre a implementação de um programa de ativação da pessoa com dor crónica, com o objetivo de melhorar o conhecimento e a confiança para gerir a própria saúde, os participantes reportaram a importância de aprender/desenvolver competências que poderiam utilizar nas consultas, como por exemplo a preparação de uma lista com perguntas a fazer, a definição de objetivos e como os comunicar e a discussão das preocupações e

opções de tratamento com o profissional de saúde (Matthias et al., 2024). Assim seria mais fácil sentir-se no controlo dos cuidados e com maior capacidade de procurar diferentes opções no tratamento da sua dor (Matthias et al., 2024). Weisbeck et al. (2019) mencionam que para alcançar o empowerment é necessário a pessoa ser capaz de comunicar de forma eficiente e refletir sobre os comportamentos, dispondo de tempo e capacidade para participar ativamente nos seus cuidados.

A adoção de comportamentos promotores do controlo da dor, como a prática de atividade física, era mencionada pela maioria dos participantes, no entanto também surgiram reportes relacionados com a associação entre a realização de atividade física e mais dor (Santos et al., 2022). A cinesiofobia (medo irracional do movimento ou atividade física) é muitas vezes associada à intensidade da dor e afeta cerca de 51 a 72% das pessoas que sofrem de dor crónica, promove a hipervigilância, reduz a funcionalidade e aumenta a sensação de dor (Bordeleau et al., 2022). Ao contrário de outras fobias, em que a pessoa tem noção da irracionalidade das mesmas, as pessoas com cinesiofobia acreditam que evitar o movimento é uma resposta adequada ao controlo da dor, criando um ciclo vicioso entre ausência de movimento, diminuição da funcionalidade e mais dor (Bordeleau et al., 2022). Neste sentido, os mesmos autores referem que é importante desenvolver intervenções direcionadas ao controlo da cinesiofobia (ex. exposição ao exercício, educação em dor, terapia manual), uma vez que este é considerado parte essencial da reabilitação na pessoa com vários tipos de dor crónica primária e secundária, como por exemplo, dor musculoesquelética, dor visceral, dor orofacial, dor generalizada e síndrome de dor regional complexa (Bordeleau et al., 2022).

A mudança comportamental depende do conhecimento e a autoeficácia na gestão da dor crónica depende da capacidade e motivação da pessoa para implementar essas mudanças na vida quotidiana (Köppen et al., 2018). É necessária uma comunicação eficaz, trabalho em equipa e uma abordagem holística da dor, com o objetivo de promover o empowerment da pessoa, permitindo que a mesma assuma o controlo da sua saúde através de uma participação ativa e não da desconexão com os cuidados (Beiranvand et al., 2023; Bryl et al., 2021).

8. Conclusão

O empowerment na pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório caracteriza-se pela relação com quatro grandes áreas temáticas: a gestão da dor, a educação para a saúde, as redes de apoio e os comportamentos de adesão.

A gestão da dor e principalmente a autogestão contribuem para a redução do impacto da dor na vida da pessoa e dependem da capacidade do individuo definir objetivos, estabelecer um curso de ação e avaliar os resultados obtidos, aspetos fundamentais do empowerment. Este processo tem por base o conhecimento adquirido através da educação para a saúde, que implica uma abordagem holística, dotando a pessoa das competências necessárias para tomar decisões informadas, com foco numa aprendizagem individualizada e centrada em três pilares: gestão farmacológica, gestão de papéis e gestão emocional.

As redes de apoio têm um importante papel no processo de empowerment. O estabelecimento de uma relação de parceria, baseada na confiança e respeito, a interdisciplinaridade nas intervenções e a promoção do apoio familiar e entre pares, potencia a autonomia, considera a multidimensionalidade da dor e estimula sentimentos de identidade partilhada, autoconfiança e motivação. O desenvolvimento de comportamentos de adesão depende de interações de confirmação, que contribuam para o empowerment da pessoa, fazendo-a sentir-se capaz e confiante para gerir a sua condição de saúde/doença.

As limitações desta ScR prenderam-se com o facto de apenas um estudo ter critérios de inclusão, não ser revisto por pares e apresentar tamanho amostral reduzido. O facto de termos restringido a pesquisa a pessoas com dor crónica secundária, também foi um fator limitante, uma vez que se verificou que os estudos resultantes da pesquisa, relacionados com o conceito de empowerment, incluíam na sua maioria participantes com dor crónica primária e secundária, ou não especificavam o tipo de dor crónica.

Esta revisão mostra que o empowerment da pessoa com dor crónica secundária está pouco estudado, sendo necessário desenvolver estudos primários de elevada qualidade, que deem robustez ao corpo de conhecimentos e à prática baseada na evidência.

No futuro será interessante apostar no desenvolvimento de programas interdisciplinares de autogestão de dor crónica secundária, com inclusão de apoio por pares, que englobem educação para a saúde, relacionada com a dor e seu tratamento, no sentido de promover o empowerment da pessoa e a mudança comportamental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A obtenção do Grau de Mestre marca o culminar de uma jornada académica, pontuada pelo crescimento intelectual e aquisição de competências diferenciadas, na área do conhecimento especializado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Foi possível durante o percurso, considerando o explanado no Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 março (2006), alterado pelo Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto (2018): aprofundar e desenvolver conhecimentos e capacidade de compreensão ao nível da prática clínica e da investigação; aplicar conhecimentos e capacidade de tomada de decisão em contextos alargados e multidisciplinares; integrar conhecimentos e gerir situações complexas, mantendo a capacidade crítico-reflexiva sobre as implicações e responsabilidades sociais e éticas da tomada de decisão; desenvolver habilidades comunicacionais para atuar no seio da equipa multidisciplinar; manter uma aprendizagem ao longo da vida de forma autónoma e auto-orientada.

Neste relatório a apresentação da aquisição das competências atrás referidas encontra-se dividida em duas componentes diferentes, mas complementares: a componente de estágio e a componente de investigação.

A concretização da componente de estágio permitiu o desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista nos vários domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; aprendizagens profissionais; cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica e maximizar o ambiente terapêutico. O contexto de estágio apresentou-se como um desafio que exigiu perseverança, documentação, com base na melhor evidência científica e planeamento, contribuindo para a superação, a abertura, apoio e reconhecimento por parte da equipa multiprofissional. Houve crescimento pessoal e interpessoal, procurando sempre a qualidade na prática dos cuidados de enfermagem. Os objetivos inicialmente propostos e delineados foram atingidos de forma plena, tendo a partilha de experiências sido contínua e enriquecedora das aprendizagens concretizadas.

A componente de investigação exigiu grande investimento pessoal, na medida em que foi necessário o estudo e apropriação da metodologia de investigação, almejando a credibilidade, qualidade, transparência e responsabilidade durante o processo. A ScR realizada, permitiu perceber que o empowerment na pessoa com dor crónica secundária em

contexto de ambulatório, apesar de relevante, está pouco estudado, exigindo a realização de estudos primários que contribuam para engrossar de forma robusta o corpo de conhecimentos, facilitando uma verdadeira prática baseada na evidência. De qualquer forma, foi possível perceber contributos para a prática de enfermagem, uma vez que da análise do estudo incluído emergiram áreas temáticas centrais, que permitem aos enfermeiros definir estratégias de intervenção promotoras do empowerment da pessoa na autogestão da dor crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abouammoh, N., Aldebeya, W., & Abuzaid, R. (2021). Experiences and needs of patients with lower limb amputation in Saudi Arabia: A qualitative study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 27(4), 407–413. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.124>
- Acuña Mora, M., Sparud-Lundin, C., Moons, P., & Bratt, E.-L. (2022). Definitions, instruments and correlates of patient empowerment: A descriptive review. *Patient Education and Counseling*, 105(2), 346–355. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.06.014>
- Alipour, V., Naderi, F., Makvandi, B., Pasha, R., & Asgari, P. (2021). Barriers and facilitators of psychological empowerment in chronic pain management: A grounded theory approach. *International Journal of Musculoskeletal Pain Prevention*, 6(1), 439–450. <https://doi.org/10.52547/ijmpp.6.1.439>
- Almeida, C. V., Silva, C. R., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., Maltez, H., Luis, H., Filipe, J., Moutão, J., Laranjeira, J., Cid, L., Menezes, M. B., Ferreira, M. C., Loureiro, M., Correia, M. L., Silva, N. C., Barbosa, P., Carvalho, P., ... Assunção, V. (2019). *Manual de boas práticas literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde*. Direção-Geral da Saúde. <http://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Almeida, I. L. de, Santos, R. C., & Nascimento, K. H. A. (2023). Vivências do luto na amputação num hospital de urgência e trauma. *Revista Científica da Escola Estadual de Saúde Pública de Goiás (RESAP)*, 9(9d7), 1–17. <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2023.V9.9d7>
- Arriaga, M. T., Santos, B., Ferreira, C. S., Wilson, G. S., Raposo, B., Mata, F., Silva, N. C., & Freitas, G. (2022). *Relatório: Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/portugal-tem-o-nivel-mais-elevado-de-literacia-em-vacinacao-da-europa-pdf.aspx>
- Arriaga, M. T., Santos, B., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A., Raposo, B., Mata, F., Monterrozo, M., Leão, R., Justo, A., & Freitas, G. (2023). *Plano nacional de literacia em saúde e ciências do comportamento 2023-2030: Plano estratégico*. Direção-Geral da Saúde. https://www.researchgate.net/publication/371901961_Plano_Nacional_de_Literacia_em_Saude_e_Ciencias_do_Comportamento_2023-2030_-_Plano_Estrategico
- Atkin, L. (2019). Chronic wounds: The challenges of appropriate management. *British Journal of Community Nursing*, 24(Sup9), S26–S32. <https://doi.org/10.12968/BJCN.2019.24.SUP9.S26>

- Azevedo, L. F., Costa-Pereira, A., Mendonça, L., Dias, C. C., & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: A population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, *13*(8), 773–783. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.05.012>
- Azevedo, L., Pereira, A., Dias, C., Agualusa, L., Lemos, L., Romão, J., Patto, T., Vaz-Serra, S., Abrunhosa, R., Carvalho, C., Cativo, M., Correia, D., Correia, J., Coucelo, G., Lopes, B., Loureiro, M. do C., Silva, B., & Castro-Lopes, J. (2007). Tradução, adaptação cultural e estudo multicêntrico de validação de instrumentos para rastreio e avaliação do impacto da dor crónica. *Dor*, *15*(4), 6–56. https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2007_04.pdf
- Beiranvand, S., Ashrafizadeh, H., & Sheini-Jaberi, P. (2023). Investigating the relationship between empowerment and chronic pain acceptance and the resulting limitations in the elderly with diabetes living southwest of iran. *Pain Management Nursing*, *24*(2), 130–137. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.12.003>
- Bevan, G. H., & Solaru, K. T. W. (2020). Evidence-based medical management of peripheral artery disease. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, *40*(3), 541–553. <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.119.312142>
- BIREME/OPAS/OMS. (2023, dezembro 4). *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS*. <https://decs.bvsalud.org/>
- Borchgrevink, P. C., Glette, M., Woodhouse, A., Butler, S., Landmark, T., Romundstad, P., Dale, O., Stiles, T. C., Bonna, K. H., Thorsvik, D., Thünste, S., & Kaasa, S. (2022). A clinical description of chronic pain in a general population using ICD-10 and ICD-11 (the HUNT pain examination study). *The Journal of Pain*, *23*(2), 337–348. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2021.08.007>
- Bordeleau, M., Vincenot, M., Lefevre, S., Duport, A., Seggio, L., Breton, T., Lelard, T., Serra, E., Roussel, N., Neves, J. F. D., & Léonard, G. (2022). Treatments for kinesiophobia in people with chronic pain: A scoping review. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *16*, 933483. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.933483>
- Boric, K., Boric, M., Boric, T., & Puljak, L. (2017). Analysis of perioperative pain management in vascular surgery indicates that practice does not adhere with guidelines: A retrospective cross-sectional study. *Journal of Pain Research*, *10*, 203–209. <https://doi.org/10.2147/JPR.S123894>
- Bryl, K., Wenger, S., Banz, D., Terry, G., Ballester, D., Bailey, C., & Bradt, J. (2021). Power over pain—An interprofessional approach to chronic pain: Program feedback from a

- medically underserved community. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(6), 1223–1234. <https://doi.org/10.1111/jep.13552>
- Bui, U. T., Edwards, H., & Finlayson, K. (2017). Identifying risk factors associated with infection in patients with chronic leg ulcers. *Wiley IWJ*, 15, 283–290. <https://doi.org/10.1111/iwj.12867>
- Bui, U. T., Finlayson, K., & Edwards, H. (2018). Risk factors for infection in patients with chronic leg ulcers: A survival analysis. *International Journal of Clinical Practice*, 72(12). <https://doi.org/10.1111/ijcp.13263>
- Bujak, B. K., Blake, C. E., Beattie, P. F., Harrington, S., Monroe, C. M., Wilkie, D., & Earwood, M. E. (2020). An interdisciplinary intensive outpatient pain program is associated with improved patient activation and key outcomes. *Pain Management*, 10(5), 307–318. <https://doi.org/10.2217/pmt-2019-0058>
- Camarneiro, A. P. F. (2021). Therapeutic adherence: Contributions to understanding and intervention. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(7), e20145. <https://doi.org/10.12707/RV20145>
- Castro, E. M., Regenmortel, T. V., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Hecke, A. V. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. *Patient Education and Counseling*, 99(12), 1923–1939. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.026>
- Chen, J. S., Kandle, P. F., Murray, I. V., Fitzgerald, L. A., & Sehdev, J. S. (2023). Physiology, pain. In *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539789/>
- Circular normativa nº 9/DGCG de 14 de junho. (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Direção-Geral da saúde. https://aped-dor.org/images/documentos/dor_5_sinal_vital/Circular_Dor_5_Sinal_Vital.PDF
- Cohen, S. P., Vase, L., & Hooten, W. M. (2021). Chronic pain: An update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*, 397, 2082–2097. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)00393-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(21)00393-7)
- Coleman, S., Briffa, N. K., Carroll, G., Inderjeeth, C., Cook, N., & McQuade, J. (2012). A randomised controlled trial of a self-management education program for osteoarthritis of the knee delivered by health care professionals. *Arthritis Research & Therapy*, 14(1), R21. <https://doi.org/10.1186/ar3703>
- Conte, M. S., Bradbury, A. W., Kolh, P., White, J. V., Dick, F., Fitridge, R., Mills, J. L., Ricco, J.-B., Suresh, K. R., Murad, M. H., Aboyans, V., Aksoy, M., Alexandrescu, V.-A., Armstrong, D., Azuma, N., Belch, J., Bergoeing, M., Bjorck, M., Chakfé, N., ... Wang, S.

- (2019). Global vascular guidelines on the management of chronic limb-threatening ischemia. *Journal of Vascular Surgery*, 69(6), 3S-125S.e40. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2019.02.016>
- Costa, D., Cruz, E. B., Rodrigues, A. M., Gonçalves-Bradley, D., Gomes, L. A., Donato, H., & Nunes, C. (2021). Models of care for patients with knee osteoarthritis in primary healthcare: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 11(6), e045358. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045358>
- Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137–145. <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República I série, n.º 157 (16-08-2009) 4147-4182. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 março. (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República série I-A, n.º 60 (04-09-2006) 2242-2257. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/2006-75326440>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro. (2023). Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Diário da República 1ª série, n.º 215 (14-01-2023) 4-20. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. (1996). Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE), com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. Diário da República série I-A, n.º 205 (04-09-1996). https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&o_miolo=
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio. (2015). Aprova a estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. Diário da República 2ª série, n.º 102 (27-05-2015) 13550-13553. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>
- Despacho n.º 9276/2022 de 28 de julho. (2022). Estrutura curricular e do plano de estudos do 2º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República 2ª série, PARTE E, n.º 145 (28-07-2022) 156-158. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/diario-republica/145-2022-186720412>
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). Aprova o plano nacional para a segurança dos doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Diário da República 2ª série,

- n.º 187 (24-09-2021) 96-103.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Diário da República. (2024). *Processo clínico: Lexionário*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/lexionario/termo/processo-clinico>
- Direção-Geral da Saúde [DGS]. (2002). *Carta dos direitos dos doentes internados*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Carta_Direitos_Doente_Internado.pdf
- Direção-Geral da Saúde [DGS] (Ed.). (2022). *Plano nacional de saúde 2030. Saúde sustentável: De tod@s para tod@s*. Direção-Geral da Saúde.
<https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668–676.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x>
- Drudi, L. M., Ades, M., Landry, T., Gill, H. L., Grenon, S. M., Steinmetz, O. K., & Afilalo, J. (2019). Scoping review of frailty in vascular surgery. *Journal of Vascular Surgery*, 69(6), 1989–1998.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2018.10.053>
- DSPDPS/Núcleo Coordenador do Programa. (2017). *Programa nacional para a prevenção e controlo da dor*. Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Ccontrolo_da_Dor_-_2017.pdf
- Ekhammar, A., Melin, L., Thorn, J., & Larsson, M. E. H. (2016). A sense of increased living space after participating in multimodal rehabilitation. *Disability and Rehabilitation*, 38(25), 2445–2454. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1137978>
- Faria, S. A. R. (2019). *Saúde psicológica dos enfermeiros: Um estudo sobre burnout e engagement* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/121004>
- Fernandes, J. F. e, Natário, A., Matos, A. de, Mansilha, A., Moreira, C. S., Oliveira, F., Tavares, F., Maia, G., Castro, J. A. e, Ildefonso, J., Meneses, J. D., Silveira, L., Gonçalves, Ó., Sousa, P., & Almeida, R. (2017). *Rede de referência hospitalar: Angiologia e cirurgia vascular*. República Portuguesa. <https://www.sns.gov.pt/sns/redes-de-referenciacao-hospitalar/>

- Friggi, P. F., Quintana, A. M., Reis, C. G. da C. dos, & Farias, C. P. (2018). A reconstrução dos contornos do eu: Um olhar psicanalítico sobre a amputação. *Revista Psicologia em Pesquisa, 12*(1), 1–10. <https://doi.org/10.24879/2018001200100378>
- Hållstam, A., Stålnacke, B., Svensen, C., & Löfgren, M. (2015). "Change is possible": Patients experience of a multimodal chronic pain rehabilitation programme. *Journal of Rehabilitation Medicine, 47*(3), 242–248. <https://doi.org/10.2340/16501977-1926>
- Humphreys, J., Jason, S., Donesky, D., Dracup, K., Lee, K. A., Puntillo, K., Faucett, J. A., Aouizerat, B., Miaskowski, C., Baggot, C., Carrieri-Kohlman, V., Barger, M., Franck, L., & Kennedy, C. (2014). Theory of symptom management. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (3rd ed, pp. 141–164). Springer Publishing Company. https://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/Mary-Jane-Smith-PhD-RN-Patricia-R.-Liehr-PhD-RN-Middle-Range-Theory-for-Nursing_-Third-Edition-Springer-Publishing-Company-2013.pdf
- International Association for the Study of Pain [IASP]. (2021). *IASP prospectus for public and patient education*. Pain Education. <https://iaspfiles.s3.amazonaws.com/production/public/globalyear/IASP%20Prospectus%20for%20Public%20and%20Patient%20Education.pdf>
- International Council of Nurses [ICN]. (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Joanna Briggs Institute [JBI]. (2013, outubro). *JBI grades of recommendation*. https://jbi.global/sites/default/files/2019-05/JBI-grades-of-recommendation_2014.pdf
- Joanna Briggs Institute [JBI]. (2024). *JBI PACES Project Topics*. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/PT/4390990/JBI+PACES+Project+Topics>
- Kanematsu, J. D. S., Atanazio, B., Cunha, B. F., Caetano, L. P., & Arada, D. M. Y. (2022). Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. *Revista de Medicina, 101*(3). <https://doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i3e-192586>
- Kang, Y., Trewern, L., Jackman, J., Irani, A., & McCartney, D. (2024). Chronic pain: Supported self-management. *BMJ, 384*, e072362. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072362>
- Kim, K., Yang, Y., Wang, Z., Chen, J., Barandouzi, Z. A., Hong, H., Han, H.-R., & Starkweather, A. (2022). A systematic review of the association between health literacy and pain self-management. *Patient Education and Counseling, 105*(6), 1427–1440. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.09.037>
- Kolte, D., Parikh, S. A., Piazza, G., Shishehbor, M. H., Beckman, J. A., White, C. J., Jaff, M. R., Iribarne, A., Nguyen, T. C., Froehlich, J. B., Rosenfield, K., & Aronow, H. D. (2019).

- Vascular teams in peripheral vascular disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(19), 2477–2486. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.03.463>
- Köppen, P. J., Dorner, T. E., Stein, K. V., Simon, J., & Crevenna, R. (2018). Health literacy, pain intensity and pain perception in patients with chronic pain. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 130(1), 23–30. <https://doi.org/10.1007/s00508-017-1309-5>
- Laoire, Á. N., & Murtagh, F. E. M. (2018). Systematic review of pharmacological therapies for the management of ischaemic pain in patients with non-reconstructable critical limb ischaemia. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 8(4), 400–410. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2017-001359>
- Larson, P. J., Carrieri-Kohlma, V., Dodd, M. J., Douglas, M., Faucet, J., Froelicher, E. S., Gortner, S. R., Halliburton, P., Janson, S., Lee, K. A., Miaskowski, C., Savedra, M. C., Stotts, N. A., Taylor, D., & Underwood, P. R. (1994). A model for symptom management: The university of California, San Francisco school of nursing symptom management faculty group. *Journal of Nursing Scholarship*, 26(4), 272–276. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7829111/>
- Lax, T. M. S. (2020, outubro 5). *Por que o autoconhecimento é importante para a sua vida?* Psicólogos Berrini. <https://www.psicologosberrini.com.br/blog/por-que-o-autoconhecimento-e-importante-para-a-sua-vida/>
- LeFort, S., & McGillion, M. (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/>
- Lelapi, N., Licastro, N., Catana, M., Bracale, U. M., & Serra, R. (2020). Vascular nursing and vascular surgery. *Annals of Vascular Surgery*, 68, 522–526. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2020.05.038>
- Lima, R. V. K. S., Coltro, P. S., & Farina, J. A. (2017). Terapia por pressão negativa no tratamento de feridas complexas. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 44(1), 81–93. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017001001>
- Lindgren, H., Gottsäter, A., Qvarfordt, P., & Bergman, S. (2016). All cause chronic widespread pain is common in patients with symptomatic peripheral arterial disease and is associated with reduced health related quality of life. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 52(2), 205–210. <https://doi.org/10.1016/j.ejvs.2016.05.004>
- Lockwood, C., Porritt, K., McArthur, A., & Munn, Z. (2020). An introduction to evidence implementation. In K. Porritt, A. McArthur, C. Lockwood, & Z. Munn (Eds.), *JBI*

Handbook for Evidence Implementation. JBI. <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/JHEI/4850549/Section+1%3A+An+introduction+to+evidence+implementation>

- Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados de enfermagem: Uma revisão integrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 577–578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Luz, E. L., Bastos, F. dos S., & Vieira, M. M. S. (2022). O empowerment na doença crónica: Revisão integrativa da literatura. *Archives of Health*, 3(5), 650–662. <https://doi.org/10.46919/archv3n5-001>
- Martins, T., Salum, N. C., Lock, M. O. H., Amante, L. N., Girondi, J. B. R., & Sebold, L. F. (2019). Conhecimento dos pacientes com doença arterial obstrutiva periférica: Estudo qualitativo. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 8(3), 267–281. <https://doi.org/10.17267/2317-3394rpds.v8i3.2356>
- Matos, J. P. F., Carolino, E., & Ramos, R. (2018, junho 2). *Dados epidemiológicos sobre amputações realizadas em Portugal entre 2000 e 2015*. [Comunicação Oral]. IV Jornadas de Ortoprotésia da ESTeSL, Lisboa. <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/8818/1/Dados%20epidemiol%3b3gicos%20sobre%20amputa%3a7%3b5es%20realizadas%20em%20Portugal%20entre%202000%20e%202015.pdf>
- Matthias, M. S., Bolla, A. L., Bair, S. M., Adams, J., Eliacin, J., Burgess, D. J., & Hirsh, A. T. (2024). Communication and activation in pain to enhance relationships and treat pain with equity (COOPERATE): A qualitative analysis of a tailored coaching program for black patients with chronic pain. *Journal of General Internal Medicine*, 39(2), 222–228. <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08410-1>
- Melo, K. C., Gonçalves, F. T. D., Soares, A. N., Cruz, M. C. N. L., Rodrigues, R. P. D., Silva, B. M. da, Araújo, B. F., Rêgo, M. R. de S., Mendes, R. C., & Almeida, A. T. S. D. de. (2021). Alteração na autoimagem: A perceção do paciente amputado diante da mudança da imagem corporal. *Teoria e Prática de Enfermagem: da atenção básica à alta complexidade*, 1(1), 319–333. <https://doi.org/10.37885/210102934>
- Meteyer, V. (2020). *Estudo da qualidade de vida e da autoestima dos indivíduos amputados do membro inferior, com e sem recurso a prótese* [Projeto e estágio profissionalizante II, Universidade Fernando Pessoa FCS/ESS]. Repositório Institucional da Universidade Fernando Pessoa. https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9147/1/PG_35081.pdf

- Minami, H. R., Zemela, M. S., Ring, A. C., Williams, M. S., & Smeds, M. R. (2020). Factors associated with medication adherence in vascular surgery patients. *Vascular and Endovascular Surgery*, 54(7), 625–632. <https://doi.org/10.1177/1538574420941300>
- Miranda, C. C. V., Junior, L. de F. S., & Pelloso, L. R. C. do A. (2016). New physiological classification of pains: Current concept of neuropathic pain. *Revista Dor*, 17(Suppl 1), S2-4. <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160037>
- Molina-Mula, J., & Gallo-Estrada, J. (2020). Impact of nurse-patient relationship on quality of care and patient autonomy in decision-making. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(3), 835. <https://doi.org/10.3390/ijerph17030835>
- Mota, L. (2023). *Guia de orientação estágio de natureza profissional com relatório final* (Oliveira Azeméis). Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa.
- Mota, L., Cruz, M., & Costa, C. (2016). Therapeutic regimen management - development of a flowchart to support decision-making: Qualitative study. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(11), 71–79. <https://doi.org/10.12707/RIV16056>
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. H., & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505–510. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Norma n.º 001/2017 de 08 de fevereiro. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde (08-02-2017). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Norma n.º 004/2023 de 29 de maio. (2023). Avaliação de risco e rastreio de enterobacterales produtores de carbapenemases (EPC) e de staphylococcus aureus resistente a metilina (SAMR) à admissão hospitalar e durante o internamento. Direção-Geral da Saúde (29-05-2023). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042023-de-290520231.aspx>
- Norma n.º 008/2019 de 9 de dezembro. (2019). Prevenção e intervenção na queda do adulto em cuidados hospitalares. Direção-Geral da Saúde (9-12-2019). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082019-de-09122019-pdf.aspx>
- Norma n.º 015/2013 atualizada a 4 de dezembro. (2015). Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito. Direção-Geral da Saúde (04-11-2015).

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1712007128092>

Norma n.º 015/2014 de 25 de setembro. (2014). Sistema Nacional de Notificação de Incidentes -NOTIFICA. Direção-Geral da Saúde (25/09/2014).

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1712007281186>

Norma n.º 019/2015 atualizada a 29 de agosto. (2022). «Feixe de Intervenções» para a prevenção da infeção urinária associada a cateter vesical. Direção-Geral da Saúde (28-08-2022). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>

Norma n.º 020/2014 atualizada a 14 de dezembro. (2015). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. Direção-Geral da Saúde (14-12-2015).

https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf

Norma n.º 020/2015 atualizada a 17 de novembro. (2022). «Feixe de Intervenções» para a prevenção da infeção do local cirúrgico. Direção-Geral da Saúde (17-11-2022).

<https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas.aspx?cachecontrol=1712008234455>

Norma n.º 021/2015 atualizada a 17 de novembro. (2022). “Feixe de Intervenções” para a prevenção da pneumonia associada à intubação. Direção-Geral da Saúde (17-11-2022).

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao/>

Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto. (2022). «Feixe de Intervenções» para a prevenção da infeção relacionada com o cateter vascular central. Direção-Geral da Saúde (29-08-2022).

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/16/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relacionada-com-cateter-venoso-central/>

Norma n.º 029/2012 atualizada a 31 de outubro. (2013). Precauções básicas do controlo da infeção (PBCI). Direção-Geral da Saúde (31-10-2013).

<https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/cnhm-material-de-implementacao/norma-das-precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao1.aspx>

Oliveira, K. S. (2019). *Inteligência emocional dos enfermeiros: Contributos da supervisão clínica* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)].

Repositórios Científicos de Acesso de Portugal.

https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28831/1/Tese_KARINE_mar%c3%a7o%20FORMATADA%20FINAL%20.pdf

Omil, C. S. (2021). *Clima e cultura organizacional: Estudo com enfermeiros em contexto hospitalar* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP)]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/38953/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado_Camila%20Omil.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2008). *Guia orientador de boa prática: Dor*. Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2013). *Guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SR S.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2015). *Código deontológico. Inserido no estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro*. Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017a). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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 perioperatória, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. Ordem dos Enfermeiros (25-11-2017).

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2017b). *Parecer conjunto n.º 1/2017 do Concelho de Enfermagem (CE) e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (MCEEMC): Atribuição de responsável de turno*. Ordem dos Enfermeiros (14-06-2017).

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/ParecerConjuntoCE_MCEEMC_01-2017_AtribuicaoResponsavelTurno_.pdf

- Ordem dos Enfermeiros [OE]. (2019). *Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros (30-03-2019). https://eventos.aper.pt/ficheiros/Consulta%20P%C3%ABlica/dot_3.pdf
- Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS/OMS]. (2020, dezembro 9). *OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019*. <https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e>
- Orientação n.º 002/2017 atualizada a 3 de junho. (2022). Preparação e condução de auditorias da qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde (03-06-2022). <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022017-de-20012017-pdf.aspx>
- Orientação n.º 015/2010 de 14 de dezembro. (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Direção-Geral da Saúde (14/12/2010). https://www.aped-dor.org/images/documentos/dor_no_idoso/Avaliacao_da_Dor_no_Idoso.PDF
- Orientação n.º 017/2011 de 19 de maio. (2011). Escala de braden: Versão adulto e pediátrica (Braden Q). Direção-Geral da Saúde (19-05-2011). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0172011-de-19052011-jpg.aspx>
- Orientação n.º 018/2011 de 23 de maio. (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Direção-Geral da Saúde (23-05-2011). <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020/identificacao-inequivoca-dos-doentes.aspx>
- Orr, P. M., Shank, B. C., & Black, A. C. (2017). The role of pain classification systems in pain management. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 29(4), 407–418. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2017.08.002>
- Østerås, N., Jordan, K. P., Clausen, B., Cordeiro, C., Dziedzic, K., Edwards, J., Grønhaug, G., Higginbottom, A., Lund, H., Pacheco, G., Pais, S., & Hagen, K. B. (2015). Self-reported quality care for knee osteoarthritis: Comparisons across Denmark, Norway, Portugal and the UK. *RMD Open*, 1(1), e000136. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000136>
- Padilha, K. G., Barbosa, R. L., Andolhe, R., Oliveira, E. M. de, Ducci, A. J., Bregalda, R. S., & Secco, L. M. D. (2017). Carga de trabalho de enfermagem, estresse/burnout,

satisfação e incidentes em unidades de terapia intensiva de trauma. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(3), e1720016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072017001720016>

- Paez, A. (2017). Gray literature: An important resource in systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 10(3), 233–240. <https://doi.org/10.1111/jebm.12266>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peate, I. (Ed.). (2021). Chronic pain management. *British Journal of Nursing*, 30(10), 571. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.10.571>
- Peduzzi, M., Agreli, H. L. F., Silva, J. A. M. da, & Souza, H. S. de. (2020). Trabalho em equipe: Uma revisita ao conceito e os seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trabalho, Educação e Saúde*, 18(s1), e0024678. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>
- 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>
- Perinelli, E., & Gremigni, P. (2016). Use of Social Desirability Scales in Clinical Psychology: A Systematic Review. *Journal of Clinical Psychology*, 72(6), 534–551. <https://doi.org/10.1002/jclp.22284>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Scoping reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis* (pp. 406–451). JBI. <https://synthesismanual.jbi.global/>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pinto, A. C. P. (2022). *Perceção dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica sobre a prática baseada na evidência* [Relatório Final de Estágio com vista à obtenção de Grau de Mestre, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43811/1/Relat%C3%B3rio_Mestrado_M%C3%A9dico-Cir%C3%B3rgica_CatarinaPinto_2022_FinalPDF.pdf
- Pinto, F. R. A. (2019). *Os mecanismos fisiopatológicos de modulação da dor crónica* [Trabalho final do 6º ano médico com vista à obtenção do Grau de Mestre, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Universidade de Coimbra.

<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/89619/1/TF%20-%20Os%20mecanismos%20FP%20de%20modula%C3%A7%C3%A3o%20da%20dor%20cronica.pdf>

- Pinto, M. P., Martins, S., Mesquita, E., & Fernandes, L. (2021). European portuguese version of the clinical frailty scale: Translation, cultural adaptation and validation study. *Acta Médica Portuguesa*, 34(11), Artigo 11. <https://doi.org/10.20344/amp.14543>
- Poredos, P., & Poredos, P. (2018). Peripheral arterial occlusive disease and perioperative risk. *International Angiology: A Journal of the International Union of Angiology*, 37(2), 93–99. <https://doi.org/10.23736/S0392-9590.18.03897-X>
- Porritt, K., & Overall, B. (2023). Evidence summary. Post-surgery (adults): Pain management. *JBI*. JBI EBO Database; JBI-ES-360-3.
- Portaria n.º 95/2013 de 4 de março. (2013). Aprova o regulamento do sistema integrado de referenciação e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde, designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH). *Diário da República 1.ª série, n.º 44 (04/03/2013) 1185-1191*. <https://dre.tretas.org/dre/307366/portaria-95-2013-de-4-de-marco>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised international association for the study of pain definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 00(00), 1–7. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Ramos, M., Brandão, A. L., Graever, L., & Campos, C. E. A. (2021). Melhoria contínua da qualidade: Uma análise pela perspectiva dos profissionais das equipas de atenção primária à saúde do município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, 16(43), 2736. [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2736](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2736)
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República 2ª série, n.º 26 (06-02-2919) 4744-4750*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de 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 perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República 2ª série, n.º*

135 (16-07-2018) 19359–19370. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Relvas, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF Salus* [Relatório de Estágio Final com vista à obtenção do Grau de Mestre, Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23528/1/ESSTFC620.pdf>

Rodrigues, C. C., Ribeiro, R. de C. H. M., Cesarino, C. B., Bertolin, D. C., Ribeiro, R. M., Oliveira, M. P. de, Kusumota, L., & Jorge, S. C. (2017). Older adults hospitalized in a teaching hospital: Clinical characteristics and outcomes. *Journal of Nursing*, 11(12), 4938–4945. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a24046p4938-4945-2017>

Ross, E. L., Jamison, R. N., Nicholls, L., Perry, B. M., & Nolen, K. D. (2020). Clinical integration of a smartphone app for patients with chronic pain: Retrospective analysis of predictors of benefits and patient engagement between clinic visits. *Journal of Medical Internet Research*, 22(4), e16939. <https://doi.org/10.2196/16939>

Santos, M. A., Matias, C. I. dos S., & Santiago, L. M. (2022). *Experiência, expectativas e necessidades do doente com dor crónica por gonartrose nos cuidados de saúde primários: Projeto piloto para estudo qualitativo por focus group* [Trabalho final do 6º ano médico com vista à obtenção do Grau de Mestre, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/102416>

Seretny, M., & Colvin, L. A. (2016). Pain management in patients with vascular disease. *British Journal of Anaesthesia*, 117(s2), ii95–ii106. <https://doi.org/10.1093/bja/aew212>

Silva, L. A. G. P. da, Lopes, V. J., & Mercês, N. N. A. das. (2021). Symptom management theory applied to nursing care: Scoping review. *Revista Brasileira De Enfermagem*, 74(3), e20201004. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1004>

Swenty, C. F., & Hall, M. (2020). Peripheral vascular disease. *Home Healthcare Now*, 38(6), 294–301. <https://doi.org/10.1097/NHH.0000000000000936>

Takai, Y., Yamamoto-Mitani, N., Abe, Y., & Suzuki, M. (2014). Literature review of pain management for people with chronic pain. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(3), 167–183. <https://doi.org/doi:10.1111/jjns.12065>

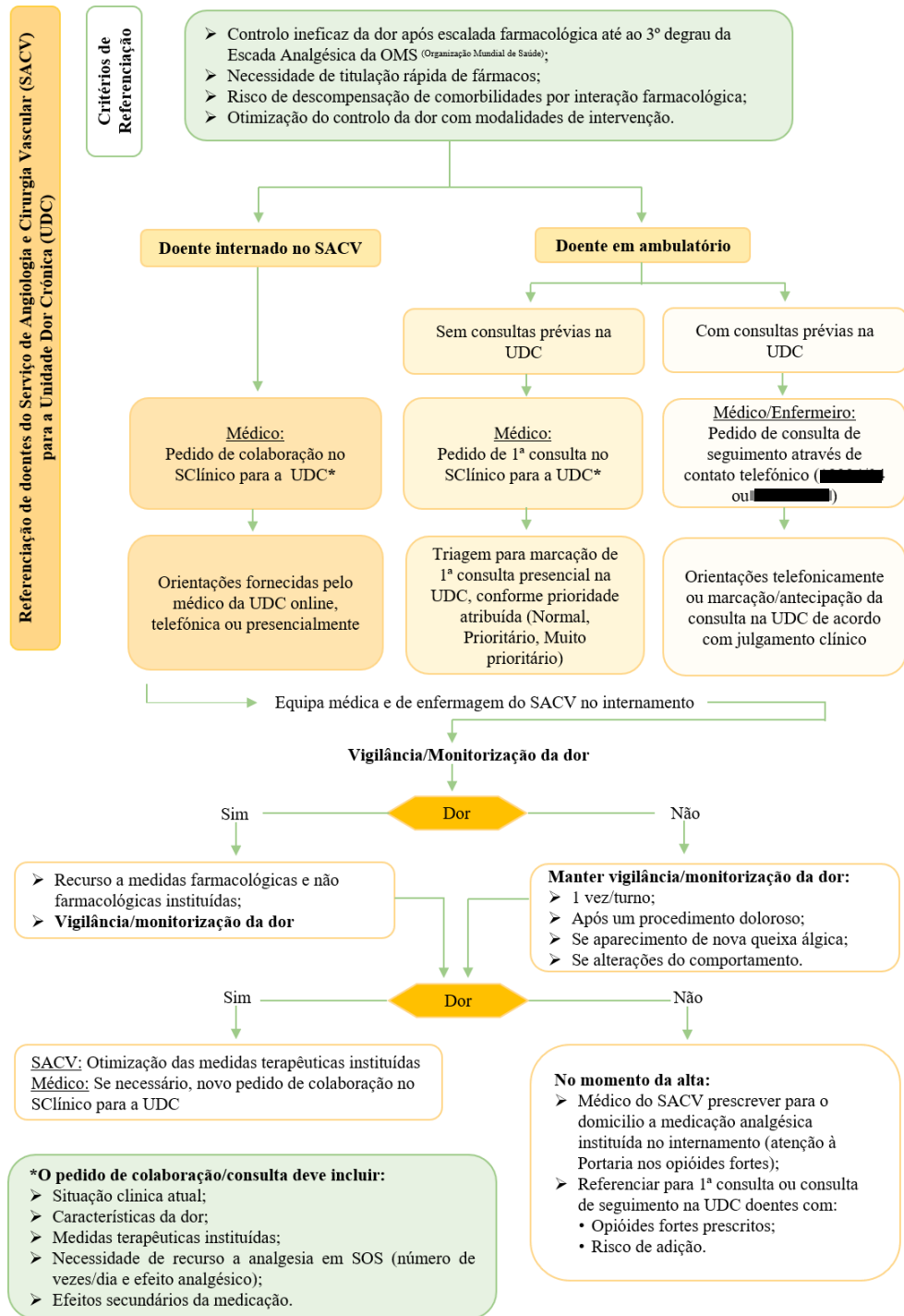
Task Force on Professional Education of the International Association for the Study of Pain [IASP]. (2008). *Core curriculum for professional education in pain* (third edition). IASP press. <https://issuu.com/iasp/docs/core-corecurriculum>

- Tiago, H. S. dos S. (2022). *A intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na promoção da readaptação funcional da pessoa submetida a amputação do membro inferior* [Relatório de Estágio com vista à obtenção do Grau de Mestre, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto em Portugal. <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/44331>
- Treede, R.-D., Rief, W., Barke, A., Aziz, Q., Bennett, M. I., Benoliel, R., Cohen, M., Evers, S., Finnerup, N. B., First, M. B., Giamberardino, M. A., Kaasa, S., Korwisi, B., Kosek, E., Lavand'homme, P., Nicholas, M., Perrot, S., Scholz, J., Schug, S., ... Wang, S.-J. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: The IASP classification of chronic pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*, *160*(1), 19–27. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001384>
- Vasconcelos, F. H., & Araújo, G. C. de. (2018). Prevalence of chronic pain in Brazil: A descriptive study. *Brazilian Journal of Pain*, *1*(2), 176–179. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180034>
- Vaz, A., Cunha, C., & Afonso, G. (2021). *O papel dos sistemas de compressão no sucesso do tratamento das úlceras de perna*. Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas. <https://www.apferidas.com/Ficheiros/White%20Paper/APTFeridas%20-%20WhitePaper%20Comp%20Trat%20UPerna.pdf>
- Watson, E. C., Cosio, D., & Lin, E. H. (2014). Mixed-method approach to veteran satisfaction with pain education. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, *51*(3), 503–514. <https://doi.org/10.1682/JRRD.2013.10.0221>
- Weisbeck, S., Lind, C., & Ginn, C. (2019). Patient empowerment: An evolutionary concept analysis. *International Journal of Caring Sciences*, *12*(2), 1148–1155. https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/63_weisbeck_original_12_2.pdf
- World Health Organization Regional Office For Europe [WHO/EURO]. (2013). *Health 2020: A european policy framework and strategy for the 21st century*. World Health Organization. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Health2020-Long.pdf>
- World Health Organization Regional Office for Europe [WHO/EURO]. (2016). *Action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases in the WHO European Region*. World Health Organization. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2016-2582-42338-58618>
- World Health Organization [WHO]. (2003, julho 1). *Failure to take prescribed medicine for chronic diseases is a massive, world-wide problem*.

- <https://www.who.int/news/item/01-07-2003-failure-to-take-prescribed-medicine-for-chronic-diseases-is-a-massive-world-wide-problem>
- World Health Organization [WHO]. (2021, junho 11). *Cardiovascular diseases (CVDs)*. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization [WHO]. (2022). *Noncommunicable diseases progress monitor 2022*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/353048/9789240047761-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization [WHO]. (2023, setembro 11). *Patient safety*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- World Health Organization [WHO]. (2024a). *Global health estimates: Leading causes of death*. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>
- World Health Organization [WHO]. (2024b). *Health promotion*. The Global Health Observatory. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/seventh-global-conference/community-empowerment>
- World Health Organization [WHO]. (2024c). *Noncommunicable diseases*. The Global Health Observatory. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/noncommunicable-diseases>
- World Health Organization [WHO]. (2024d, janeiro). *ICD-11 for mortality and morbidity statistics*. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
- Zhang, H., Zhang, H., Zhang, Z., & Wang, Y. (2021). Patient privacy and autonomy: A comparative analysis of cases of ethical dilemmas in China and the United States. *BMC Medical Ethics*, 22(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12910-021-00579-6>

APÊNDICES

**APÊNDICE I: Fluxograma de referência de doentes do
SACV para a UDC**




APÊNDICE II: Planificação da ação de formação “Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS) – Estratégia não farmacológica de controlo da dor”

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

<p>Contexto: Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica</p> <p>Formadora: Elsa Cristina Morais Figueiredo Santos</p> <p>Tema: Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS) – Estratégia não farmacológica de controlo da dor</p> <p>Orientadora: Professora Doutora Liliana Mota</p> <p>Tutores: Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica [REDACTED]</p> <p>Destinatários: Enfermeiros/alunos do Serviço de Angiologia e Cirurgia Vasculardo [REDACTED]</p> <p>Datas: 11, 15, 16, 17 e 29 de janeiro de 2024 / Hora: 15:00 às 16:30</p>					
OBJETIVO GERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	CONTEÚDOS	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	RECURSOS MATERIAIS	TEMPO
Capacitar para a utilização da TENS, promovendo a sua incorporação no contexto da prática clínica, no controlo da dor na pessoa com doença arterial periférica	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever o mecanismo de ação da TENS • Descrever os principais parâmetros, tipos e modos da TENS • Identificar as indicações, contraindicações e efeitos secundários da TENS; • Conhecer a técnica de colocação dos eléctrodos considerando a anatomia; • Desenvolver competências de utilização e manuseamento do equipamento de TENS; • Reconhecer a importância da monitorização dos efeitos e adaptação à técnica realizando os ajustes necessários; • Documentar a utilização da TENS incluindo detalhes sobre os parâmetros utilizados e resposta da pessoa. 	<p>Introdução</p> <p>Desenvolvimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceito; • Enquadramento; • Mecanismo de ação • Indicações, contraindicações, precauções e possíveis efeitos secundários; • Parâmetros; • Tipos e modos; • Manuseamento do equipamento e colocação dos eléctrodos • Documentação • Prática simulada <p>Conclusão</p>	<p>Método expositivo com recurso ao power point;</p> <p>Avaliação de conhecimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pré-formação – com recurso ao Mentimeter (plataforma online interativa) • Pós formação – questionário elaborado no Microsoft Forms; <p>Atividades de prática simulada</p>	<p>Sala de formação;</p> <p>Computador;</p> <p>Projektor multimédia;</p> <p>Apontador;</p> <p>Mesa de apoio;</p> <p>2 Equipamentos de TENS</p> <p>Eléctrodos de TENS;</p> <p>Póster exemplificativo dos dermatomas;</p> <p>Folheto de bolso com informação sobre parâmetros de TENS e local de colocação de eléctrodos</p>	<p>Introdução: 05min</p> <p>Desenvolvimento: 40min</p> <p>Prática: 40min</p> <p>Conclusão: 05min</p>

APÊNDICE III: Ação de formação “Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS) – Estratégia não farmacológica de controlo da dor”




ESTIMULAÇÃO NERVOSA ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA (TENS)

Estratégia não farmacológica de controlo da dor

Elsa Figueiredo Santos – Mestranda do 1º MEMCAEPSCrónica
Orientação Professora Doutora Liliana Mota
Tutoria EEMC | ██████████
Serviço Angiologia e Cirurgia Vascular – ██████████

OBJETIVO GERAL


Capacitar para a utilização da TENS, promovendo a sua incorporação no contexto da prática clínica, no controlo da dor na pessoa com doença vascular periférica



2/30

SUMÁRIO

1. Conceito;
2. Enquadramento;
3. Mecanismo ação;
4. Indicações, contraindicações, precauções e possíveis efeitos secundários;
5. Parâmetros;
6. Tipos e modos;
7. Manuseamento do equipamento e colocação dos elétrodos
8. Documentação
9. Prática simulada



3/30

1. CONCEITO

CONCEITO

A TENS é uma estratégia não farmacológica, não invasiva, que **consiste na aplicação de impulsos elétricos na pele** com a **finalidade controlar a dor**. Os impulsos elétricos têm origem num gerador externo e são transmitidos à superfície da pele através de eletrodos que são aplicados na região dolorosa ou na zona de enervação desta,

(Alves, 2023; Disselhoff, 2005; Peo et al., 2021)

ESS+ 4/30

ESS+ Norte

2. ENQUADRAMENTO

2. ENQUADRAMENTO

A horizontal timeline with red circular markers for each year. The markers are connected by a thin line. Text boxes are placed above and below the markers, connected by vertical lines. The timeline starts at 'Grécia antiga' and ends at '1975'. The text boxes provide historical context for each year.

Ano	Evento
Grécia antiga	Utilização de peixes torpedo (elétricos) para aliviar a dor
1919	Registo da patente de um dos 1º equip. TENS (Electreat)
1960	Inicia-se a utilização da TENS nos USA
1965	Patrick Wall e Ronald Melzack desenvolvem a Teoria do Portão de (The gate control o pain)
1970	Inicia-se a utilização da TENS na Europa
1972	Aymé Limoge descobriu a estimulação elétrica cerebral transcutânea para prevenir os síndromes de privação
1975	K. Kane faz a investigação histórica mais completa sobre analgesia elétrica local (1º numero da revista Pain) Começam a ser comercializados os geradores de TENS idênticos aos que temos hoje em dia

(Disselhoff, 2005; Laugner, 2002; Teofil & An, 2023)

ESS+ 6/30

Z. ENQUADRAMENTO

PMCID: PMC8849179
 PMID: 35148108
 DOI: 10.1136/bmjopen-2021-021973

Original research

Efficacy and safety of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for acute and chronic pain in adults: a systematic review and meta-analysis of 381 studies (the meta-TENS study)

Mark J. Johnson¹, Carlos A. Paine², Gabeel Anas³, Matthew H. Mulvey⁴ and Priscilla G. Wilson¹*

* Author information - Article notes - Copyright and license information - [PMID Disclaimer](#) (Johnson et al., 2022)

RS - 381 ECRs (24.532 participantes).
 MA - 93 ECRs (4.841 participantes)

INTRODUÇÃO

O debate sobre a eficácia da TENS vem desde a década 70

- Publicação de mais de 350 ECRs
- 169 revisões sistemáticas, incluindo revisões Cochrane
- 49 meta-análises de TENS para condições específicas de dor.

Maioria das revisões inconclusiva por insuficiência de dados agrupados.
 Não há consistência de que o resultado da TENS esteja relacionado c/ patologia, características da dor, diagnóstico ou contexto clínico.

CONCLUSÃO

- Evidências de qualidade moderada de que a TENS reduz a intensidade da dor durante ou imediatamente após o tratamento, sem efeitos secundários graves
- Relatos de doentes - A TENS proporciona benefícios indiretos, incluindo **função melhorada**, melhoria **bem-estar psicológico**, **melhoria do sono** e **redução de medicação**. Pode ser autoadministrada e não apresenta toxicidade

7/30

Z. ENQUADRAMENTO

VASCULAR MEDICINE

Adv. Exp. Med. Biol. - Advances in Experimental Medicine (2018)

A systematic review of electrical stimulation for walking impairment in peripheral artery disease

A TENS é uma estratégia não farmacológica utilizada na pessoa com DAPMI, com aparente benefício no controlo da dor isquémica. É necessário continuar a realizar investigação primária de elevada qualidade, dando robustez ao corpo de conhecimentos e prática baseada na evidência.

<https://doi.org/10.1593/1806-9282.67.02.20200525>

Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) accelerates cutaneous wound healing and inhibits pro-inflammatory cytokines

Vale a pena coadjuvar a abordagem farmacológica com a TENS, em doentes interessados e com profissionais dispostos a experimentar esta abordagem (Teoli & An, 2023)

Carla Jorge Machado¹, Tulo Pinho Navarro², Ligia de Loliola Caceres³*

Information: 2018 Jun 05;176:88-94. doi: 10.1080/10771075.2018.1519663

DOI: 10.1002/1465-185X.CD007244.pdf

Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for phantom pain and stump pain following amputation in adults

Mark J Johnson¹, Matthew H Mulvey, Sara Maria Baguel

Affiliation: * equal
 PMID: 26284511 PMCID: PMC3729970 DOI: 10.1002/1465-185X.CD007244.pdf

8/30

ESS+ Norte

3. MECANISMO AÇÃO

ESS+ Norte

4. INDICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÕES, EFEITOS SECUNDÁRIOS

4. INDICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÕES, EFEITOS SECUNDÁRIOS

INDICAÇÕES DA TENS	
DOR AGUDA	DOR CRÓNICA (principalmente como adjuvante)
Pós-traumática (ex. lesões aparelho locomotor)	Dor neuropática periférica (ex. dor fantasma, dor pós-herpética)
Pós-operatória (ex. cirurgia mão, torácica, abdominal, ortopédica)	Dor musculoesquelética
Obstétrica (ex. dor de parto)	Dor osteoarticular

(Dissehoff, 2005; Laugner, 2002)

ESS+ 14/30

4. INDICAÇÕES, CONTRAINDICAÇÕES, EFEITOS SECUNDÁRIOS

CONTRAINDICAÇÕES DA TENS	PRECAUÇÕES NO USO DA TENS
Doentes com pacemaker ou outros implantes eletrónicos (neuroestimuladores)	Doentes com arritmias
Gravidez (abdómen, pelve, tronco e coluna lombar)	Doentes com sensibilidade alterada
Doentes com deficiência mental	Doentes com tumores malignos

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS DA TENS
Irritação ou inflamação da área de colocação dos eléctrodos
Queimadura local
Reações epilépticas
Aumento da dor/desconforto

(Dissehoff, 2005; Laugner, 2002; Teoli & An, 2023) 15/30

ESS+

ESS+
Norte

5. PARÂMETROS

5. PARÂMETROS



PARÂMETROS A TER EM CONTA NA APLICAÇÃO DA TENS

PARAMETRO	DESCRIÇÃO	UNIDADE MEDIDA	VARIAÇÃO
Frequência	Quantidade de impulsos por segundo	Hz	0-200
Duração de pulso	Tempo que medeia entre início e o fim de um pulso	μ s	100-500
Amplitude (Intensidade)	Dimensão ou voltagem da corrente	mA	0-50m

(Laugner, 2002)

ESS+
Norte

17/30

ESS+
Norte

6. TIPOS E MODOS

6. TIPOS E MODOS

TIPOS DE TENS

TENS de alta frequência e baixa intensidade

- Estimulação das fibras A β
- Modulação da dor baseada na teoria do portão de Mellzack e Wall e libertação de dinorfinas

TENS de baixa frequência alta intensidade

- Estimulação das fibras motoras e por vezes A δ
- Modulação da dor através da ativação das vias inibitórias descendentes (serotoninérgicas e noradrenérgicas) e da produção e libertação de endorfinas, encefalinas e dinorfinas (opióides endógenos)

TENS de alta frequência e alta intensidade

- Produz bloqueio periférico dos impulsos dolorosos provocando um efeito anestésico local
- Libertação de opióides endógenos

ESS+ (Disseihoff, 2005; Johnson et al., 2022; Laugner, 2002) 19/30

6. TIPOS E MODOS

TIPOS DE TENS	Frequência	Duração de pulso	Amplitude/Intensidade	Duração tratamento	Início analgesia	Duração analgesia
TENS de alta frequência e baixa intensidade	50-150Hz (habitual/ 80 a 100Hz)	<200 μ s (50-80 μ s)	Suficiente para produzir sensação de formigueliro (10-40mA)	30-60min a 24horas	10-30min	• Enquanto durar a estimulação • Algum tempo após interromper a estimulação • Rápido desenv. tolerância
TENS de baixa frequência e alta intensidade	1-5Hz ou 2-10Hz	<200 μ s 150-200 μ s	Suficiente para produzir contração muscular visível com sensação de "batida" (50-100mA)	30-45min 1 a 5id	15-30min	• Várias horas (antagonizada pela naloxona) • Raro desenv. tolerância
TENS de alta frequência e alta intensidade	150Hz	200 μ s	Máxima suportada com contração muscular exuberante	3-15min Utilizada apenas para mobilizações articulares dolorosas		

ESS+ (Disseihoff, 2005; Johnson et al., 2022; Laugner, 2002) 20/30

6. TIPOS E MODOS

MODOS DE TENS

NORMAL

- A estimulação é constante

BURST

- A estimulação é distribuída em salvas de impulsos, compostos por um número de pulsos cada (geralmente 10), seguidos de uma pausa

MODULADO

- A estimulação varia automaticamente dentro de parâmetros pré-estabelecidos, evitando assim o fenómeno de adaptação/acomodação

ESS+ (Disseihoff, 2005; Laugner, 2002) 21/30

ESS+ Norte

7. MANUSEAMENTO DO EQUIPAMENTO E COLOCAÇÃO DOS ELETRODOS

7. MANUSEAMENTO DO EQUIPAMENTO E COLOCAÇÃO DOS ELETRODOS

MATERIAL NECESSÁRIO



Gerador de impulsos elétricos

- Resistente e leve
- Comandos acessíveis e intuitivos para alterar a corrente qualitativa e quantitativamente; com sistema de bloqueio (evitar alterações acidentais dos parâmetros)
- 1 ou 2 canais que permitam complementar tratamentos

Cabos

- Conectam cada um dos canais do gerador aos eletrodos
- Devem ser compridos para permitir a mobilidade do doente

Eletrodos

- Interface entre o doente e o gerador
- Vários tamanhos (>4cm²)
- Descartáveis com revestimento de gel autoadesivo; Reutilizáveis feitos de borracha siliconada impregnada de carbono, ou alumínio e precisam de gel condutor e adesivo para fixação;

23/30

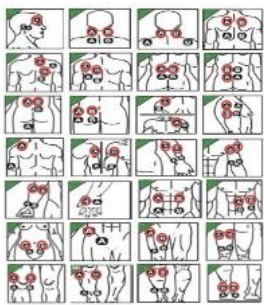
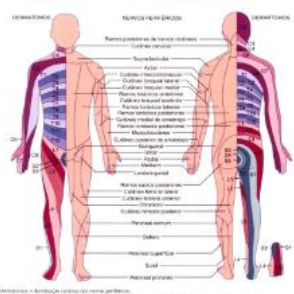
7. MANUSEAMENTO DO EQUIPAMENTO E COLOCAÇÃO DOS ELETRODOS

LOCAIS DE COLOCAÇÃO DOS ELÉTRODOS

• Ao redor da região dolorosa

• Sobre o trajeto do nervo que inerva a zona dolorosa (dermatômo)


• No segmento paravertebral que inerva a zona dolorosa

24/30

7. MANUSEAMENTO DO EQUIPAMENTO E COLOCAÇÃO DE ELÉTRODOS

CUIDADOS A TER NA COLOCAÇÃO DOS ELÉTRODOS





NÃO APLICAR OS ELÉTRODOS:

- Na face anterior do pescoço (risco de hipotensão/espasmo laringeo)
- Zonas com trombose venosa ou arterial ou tromboflebite
- Sobre proeminências ósseas
- Sobre pele frágil ou com feridas
- Zona anterior e posterior do tronco simultaneamente
- Zonas de hiperestesia

APLICAR OS ELÉTRODOS :

- Em pele limpa, seca e sem feridas
- Sem dobras nem rugas
- Afastados uns dos outros pelo menos 2,5 a 10cm, com os eléctrodos do mesmo canal do gerador paralelos vertical, horizontalmente ou cruzados.

25/30

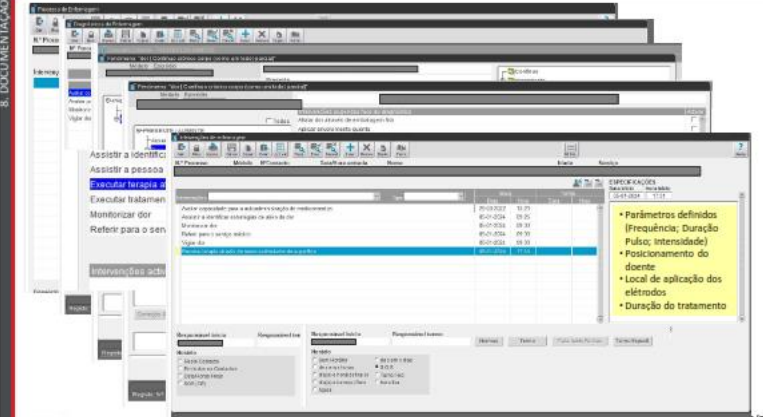
7. MANUSEAMENTO DO EQUIPAMENTO E COLOCAÇÃO DE ELÉTRODOS

INSTRUÇÕES GERAIS PARA A APLICAÇÃO DE TENS

- **Avaliar** o doente e definir os objetivos do tratamento
- **Verificar** indicações, contra-indicações e precauções
- **Ensinar** sobre o procedimento de forma clara, elucidando o doente acerca dos resultados esperados, incentivando-o a colaborar ativamente
- **Posicionar** o doente apropriada e confortavelmente para a intervenção
- **Inspeccionar** a pele onde irão ser colocados os eléctrodos
- **Selecionar** o gerador e programar os parâmetros de estimulação
- **Verificar** os eléctrodos e os fios de ligação, despistando sinais de desgaste e substituindo-os se necessário
- **Aplicar** os eléctrodos na área a ser tratada, conectar os fios aos eléctrodos e ligar o gerador
- **Aumentar** a intensidade de acordo com os objetivos do tratamento e com a tolerância do doente
- **Observar** a reação do doente e ajustar os parâmetros se necessário desligando primeiro o gerador
- No final do tratamento **remover** os eléctrodos e inspeccionar a pele.
- **Instruir e treinar** o doente para aplicação do TENS no domicílio se indicado
- **Documentar** o tratamento, incluindo: avaliação pré-tratamento (dor e incapacidade), parâmetros definidos, posicionamento do doente, local de colocação dos eléctrodos, duração do tratamento e resposta do doente pós-tratamento (dor e incapacidade)

26/30

8. DOCUMENTAÇÃO



27/30

BIBLIOGRAFIA

Alves, B. / O. / O.-M. (2023). DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. <https://decs.bvsalud.org/>

Disselhoff, B. (2005). TENS-transcutaneous electrical nerve stimulation. Em R. Likar, R. Stitt, & K. Budd, *Practice of transdermal pain therapy* (pp. 130–141). UNIMED SCIENCE.

Jehannin, P., Craughwell, M., Omarjee, L., Donnelly, A., Jaquinand, V., Mahé, G., & Le Faucheur, A. (2020). A systematic review of lower extremity electrical stimulation for treatment of walking impairment in peripheral artery disease. *Vascular Medicine (London, England)*, 25(4), 354–363. <https://doi.org/10.1177/1358863X20902272>

Johnson, M. I., Paley, C. A., Jones, G., Mulvey, M. R., & Wittkopf, P. G. (2022). Efficacy and safety of transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for acute and chronic pain in adults: A systematic review and meta-analysis of 381 studies (the meta-TENS study). *BMJ Open*, 12(2), e051073. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051073>

Kj, W. A. B., R., R., & Ah, D. (2017). Non-Invasive Management of Peripheral Arterial Disease. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 900. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-9129-1_129

Labrunée, M., Boned, A., Granger, R., Bousquet, M., Jordan, C., Richard, L., Garrigues, D., Gremeaux, V., Sénard, J.-M., Pathak, A., & Guiraud, T. (2015). Improved Walking Claudication Distance with Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation: An Old Treatment with a New Indication in Patients with Peripheral Artery Disease. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 94(11), 941. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000277>

Laugner, B. (2002). Modalidades técnicas do tratamento da dor. Em C. Metzger, A. Müller, M. Schwetta, & C. Walter, *Cuidados de enfermagem e dor* (pp. 111–120). LUSOCIÊNCIA - Edições Técnica e Científicas, Lda.

Peo, G., M. M., Rlg, F., J. M., Tp, N., & Ll, C. (2021). Transcutaneous Electric Nerve Stimulation on ischemic rest pain in inpatients: Randomised trial. *Revista Do Associcao Medica Brasileira (1992)*, 67(2). <https://doi.org/10.1590/1800-9282.07.02.20200535>

Seenan, C., McSwiggan, S., Roche, P. A., Tan, C.-W., Mercer, T., & Belch, J. J. F. (2016). Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation Improves Walking Performance in Patients With Intermittent Claudication. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(4), 323. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000258>

Teoli, D., & An, J. (2023). Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation. Em *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK337188/>

ESS+ 28/30

ESS+
Norte

ESTIMULAÇÃO NERVOSA ELÉTRICA TRANSCUTÂNEA (TENS)

Estratégia não farmacológica de controlo da dor

Elsa Figueiredo Santos – Mestranda do 1º MEMCAEPS
Orientação Professora Doutora Liliana Mota
Tutoria EEMC
Serviço Angiologia e Cirurgia Vascular –

CASOS PRÁTICOS

TENS
Sim ou Não?
Parâmetros?

Homen de 40 anos com dor isquémica em repouso (dor 6/10) e limitação nas atividades de vida diária. Sem patologias associadas

Mulher de 55 anos com gonalgia (dor 7/10) e limitação nas atividades de vida diária. Portadora de pacemaker, diabética e hipertensa

Homen de 70 anos com dor fantasma por amputação supracondiliana à esquerda. Fumador, diabético

Mulher de 30 anos com dor crónica no membro inferior direito pós safenectomia (5/10). Hipertensa e com história de arritmia

ESS+ 30/30

**APÊNDICE IV: Questionários de avaliação de conhecimentos
da ação de formação “Estimulação Nervosa Elétrica
Transcutânea (TENS) – Estratégia não farmacológica de
controlo da dor”**

Questionário Pré-Formação

O que significa a sigla TENS em Português?

Transmissão elétrica nervosa sensitiva	Estimulação nervosa elétrica sensitiva	Estimulação nervosa elétrica transcutânea	Tratamento subcutâneo de nervo sensitivo
X	X	✓	X

Qual é o principal objetivo da TENS?

Estimular a produção de calor no local do tratamento	Promover o relaxamento muscular	Tratar a causa da dor	Aliviar a dor
X	X	X	✓

Qual é o mecanismo de ação da TENS?

Estimulação das fibras nervosas tipo C	Aumento da infiltração	Modulação segmentar e supraspinal	Aumento da circulação sanguínea
X	X	✓	X

Quais são os principais tipo de TENS?

TENS superficial	TENS de alta frequência e TENS de baixa modulação	TENS modulado e TENS contínuo	TENS de alta frequência e TENS de baixa frequência
X	X	X	✓

Qual das opções é contraindicação para a realização de TENS

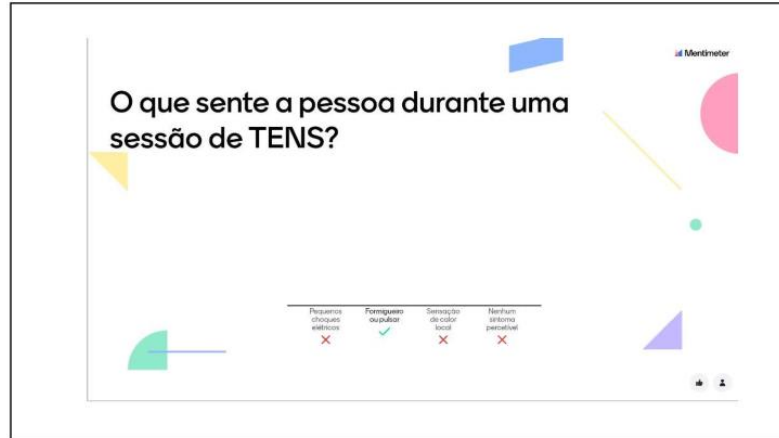
Insónia	Gravidade	Lesões musculares locais	Hipertensão
X	✓	X	X

O que sente a pessoa durante uma sessão de TENS?

Frequência elevada e eletrões	Formigueiro ou puzor	Sensação de calor local	Nenhum sistema perceptível
X	✓	X	X

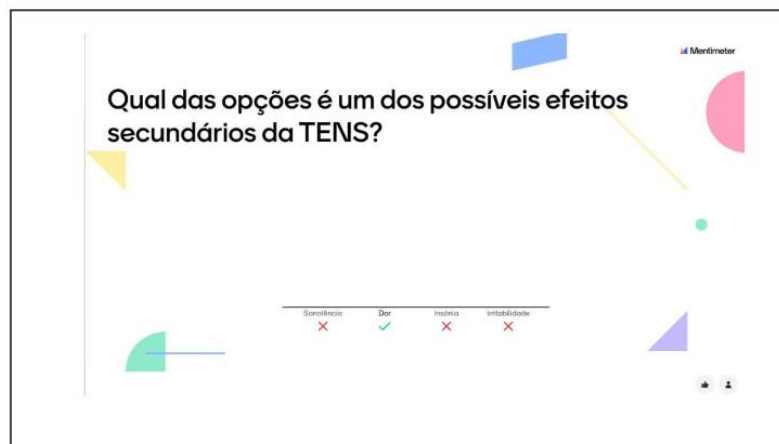
O que sente a pessoa durante uma sessão de TENS?

Pequenos choques elétricos	Fomego ou pular	Sensação de calor local	Nenhum sintoma particular
X	✓	X	X



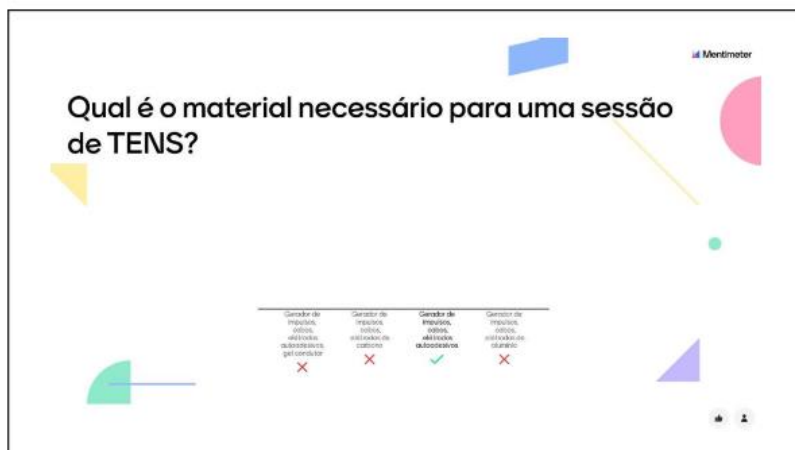
Qual das opções é um dos possíveis efeitos secundários da TENS?

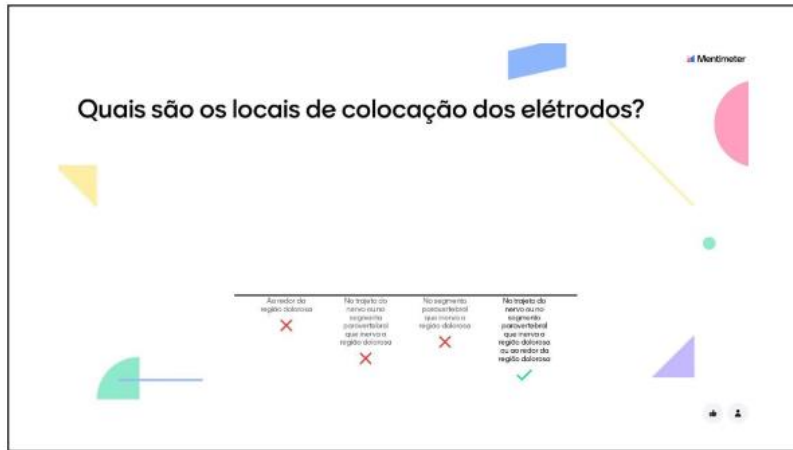
Sonolência	Dor	Insónia	Instabilidade
X	✓	X	X



Qual é o material necessário para uma sessão de TENS?

Gerador de impulsos, eletrodo, eletrodo quadrado e gel condutor	Gerador de impulsos, eletrodo, eletrodo de carbono	Gerador de impulsos, eletrodo, eletrodo de carbono	Gerador de impulsos, eletrodo, eletrodo de carbono
X	X	✓	X





TENS - Uma estratégia não farmacológica de controlo da dor - Pós formação

A pessoa com doença vascular periférica apresenta, frequentemente, dor com elevado impacto na qualidade de vida e funcionalidade, que exige uma abordagem multimodal. No contexto do Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, propõe-se assim a realização de Formação em Serviço na Área do Controlo Não Farmacológico da Dor.

Solicita-se o preenchimento do questionário de forma anónima, pré e pós formação, com o objetivo de verificar globalmente o nível de conhecimentos sobre a estratégia não farmacológica TENS. Pretende-se adequar a abordagem dos conteúdos e posteriormente avaliar o contributo da formação na capacitação para a utilização da referida estratégia.

* Obrigatória

* Este formulário irá registar o seu nome, por favor preencha seu nome.

1. O que significa a sigla TENS em Português? * (10 Pontos)

- Transmissão elétrica nervosa sensitiva
- Estimulação nervosa elétrica sensitiva
- Estimulação nervosa elétrica transcutânea
- Tratamento subcutâneo de nervo sensitivo

2. Qual é o principal objetivo da TENS? * (10 Pontos)

- Estimular a produção de calor no local do tratamento
- Promover o relaxamento muscular
- Tratar a causa da dor
- Aliviar a dor

3. Qual é o mecanismo de ação da TENS? * (10 Pontos)

- Estimulação das fibras nervosas tipo c
- Aumento da inflamação
- Modulação segmentar e supraespinhal
- Aumento da circulação sanguínea

4. Quais são os principais tipos de TENS? * (10 Pontos)

- TENS superficial e TENS profunda
- TENS de alta frequência e TENS de baixa modulação
- TENS modulado e TENS contínuo
- TENS de alta frequência e TENS de baixa frequência

5. Qual das opções é contraindicação para a realização de TENS * (10 Pontos)

- Insónia
- Gravidez
- Lesões musculares leves
- Hipertensão

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

6. O que sente a pessoa durante uma sessão de TENS? * (10 Pontos)

- Pequenos choques elétricos
- Formigueiro ou pulsar
- Sensação de calor local
- Nenhum sintoma perceptível

7. Geralmente quanto tempo pode durar uma sessão de TENS? * (10 Pontos)

- 5 minutos
- 20 a 40 minutos
- 15 minutos
- 30 a 60 minutos

8. Qual das opções é um dos possíveis efeitos secundários da TENS? * (10 Pontos)

- Sonolência
- Dor
- Tonturas
- Irritabilidade

9. Qual é o material necessário para uma sessão de TENS * (10 Pontos)

- Gerador de impulsos, cabos, elétrodos autoadesivos, gel condutor
- Gerador de impulsos, cabos, elétrodos de carbono
- Gerador de impulsos, cabos, elétrodos autoadesivos
- Gerador de impulsos, cabos, elétrodos de alumínio

10. Quais são os locais de colocação dos elétrodos * (10 Pontos)

- Ao redor da região dolorosa
- No trajeto do nervo ou no segmento paravertebral que inerva a região dolorosa
- No segmento paravertebral que inerva a região dolorosa
- No trajeto do nervo ou no segmento paravertebral que inerva a região dolorosa ou ao redor da região dolorosa

11. Considera que a formação contribuiu para aumentar o seu conhecimento e o capacitar para a implementação da estratégia? *

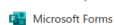


12. Considera-se motivado para implementar a estratégia? *

- Sim
- Não

13. Se respondeu não na pergunta anterior, refira qual o motivo

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.



TENS - Uma estratégia não farmacológica de controlo da dor - 1 mês Pós- formação

A pessoa com doença vascular periférica apresenta, frequentemente, dor com elevado impacto na qualidade de vida e funcionalidade, que exige uma abordagem multimodal. No contexto do Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, propõe-se assim a realização de Formação em Serviço na Área do Controlo Não Farmacológico da Dor. Solicita-se o preenchimento do questionário de forma anónima, 1 mês pós formação, com o objetivo de verificar de globalmente o nível de conhecimentos sobre a estratégia não farmacológica TENS. Pretende-se avaliar o contributo da formação na capacitação para a utilização da referida estratégia.

* Obrigatória

1. O que significa a sigla TENS em Português? * (10 Pontos)

- Transmissão elétrica nervosa sensitiva
- Estimulação nervosa elétrica sensitiva
- Estimulação nervosa elétrica transcutânea
- Tratamento subcutâneo de nervo sensitivo

2. Qual é o principal objetivo da TENS? * (10 Pontos)

- Estimular a produção de calor no local do tratamento
- Promover o relaxamento muscular
- Tratar a causa da dor
- Aliviar a dor

3. Qual é o mecanismo de ação da TENS? * (10 Pontos)

- Estimulação das fibras nervosas tipo c
- Aumento da inflamação
- Modulação segmentar e supraespinhal
- Aumento da circulação sanguínea

4. Quais são os principais tipos de TENS? * (10 Pontos)

- TENS superficial e TENS profunda
- TENS de alta frequência e TENS de baixa modulação
- TENS modulado e TENS contínuo
- TENS de alta frequência e TENS de baixa frequência

5. Qual das opções é contra-indicação para a realização de TENS? * (10 Pontos)

- Insónia
- Gravidez
- Lesões musculares leves
- Hipertensão

6. O que sente a pessoa durante uma sessão de TENS? * (10 Pontos)

- Pequenos choques elétricos
- Formigueiro ou pulsar
- Sensação de calor local
- Nenhum sintoma perceptível

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

6. O que sente a pessoa durante uma sessão de TENS? * (10 Pontos)

- Pequenos choques elétricos
- Formigueiro ou pulsar
- Sensação de calor local
- Nenhum sintoma perceptível

7. Geralmente quanto tempo pode durar uma sessão de TENS? * (10 Pontos)

- 5 minutos
- 20 a 40 minutos
- 15 minutos
- 30 a 60 minutos

8. Qual das opções é um dos possíveis efeitos secundários da TENS? * (10 Pontos)

- Sonolência
- Dor
- Tonturas
- Irritabilidade

9. Qual é o material necessário para uma sessão de TENS * (10 Pontos)

- Gerador de impulsos, cabos, elétrodos autoadesivos, gel condutor
- Gerador de impulsos, cabos, elétrodos de carbono
- Gerador de impulsos, cabos, elétrodos autoadesivos
- Gerador de impulsos, cabos, elétrodos de alumínio

10. Quais são os locais de colocação dos elétrodos * (10 Pontos)

- Ao redor da região dolorosa
- No trajeto do nervo ou no segmento paravertebral que inerva a região dolorosa
- No segmento paravertebral que inerva a região dolorosa
- No trajeto do nervo ou no segmento paravertebral que inerva a região dolorosa ou ao redor da região dolorosa

11. Durante o mês que passou alguma vez utilizou a estratégia não farmacológica de controlo da dor - TENS * (10 Pontos)

- Sim. Em doentes
- Sim. Em mim próprio
- Não

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

11. Durante o mês que passou alguma vez utilizou a estratégia não farmacológica de controlo da dor - TENS * (10 Pontos)

- Sim. Em doentes
- Sim. Em mim próprio
- Não

12. Se respondeu não na pergunta anterior, assinale o motivo * (10 Pontos)

- Ausência de equipamento disponível
- Escassez de tempo durante a prestação de cuidados
- Não estive perante situações com indicação para a utilização da TENS
- Não me senti capacitado em termos teóricos para o manuseamento do equipamento
- Não me senti capacitado em termos práticos para o manuseamento do equipamento
- Outro

13. Se respondeu outro na questão anterior, especifique o motivo (10 Pontos)

14. Se respondeu sim na pergunta 11 (utilizou a estratégia farmacológica), houve benefício analgésico? (10 Pontos)

- Sim
- Não

Este conteúdo não foi criado nem é aprovado pela Microsoft. Os dados que submeter serão enviados para o proprietário do formulário.

 Microsoft Forms

**APÊNDICE V: Panfleto sobre “Estimulação Nervosa Elétrica
Transcutânea (TENS)”**

Cuidados a ter na colocação dos eléctrodos

Verificar se a pele está limpa, seca e sem feridas.

Verificar a integridade dos eléctrodos e dos fios de ligação, substituindo-os se necessário.

Aplicar os eléctrodos sem dobras nem rugas:

- ✓ ao redor da região dolorosa (Fig. 3) ou sobre o trajeto do nervo que inerva a zona dolorosa;
- ✓ do mesmo canal do gerador paralelos horizontal ou verticalmente e com os polos alinhados (Fig. 3);
- ✓ afastados uns dos outros pelo menos 2,5 a 10cm.

Não aplicar os eléctrodos:

- ✓ nas zonas laterais do pescoço (risco de hipotensão) ou no troco e dorso simultaneamente;
- ✓ nas zonas com trombose venosa ou arterial ou tromboflebite;
- ✓ sobre proeminências ósseas;
- ✓ sobre pele frágil ou com feridas.

Mudar os eléctrodos de sítio ou alterar os parâmetros de estimulação sempre com o gerador desligado.

Figura 3: Exemplo de local de aplicação dos eléctrodos



Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular



Contactos:

- 📍 (Endereço Postal)
- ☎ (Telefone)
- ✉ (E-mail)

PARA MAIS INFORMAÇÕES VISITE O



Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular

TENS

Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea



Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS)

A Estimulação Nervosa Elétrica Transcutânea (TENS) é uma técnica não farmacológica que consiste na aplicação de impulsos elétricos na pele com a finalidade de controlar a dor.

Os impulsos elétricos têm origem num gerador externo (Fig 1) e são transmitidos à superfície da pele através de elétrodos (Fig. 2) que são aplicados ao redor da região dolorosa (Fig. 3) ou na zona de enervação desta.

Figura 1: Gerador de TENS



Figura 2: Elétrodos de TENS



Indicações da TENS na dor aguda

- ✓ Dor pós-traumática;
- ✓ Dor pós-operatória;
- ✓ Dor obstétrica (dor de parto).

Indicações da TENS na dor crónica

- ✓ Dor neuropática periférica;
- ✓ Dor musculoesquelética;
- ✓ Dor osteoarticular.

Contraindicações no uso da TENS

- ✓ Doentes portadores de pacemaker ou outros implantes eletrónicos;
- ✓ Gravidez.

Precauções no uso da TENS

- ✓ Doentes com arritmias;
- ✓ Doentes com tumores malignos;
- ✓ Doentes com deficiência mental.

Possíveis efeitos secundários da TENS

- ✓ Irritação ou inflamação da área de colocação dos elétrodos;
- ✓ Queimadura local;
- ✓ Reações epiléticas.
- ✓ Aumento da dor/desconforto.

Parâmetros a definir na TENS

Frequência – Nº de impulsos por segundo. Medida em Hz. Pode variar entre 0 e 200Hz.

Duração de Pulso – Tempo entre o início e o fim do impulso. Medida em μ s. Pode variar entre 0 e 500 μ s.

Amplitude/Intensidade – Dimensão ou voltagem da corrente. Medida em mA. Pode variar entre 0 e 100mA.

Tabela 1: Parâmetros da TENS

TENS ALTA FREQUÊNCIA			
Frequência	Duração Pulso	Amplitude	Tempo
50-150Hz	50-80 μ s	Até sentir sensação de formigueiro confortável	40-60min até 6x/dia ou 24h/dia
TENS BAIXA FREQUÊNCIA			
Frequência	Duração Pulso	Amplitude	Tempo trata/to
2-10Hz	150-300 μ s	Até produzir contracção muscular visível e confortável	30-45min até 6x/dia

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório

ANEXOS

ANEXO I: Póster “A pessoa com ferida – do controlo da dor à adesão terapêutica – um percurso colaborativo”



ANEXO II: Póster “TENS no controlo da dor na doença arterial periférica dos membros inferiores: Revisão Integrativa”



Certifica-se que no
ASTOR 2024 - 31º Congresso de Medicina da Dor,
realizado no ISCTE-Lisboa,
nos dias 26 a 27 de janeiro de 2024, foi apresentado o seguinte
Poster:

**"TENS no controlo da dor na doença arterial periférica
dos membros inferiores: Revisão Integrativa"**

dos autores:

Elsa Figueiredo Santos - [REDACTED]

[REDACTED]
Liliana Mota - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha
Portuguesa/CINTESIS@RISE

Lisboa, 26 e 27 de janeiro de 2024

A Organização



Elsa Verdasca

Dra. Elsa Verdasca



ANEXO III: Participação no “Congresso sobre a dor”

**CONGRESSO
SOBRE A DOR**

um caminho para todos os que
procuram soluções para a dor

SPLS
SOCIEDADE PORTUGUESA
LITERACIA EM SAÚDE

CERTIFICADO

Certifica-se que **Elsa Santos** participou no Congresso Sobre a Dor, organizado pela Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde, no dia 17 de outubro de 2023, no auditório do Infarmed, das 17h00 às 19h30.

A presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde



Cristina Vaz de Almeida

**ANEXO IV: Coautoria de subcapítulo do Guia de Recursos
Sobre a Dor, intitulado “O tratamento da dor em unidades de
dor nos hospitais”**



Índice

6	Lista de autores	40	O que diz a ciência
7	Lista de apoios, organizações e contributos para o Guia	44	Dor aguda versus Dor crónica
8	Prefácio	46	Sintomas de dor crónica
11	Ano Global da Dor	51	O que diz a ciência sobre a minha dor?
12	Os direitos dos doentes	53	Explicações da ciência sobre a dor
18	A Carta Europeia dos Direitos dos Doentes	56	Os vários tipos de dor DOR FÍSICA e DOR PSICOLÓGICA
19	14 direitos	57	Lidar com a dor psicológica. Que atitudes para enfrentar a dor ?
23	Os direitos de cidadania ativa	59	O papel da emoção e crenças na perceção da dor crónica
27	CARACTERIZAR O PERFIL DA DOR	64	O papel das cognições e pensamentos na dor crónica
28	O que é a dor?	66	O papel da vida social na dor crónica
28	Codificação da dor como doença:	68	O papel da espiritualidade na manutenção da nossa saúde
29	O que é a dor?	70	O luto
29	Nova definição de dor (IASP)		
30	Descrever a dor		
35	A dor é toda má?		
37	Sobre o sentir. Porque sentimos dor?		
40	A diferença entre dor aguda e dor crónica.		

GUIA DE RECURSOS SOBRE A DOR

3

80	DOS HOSPITAIS AOS CUIDADORES	115	Escala da intensidade da dor
81	Como se trata a dor nos hospitais e qual o caminho (acessibilidade e tratamento)	118	Os mitos sobre a dor
82	O tratamento da dor em unidades de dor nos hospitais	123	Os Cuidadores. Cuidar de uma pessoa com dor
84	Como se distinguem e como funcionam as Unidades de Dor?	133	Os Cuidadores Informais. Como ser e cuidar também de si, como cuidador
85	Como posso aceder às Unidades de Dor?	138	Cuide também de si
89	Referenciação para as consultas de dor: a navegabilidade do doente no sistema	141	O QUE FAZER? DOR DA CABEÇA AOS PÉS
96	Cuidados paliativos. Como se trata a dor aqui?	142	Quando o maxilar dói e afeta muito mais
100	As Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos e o controlo da dor	151	A dor respiratória
102	Cuidar da pessoa em domicílio quando estamos na fase dos cuidados paliativos	156	O que fazer sobre as dores na gravidez e puerpério
112	Tratar a dor nos serviços de proximidade. A importância do médico de família na prevenção da dor crónica	158	Controlar e vigiar as dores na cirurgia ginecológica
		159	Para, escuta e sente o teu corpo. A rapidez faz a diferença. O cancro do ovário na primeira pessoa
		164	A dor oncológica. A dor total
		169	Suporte Básico de Vida. Uma estratégia social de cidadania e sobrevivência
		173	O que acontece no Suporte Básico de Vida?

GUIA DE RECURSOS SOBRE A DOR

4

174 A DOR SOCIAL	239 SOLUÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS OU PARA ALÉM DA MEDICAÇÃO
175 O impacto social da dor	240 Para além dos medicamentos. Soluções não farmacológicas para controlo ou diminuição da dor
176 A dor social. O caso da cegueira e da baixa visão na diabetes	
180 Comunidade LGBTQ+. Pessoas trans e as "dores de alma"	254 OS ESTILOS DE VIDA
186 Comunidade LGBTQ+. Existem estratégias para gerir a dor	255 A influência da alimentação
188 Comunidade LGBTQ+. Dor na mulher lésbica – a visão do Clube Safo	263 A REALIDADE: TESTEMUNHOS SOBRE A DOR
191 Como entender a dor da pessoa com deficiência intelectual	264 Conquistas
198 AS VOZES DA MULTICULTURALIDADE	290 Metodologias de trabalho
199 Migrants Suffer Social pain?	290 Ouvir as pessoas
210 HINDI - भारतमा मे आरुवासन	320 Os recursos na comunidade
213 NEPALI - पोरुगालमा आरुवासन	321 Bibliografia
216 Textos da NIALP em Português	331 Resumos Curriculares
221 Vozes sobre a dor, em ucraniano	
223 Vozes sobre a dor. Em crioulo (Cabo Verde)	
229 O cancro nas palavras de Caroline Simuchima Kundanaji, Zambia	

GUIA DE RECURSOS SOBRE A DOR 5

Lista de autores

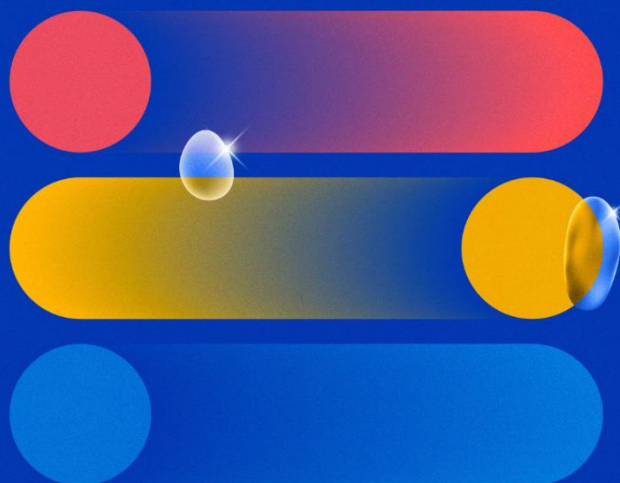
No final do livro pode aceder aos currículos dos autores de forma mais desenvolvida. Poderá conhecer cada um dos autores deste livro e contacta-los.

Alex Loureiro	Júlio Esteves (Julio A. G. Esteves)
Ana Paula Varela Reis	Kamal Batharay
Ana Ribas Teixeira	Laetitia
Ana Valentim	Marcia Alves
Ana Veiga	Maria Amélia Rebelo Quintans, Médica
Beatriz Aranha	Maria João Cunha
Berta Augusto	Maria Manuela Sampaio
Bruno Alves	Maria Teresa Flor de Lima
Carlos Filipe	Nadia Sacoór
Caroline Simuchima Kundanaji	Nelia Isaac
Cátia Fernandes	Patrícia Susana Pinto Franco
Claudia Fraga	Patricia Guilherme
Cristina Catana	Patricia Quintans
Cristina Vaz de Almeida	Raul Marques Pereira
Deolinda Pinto	Ricardo Fernandes
Diana Pinheiro	Rita Veloso Mendes
Elsa Santos	Sandra Laia Esteves
Filipe Serralva	Sara Raquel Pedrosa da Cunha
Gerson Rodrigues	Shanna Rodrigues Soares dos Santos
Juliana Paciência	Susana Ramos

GUIA DE RECURSOS SOBRE A DOR 6

DOS HOSPITAIS AOS CUIDADORES

Os hospitais, serviços e pessoas de proximidade



Como se trata a dor nos hospitais e qual o caminho (acessibilidade e tratamento)

A dor, em particular a dor crónica, tem um impacto muito significativo na vida da pessoa, família/cuidador, causando sofrimento e sequelas a nível físico, psicológico e social, traduzidos na perda de qualidade de vida e bem-estar.

Para o tratamento da dor aguda e crónica (oncológica e não oncológica), os hospitais dispõem de respostas especializadas, das quais salientamos as Unidades de Dor e as Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos.

O tratamento da dor em unidades de dor nos hospitais

Autores: **Elsa Figueiredo Santos**¹; **Juliana Paciência**²

Coautores: **Ana Valentim**³; **Maria Manuela Sampaio**⁴

O que são Unidades de Dor?

As Unidades de Dor são estruturas organizadas dentro de hospitais, que tem por fim dar alívio da dor e apoiar na reabilitação do funcionamento físico, psicológico, social e laboral da pessoa com dor, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

¹ Enfermeira da Unidade de Dor Crónica/Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Licenciada em Enfermagem.

³ Coordenadora da Unidade de Dor Crónica/Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Assistente Graduada de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

² Enfermeira da Unidade de Dor Crónica/Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Licenciada em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Comunitária.

⁴ Enfermeira Gestora da Unidade de Dor Crónica, Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e Bloco Operatório Central/Serviço de Anestesiologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra.

GUIA DE RECURSOS SOBRE A DOR

82

Que tipo de Unidades de Dor existem?

Consoante os hospitais em que estão inseridas, podemos ter as seguintes Unidades de Dor:

- Consultas de Dor nos Hospitais Locais;
- Unidades Terapêuticas de Dor nos Hospitais Médico-Cirúrgicos;
- Unidades Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Polivalentes;
- Centros Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Universitários;
- Unidades Multidisciplinares de Dor nos Hospitais Especializados Oncológicos.

Estas Unidades de Dor, espalhadas por todo o território nacional, possibilitam o acesso a um tratamento adaptado e humanizado, tendo por base a melhor evidência científica. Significa que se baseiam nas boas práticas nos avanços da ciência e nas partilhas entre vários profissionais e organizações.

GUIA DE RECURSOS SOBRE A DOR

83

Como se distinguem e como funcionam as Unidades de Dor?

A distinção entre as Unidades de Dor faz-se tendo em conta a sua capacidade de resposta à pessoa com situações complexas de dor aguda e/ou crónica, oncológica e não oncológica, em contexto de urgência, ambulatório, hospital de dia e/ou internamento. Podem funcionar em

espaço próprio, ter atividade diária organizada e coordenador. A prestação de cuidados é centrada na pessoa, família/cuidador, e é multidisciplinar, isto é, tem a intervenção de diferentes profissionais que podem variar em número e especialidade.



Como posso aceder às Unidades de Dor?

A complexidade da dor, a dificuldade no seu alívio e a necessidade de tratamentos específicos são fatores que podem levar à necessidade de recorrer a uma Unidade de Dor.

O acesso à primeira consulta de especialidade nas Unidades de Dor é realizado através de referência do médico:

- Dos cuidados de saúde primários (Medicina Geral e Familiar);
- De especialidades internas do hospital (consulta externa, internamento, hospital de dia e urgência);
- De outros hospitais do Serviço Nacional de Saúde.

Quanto tempo tenho de aguardar pela consulta?

O tempo que tem de aguardar até à marcação da primeira consulta depende da existência ou não de doença oncológica e do nível de prioridade clínica atribuída pelo médico que recebeu o pedido.

Pessoa com doença oncológica

Muito prioritário	7 dias
Prioritário	15 dias
Normal	30 dias

Pessoa com doença não oncológica

Muito prioritário	30 dias
Prioritário	60 dias
Normal	120 dias

Legenda: Tempo de espera até marcação de primeira consulta da especialidade

Que tratamentos são realizados numa Unidade de Dor?

Os tratamentos realizados dependem do grau de especialização das unidades e passam pela utilização de várias estratégias farmacológicas (tratamentos com medicamentos) e não farmacológicas (outros tratamentos), podendo também ser utilizadas técnicas analgésicas especiais (infiltrações).

Estratégias farmacológicas

Estratégias não farmacológicas
Ver por favor página 240

GUIA DE RECURSOS SOBRE A DOR 86

Estratégias farmacológicas

Utilização de diferentes tipos de medicamentos (analgésicos e adjuvantes), com o objetivo de aliviar a dor e os sintomas que lhe estão associados.

➤ Analgésicos

Medicamentos que reduzem ou aliviam a dor.

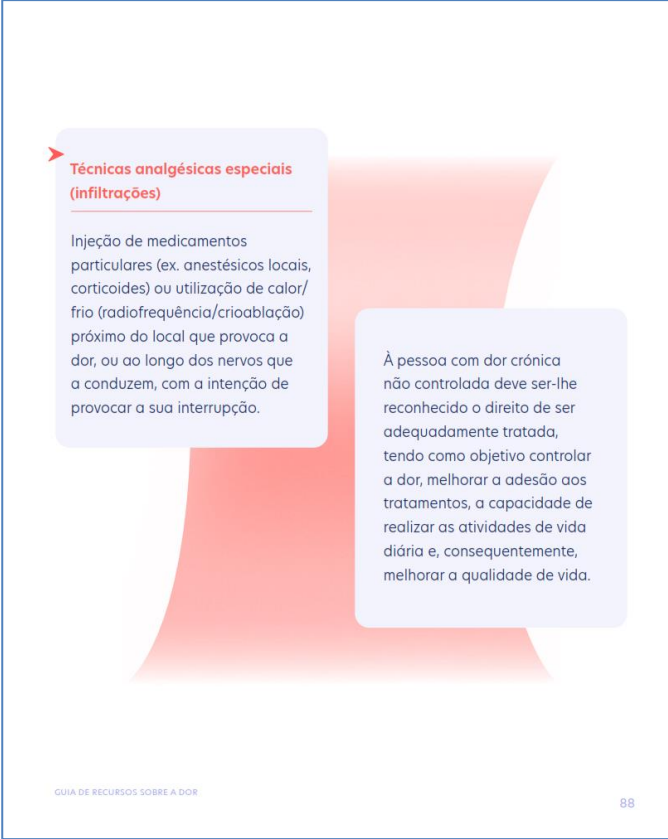
- Opióides - utilizam-se para controlar a dor moderada a intensa, provocada pelo cancro ou outros tipos de dor de causa não oncológica (ex. morfina);
- Não opióides - utilizam-se para controlar a dor ligeira a moderada (ex. ibuprofeno, paracetamol e metamizol magnésico).

➤ Adjuvantes

Medicamentos que, embora não sendo verdadeiros analgésicos, permitem tratar a dor (ex. neuropática) e alguns dos sintomas que lhe estão associados (ex. antidepressivos, ansiolíticos, anticonvulsivantes, corticosteroides e relaxantes musculares).



GUIA DE RECURSOS SOBRE A DOR 87



Técnicas analgésicas especiais (infiltrações)

Injeção de medicamentos particulares (ex. anestésicos locais, corticoides) ou utilização de calor/frio (radiofrequência/crioablação) próximo do local que provoca a dor, ou ao longo dos nervos que a conduzem, com a intenção de provocar a sua interrupção.

À pessoa com dor crónica não controlada deve ser-lhe reconhecido o direito de ser adequadamente tratada, tendo como objetivo controlar a dor, melhorar a adesão aos tratamentos, a capacidade de realizar as atividades de vida diária e, consequentemente, melhorar a qualidade de vida.

GUIA DE RECURSOS SOBRE A DOR

88

ANEXO V: Formadora, no Curso de Viabilidade Tecidual e Feridas Complexas, com o tema “A gestão da dor no processo terapêutico”

Empowerment da pessoa com dor crónica secundária em contexto de ambulatório



Declaração Comprovativa de Experiência Formativa

Para os fins convenientes se declara que **Elsa Figueiredo Santos**, portador(a) do documento de identificação com o número **[REDACTED]**, exerceu funções como **Formador(a)**, no **"Curso de Viabilidade Tecidual e Feridas Complexas"** inserido na **Escola de Verão ELCOS** (em formato híbrido), promovido pela **ELCOS – Sociedade Portuguesa de Feridas** e pelo **Centro de Estudos e Investigação em Feridas**, com as parcerias abaixo indicadas. Na Escola de Verão, também **certificada pela EWMA**, que decorreu entre os dias **17 de maio e 12 de dezembro**, apresentou o tema:

"A Gestão da Dor no Processo Terapêutico"

12 de dezembro de 2023

ELCOS
Sociedade Portuguesa de Feridas

Kátia Furtado
(Presidente)

Certificado nº 2003 (Escola de Verão ELCOS – 2023)



**ANEXO VI: Elemento da Comissão Organizadora nas “I
Jornadas para a Prevenção Úlceras por Pressão da Região
Centro, em Mortágua”**



DECLARAÇÃO

Para os fins convenientes se declara que **Elsa Cristina Morais Figueiredo Santos**, portador de Cartão de Identificação com o nº [REDACTED] participou na **Organização das I Jornadas para a Prevenção das Úlceras por Pressão da Região Centro**, evento inserido na **Escola de Verão ELCOS**, promovido pela **ELCOS - Sociedade Portuguesa de Feridas** e pelo **Centro de Estudos e Investigação em Feridas** (25-11-2023).

Por ser verdade e nos ter sido solicitada, se emite a presente declaração que vai ser assinada pela Presidente desta Sociedade Científica.

Arranches, 10 de janeiro de 2024

ELCOS-Sociedade Portuguesa de Feridas



(Katia Augusta Xavier Furtado
Presidente da Direção)

**ANEXO VII: Póster “Fatores que influenciam a infeção da
úlcer da perna na pessoa com doença vascular periférica:
Scoping Review”**

CERTIFICADO

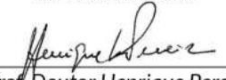
Certifica-se que:

Elsa Santos, Liliana Mota, Ricardo Melo

apresentou o **póster** intitulado: **“Fatores que influenciam a infeção da úlcera da perna na pessoa com doença vascular periférica: Scoping Review”**, inserido no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infeção, realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2023, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 27 de outubro de 2023

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica


Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe