

**AUTOGESTÃO DA DOR CRÓNICA NO DOENTE EM
CUIDADOS PALIATIVOS
UMA SCOPING REVIEW**

Dissertação

Isabel Alexandra Araújo Carvalho

Porto | 2021

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**AUTOGESTÃO DA DOR CRÓNICA NO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS
UMA SCOPING REVIEW**

**SELF-MANAGEMENT OF CHRONIC PAIN IN PALLIATIVE CARE PATIENT
SCOPING REVIEW**

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Leonor Ribeiro
e coorientada pelo Professor Doutor Paulo Alexandre Puga Machado

Isabel Alexandra Araújo Carvalho

Porto, 2021

“Education is the most powerful weapon which you can use to change the world.”

(Nelson Mandela)

AGRADECIMENTOS

Agradeço,

À Professora Doutora Ana Leonor Ribeiro e ao Professor Doutor Paulo Puga Machado, por todo o apoio, compreensão, paciência, motivação, orientação e toda a partilha de conhecimentos.

Aos colegas do Serviço de Urgência do Centro Hospitalar e Universitário do Porto, pelo o incentivo, apoio e compreensão no decorrer desta fase.

Aos meus amigos pela compreensão, apoio e principalmente pela amizade.

À minha família por todo o apoio e carinho.

À minha mãe e pai por me terem ajudado a alcançar tudo isto assim como à minha irmã.

Ao João, por toda a força, compreensão, a muita paciência e principalmente amor.

A todos o meu OBRIGADA!

SIGLAS E ABREVIATURAS

CINAHL – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature – EBSCO

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

MeSH – Medical Subject Headings

JBI – Joanna Briggs Institute

OMS/WHO – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

OE – Ordem dos Enfermeiros

APCP - Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

IPO - Instituto Português de Oncologia

RNCCI - Rede nacional de cuidados continuados integrados

EAPC - European Association for Palliative Care

APED - Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

SOS - sempre que necessário

MEMC - Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

IASP - Associação Internacional para o Estudo da Dor

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ECA - Ensaio clínico aleatório

PCC - população, conceito e contexto

BPI - Brief Pain Inventory

VAS - Escala visual analógica

RESUMO

Introdução: Um doente em cuidados paliativos vivencia um conjunto imenso de sintomas que afetam a sua qualidade de vida e que lhe intensificam o sofrimento. O uso de estratégias para a autogestão da dor crónica pode ser encarado como algo eficaz para o controlo da dor potenciando uma melhoria da qualidade de vida.

Objetivos: Pretende-se mapear a produção científica acerca da autogestão da dor crónica no doente em cuidados paliativos e conhecer as principais estratégias de controlo da dor crónica em doentes em cuidados paliativos.

Metodologia: Foi realizada uma *Scoping Review*. Para a identificação dos estudos recorreu-se aos motores de busca EBSCO, Web of Science, SCOPUS e literatura cinzenta, entre 01/01/2015 até 31/12/2020. Foram identificados 417 artigos, dos quais selecionamos 9. A seleção e extração dos dados foi realizada de forma independente por dois investigadores, existindo um terceiro em caso de discrepância de opiniões quanto à inclusão/exclusão dos artigos analisados.

Resultados: a nível de estratégias farmacológicas a evidência foca-se na administração de fármacos analgésicos nomeadamente na administração de opióides, identificando-os como eficazes. No que diz respeito a estratégias não farmacológicas de autogestão da dor crónica, foram relatadas diversas estratégias, tais como a musicoterapia, a acupuntura, hipnose/auto-hipnose, Reiki, a caminhada, termoterapia (o uso do calor), a crioterapia, o uso do posicionamento, exercícios de fortalecimento muscular, a massagem, o uso da meditação, o uso da neuroestimulação elétrica transcutânea, o uso da espiritualidade e a fisioterapia. Estas intervenções/ estratégias após a análise da sua utilização, demonstraram eficazes.

Conclusões: Os estudos analisados nesta *Scoping Review*, permitem concluir que existem diversas estratégias quer farmacológicas quer não farmacológicas eficazes na autogestão da dor crónica no doente em cuidados paliativos. Apesar destes resultados, são necessários mais investimentos na área e pesquisa mais aprofundada a nível de eficácia das intervenções neste âmbito.

Palavras-chave: Autogestão; Cuidados Paliativos; Enfermagem; Dor crónica.

Abstract

Introduction: A patient in palliative care experiences an immense set of symptoms that affect their quality of life and intensify their suffering. The use of strategies for chronic pain self-management can be seen as something effective for pain control, enhancing an improvement in quality of life.

Objectives: It is intended to map the scientific production on the self-management of chronic pain in patients in palliative care and to know the main strategies for controlling chronic pain in patients in palliative care.

Methodology: A Scoping Review was conducted. To identify the studies, the search engines EBSCO, Web of Science, SCOPUS and grey literature, between 01/01/2015 to 31/12/2020. A total of 417 articles were identified, of which we selected 9. Data selection and extraction was performed independently by two

Results: at the level of pharmacological strategies the evidence focuses on the administration of analgesic drugs, particularly in the administration of opioids, identifying them as effective. With regard to non-pharmacological strategies for chronic pain self-management, a number of strategies have been reported, such as music therapy, acupuncture, hypnosis/self-hypnosis, Reiki, walking, thermotherapy (the use of heat), cryotherapy, the use of positioning, muscle strengthening exercises, massage, the use of meditation, the use of transcutaneous electrical neurostimulation, the use of spirituality and physiotherapy. These interventions/strategies after the analysis of their use have been shown to be effective.

Conclusions: The studies analyzed in this *Scoping Review* allow us to conclude that there are several strategies, both pharmacological and non-pharmacological effective in self-management of chronic pain in patients in care. Despite these results, more investments are needed in the area and further research in terms of effectiveness of interventions in this field.

Keywords: Self-management; Palliative care; Nursing; Chronic pain.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	25
1.1 Enfermagem e cuidados paliativos em Portugal	25
1.2 Dor Crónica em cuidados paliativos.....	29
1.3 Autogestão da dor associada a doença paliativa.....	35
2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	39
2.1 Objetivos de investigação	39
2.2 Tipo de estudo	40
2.3 Protocolo da <i>Scoping Review</i>	42
2.3.1 Questão de Investigação.....	42
2.3.2 Critérios de inclusão e de exclusão.....	46
2.3.3. Seleção dos estudos.....	47
3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
3.1 Apresentação dos resultados.....	51
3.2 Discussão dos resultados	63
CONCLUSÃO	71
BIBLIOGRAGIA.....	73

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Mnemónica PCC.....	43
Quadro 2- Palavras-Chaves, Termos MeSH e Cinahl Headings.....	43
Quadro 3- Frases booleanas para os diferentes motores de busca	45
Quadro 4- Critérios de inclusão e exclusão	46
Quadro 5- Apresentação demográfica dos artigos seleccionados	52
Quadro 6- Síntese dos resultados encontrados nos estudos em análise.	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Escala Visual Analógica	21
Figura 2- Escala Numérica da dor	32
Figura 3- Escala Qualitativa da dor	32
Figura 4- Escala das Faces	32
Figura 5- Escala Analgésica segundo OMS (2010)	34
Figura 6- Topo da Hierarquia das evidências	40
Figura 7- Etapas de uma RSL.....	41
Figura 8- Questão de investigação orientadora.....	42
Figura 9- Fluxograma de prisma.....	48

INTRODUÇÃO

Na atual sociedade a medicina ainda é vista como algo curativo, quando a cura não é possível é encarado como um fracasso médico. A doença terminal é entendida como uma doença em que não há cura.

O cuidado paliativo tem como principal enfoque o doente terminal. Os cuidados paliativos ainda são encarados como uma prática controversa (DGS,2005).

A palavra Paliativos deriva da palavra *palliare*, tendo este termo origem no latim, que significa proteger, amparar e cobrir, não apenas curar, mas tendo o cuidar como foco principal (Pereira, 2010).

Já a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2017, p. 5) define os cuidados paliativos como: “(...) uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, confrontados com os problemas associados a uma doença ameaçadora da vida, através da prevenção e do alívio do sofrimento, a identificação precoce, avaliação impecável e o tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais”.

Os Cuidados Paliativos centram-se em responder à necessidade de tratar, cuidar e apoiar o doente em fase terminal. Este tem como principal objetivo garantir a qualidade de vida ao doente em fim de vida e a sua família (DGS, 2005).

Os principais objetivos dos cuidados paliativos são: o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional, apoio ao cuidador e apoio no processo de luto (Neto, 2010).

Com a prestação de cuidados ao doente em sofrimento no contexto de uma doença incurável num estágio avançado, os cuidados paliativos potenciam o bem-estar, a qualidade de vida e a aceitação da doença (Santos, 2009).

Segundo Pires (2001), “doente terminal é todo o portador de doença com as seguintes características:

Avançada – O prognóstico é muito limitado, por norma inferior a seis meses de vida;

Progressiva – em que estão presentes sintomas agressivos, de rápida evolução e com sofrimento intenso associado ao doente e família;

Incurável – sem resposta a qualquer tipo de tratamento, assim sendo, não é previsível resposta satisfatória a qualquer tratamento e sem esperança de recuperação.”

Vários são os sintomas que o doente em cuidados paliativos pode experienciar, afetando diretamente o seu estado geral. No estudo de Walsh, Donnely e Rybicki (2000), com uma amostra de 1000 doentes, o sintoma mais vivenciado pela maioria dos participantes foi a dor (84%), seguindo-se a astenia e anorexia (66%), xerostomia (57%) e da obstipação (42%). Segundo Kaiser et al. (2017) e Tomaszewski et al. (2017), também a dor é descrita como um dos principais sintomas vivenciados pelos doentes em cuidados paliativos.

Assim sendo, a dor é um dos sintomas com maior prevalência e com mais interferência na qualidade de vida dos doentes com doença terminal.

A dor é definida como algo subjetivo e de difícil compreensão, relatada como uma vivência desconfortável, angustiante ou causadora de sofrimento devidos a estímulos agressores (IASP, 2020).

A dor crónica está muito associada a doença terminal ou paliativa uma vez que, é uma dor prolongada no tempo, tendo a duração de pelo menos 3 – 6 meses, que se estende para lá da cura da lesão ou existe mesmo sem lesão aparente (Janeiro, 2017).

O devido alívio da dor tem como base uma recolha de dados correta junto do doente e família, com vista a um correto diagnóstico e a uma correta prescrição de estratégias de controlo da dor.

No que diz respeito a estratégias de controlo da dor, tradicionalmente a população portuguesa “agarra-se” a estratégias principalmente farmacológicas, passando por administração de terapêutica com analgésicos e principalmente o uso de opióides.

Nos últimos tempos, tem-se observado uma ligeira mudança de mentalidade, aumentando o uso de estratégias não farmacológicas para o controlo da dor, tais como o uso do exercício, o uso da massagem e outras terapias alternativas (Sousa, 2009).

A educação e o ensino ao doente em cuidados paliativos é fundamental para o controlo da dor durante o período de transição saúde-doença. O processo de transição exige ter novos conhecimentos, alterar comportamentos, redefinir os significados ligados ao acontecimento

e alterar a conceção do próprio no contexto social. O enfermeiro ocupa um lugar privilegiado no decorrer da transição, uma vez que tem a capacidade de prever, analisar, diagnosticar, gerir e prestar cuidados de forma a permitir uma melhor autogestão do processo de mudança, de forma a que o doente em transição consiga a melhor “performance” atingindo assim a autonomia, bem-estar e qualidade de vida (Pascoal, 2010).

A autogestão é definida como uma competência/processo que o doente utiliza na tentativa de controlar a doença (Barlow et al., 2002). É encarada como uma capacidade do doente, em conjunto com a família e profissionais de saúde, para gerir os sintomas físicos e psicossociais, os tratamentos, as potenciais mudanças de estilo de vida, assim como as alterações culturais e espirituais associadas às doenças crônicas (Barlow et al., 2002).

O interesse relativamente a esta temática resultou no contexto da atual prática clínica, exercendo funções num serviço de urgência, em que somos, diversas vezes, deparados com doentes do foro de cuidados paliativos, mas com estratégias de controlo da dor pouco eficazes. Este controlo da dor deficiente, leva o doente a sentir desconforto, angústia e sofrimento causado pela dor crónica, assim como, sem capacidade de autogestão da sua doença. Os cuidados paliativos em Portugal ainda estão pouco explorados e o conhecimento acerca de estratégias quer farmacológicas, quer não farmacológicas ainda é bastante escasso.

Um devido conhecimento acerca de estratégias de controlo da dor por parte da equipa de enfermagem e o respetivo ensino ao doente e familiar cuidador em cuidados paliativos, potencia quer uma melhor autogestão da dor crónica, quer uma melhor qualidade de vida, por parte do doente em cuidados paliativos.

O presente trabalho de investigação surge no contexto da unidade curricular optativa Dissertação, integrada no segundo ano do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica (MEMC) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

A finalidade do estudo é contribuir para o aumento da evidência científica relativamente ao controlo da dor crónica em doentes em cuidados paliativos com vista a uma melhoria contínua das práticas/cuidados de enfermagem.

O objetivo geral deste trabalho de investigação é mapear a produção científica acerca da autogestão da dor crónica no doente em cuidados paliativos e conhecer as principais estratégias de controlo da dor crónica em doentes em cuidados paliativos.

De forma a responder ao objetivo geral do trabalho de investigação, optou-se por realizar uma revisão da literatura mais concretamente uma *Scoping Review*. Fundamentamos a opção por uma *Scoping Review* uma vez que este método permite avaliar toda a extensão, variedade e natureza da literatura (Sampaio & Mancini, 2007). Pretende-se assim responder à seguinte pergunta: Quais as principais estratégias de autogestão da dor crónica no doente em cuidados paliativos?

O trabalho está dividido em três grandes capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se o enquadramento teórico, em que são explorados e explanados os conceitos inerentes aos cuidados paliativos, dor e dor crónica e por último autogestão da dor.

O segundo capítulo é referente ao enquadramento metodológico, onde é descrito todo o processo de investigação.

No último capítulo é realizada a análise e discussão dos resultados obtidos, terminando com as conclusões deste trabalho de investigação.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, pretendemos abordar os cuidados paliativos no que se refere a história, conceito e principais objetivos. Posteriormente focaremos num dos sintomas mais vivenciados em cuidados paliativos, sendo ele a dor, abordando conceito, tipologia da dor e diagnóstico e avaliação da mesma. E por fim abordaremos a autogestão.

1.1 Enfermagem e cuidados paliativos em Portugal

A prestação de cuidados ao doente em fim de vida, foi ao longo dos tempos, uma problemática pouco valorizada, tendo surgido há poucos anos o conceito de cuidados paliativos (Capelas, 2010). Na atualidade, a esperança média de vida tem aumentado exponencialmente, traduzindo-se num aumento da longevidade do doente com doença crónica, isto é, uma doença de evolução lenta e longa duração, causadora de dependência e consequências irreversíveis (Moss-Morris, 2013).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os cuidados paliativos como cuidados que: *"(...) visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais."* (OMS, 2002, p.84)

A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) classifica os cuidados paliativos como uma: *"(...) resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias"* (APCP, 2013, s/p.).

Os cuidados paliativos orientam-se pelos seguintes princípios:

- “a) Afirmação da vida e do valor de cada pessoa, encarando a morte como um processo natural e que não deve ser prolongado com obstinação terapêutica.
- b) Melhoria na qualidade de vida do doente e da sua família.
- c) Prestação de cuidados de forma individual e humanizada de cuidados paliativos aos doentes que deles necessitem.
- d) A equipa de cuidados paliativos deve ser multidisciplinar e interdisciplinar.
- e) Conhecimento científico acerca da dor e outros sintomas.
- f) Considerar as necessidades de cada doente.
- g) Respeitar os valores, crenças, cultura e religião.
- h) Continuidade de cuidados ao longo da doença”.

(Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2005, p8)

Em Portugal, o conceito de cuidados paliativos surge em 1992, por intermédio da unidade de dor no Hospital do Fundão. Já em 1994 foi inaugurado o serviço de cuidados paliativos e radioterapia no IPO do Porto, em 1996 foi criada a primeira equipa domiciliária em cuidados paliativos do centro de saúde de Odivelas (Marques, 2009) e em 2001 foi criada a unidade de Cuidados Paliativos no IPO de Coimbra. Desde então é uma das áreas de interesse na enfermagem em Portugal e em constante desenvolvimento e melhoria.

Apenas em 2006, após a criação da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI), foi estruturado um sistema nacional com o objetivo de articular os cuidados de saúde hospitalares e primários, de forma a prestar cuidados de forma contínua (Entidade Reguladora da Saúde, 2013).

Esta rede é constituída por hospitais, centros de saúde, assim como estruturas da segurança social ou de solidariedade social, IPSS como por exemplo a Santa Casa da Misericórdia. Tendo por base o estruturado, os cuidados paliativos são encarados como parte fundamental para os cuidados de saúde gerais, com o objetivo de prestação de cuidados de saúde à pessoa com doença crónica incapacitante ou com doenças incuráveis em fase avançada e no fim de vida.

Em 2012, pela lei de bases dos cuidados paliativos, nasceu a rede nacional de cuidados paliativos tendo esta o objetivo de prestar: *“(...) cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com o prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva”* (Lei nº52/2012 de 5 de setembro, p.2)

Os cuidados paliativos são cuidados:

“(...) prestados por unidades e equipas específicas, em internamento ou no domicílio, a doentes em situação em sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e do tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, mas também psicossociais e espirituais” (DGS, 2010).

Segundo Cruz (2015) em Portugal as respostas de cuidados paliativos tomam por base nas suas estruturas e áreas de atuação:

- a) Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos
- b) Equipas hospitalares de suporte em cuidados paliativos
- c) Unidades de cuidados paliativos localizados em hospitais.

O cuidado paliativo tem como principal função dar apoio ao doente em cuidados paliativos e respetiva família. O doente apresenta um prognóstico de vida curto e limitado, em fase de sofrimento. Por todos estes motivos os cuidados têm de oferecer uma resposta específica, organizada e interdisciplinar de acordo as necessidades do doente (Direção Geral de Saúde, 2010).

O doente terminal: *“(...) é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com intensos problemas de saúde devido ao sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada de três a seis meses”* (Capelas et al., 2016, p.915).

Entende-se por ação paliativa, de acordo com Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2004, p.10): *“(...) Qualquer medida terapêutica sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente”*.

Ao falar em cuidados paliativos, fala-se em atingir o máximo conforto e bem-estar do utente, falamos em atingir satisfação, ir de encontro das necessidades sejam elas físicas, psicológicas,

emocionais, sociais ou espirituais de forma a evitar sofrimento e envolvendo a família em todo este processo com o objetivo de atingir uma morte digna.

Os cuidados paliativos olham para cada pessoa como um ser único, com a sua própria história, relações, sentimentos e cultura, sendo este digno de respeito (Davies & Higginson, 2004).

Para a prestação de bons cuidados de saúde, é necessário que estejam bem evidentes a obtenção de ganhos em saúde e a promoção da qualidade de vida do doente em fase terminal, relevando-se as áreas e as componentes desses cuidados, onde se torna importante o controlo de sintomas (Santos, 2016).

A European Association for Palliative Care (EAPC) considera que o controlo de sintomas como a dor, resolução de problemas sociais, psicológicos e espirituais são fundamentais. A nível dos cuidados, estes devem ser prestados por uma equipa multidisciplinar com o objetivo de preservar a qualidade de vida do doente até ao momento da morte. Os cuidados paliativos devem ser implementados desde o diagnóstico da doença terminal.

As principais patologias em cuidados paliativos são o cancro, síndrome da imunodeficiência adquirida, insuficiência crónica de órgãos, doenças neurológicas de longa duração (ex: Alzheimer, esclerose lateral amiotrófica).

A Enfermagem pretende assistir a pessoa numa morte digna e tranquila quando não é possível o restabelecimento da saúde (Araújo, Barbosa, Zuffi, & Lemos, 2010).

Na arte de cuidar, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada e única uma vez que acompanham o doente ao longo das 24 horas do dia, sendo estes capazes de estabelecer uma relação terapêutica, não só com o doente, como também, com os familiares ao longo da sua prestação de cuidados. Este facto, potencia uma avaliação inicial completa e um planeamento de intervenções terapêuticas mais eficazes.

A prestação de cuidados de enfermagem deve valorizar as características e vivências de cada doente. Para que isso aconteça é necessária uma relação próxima e de confiança com o doente e deve conjugar conhecimento, aptidões e compaixão.

A atuação do enfermeiro em cuidados paliativos deve potenciar uma maior autonomia possível ao doente, atingindo assim uma morte digna. Neste contexto, a vertente curativa do enfermeiro deve ser mudada para uma vertente paliativa, potenciando alívio e o bem-estar em vez da cura. A escuta ativa é uma técnica fundamental na enfermagem paliativa, esta

passa por ouvir os receios, os medos, as dúvidas e anseios, de forma a obter uma planificação de cuidados adequada a cada um dos doentes.

O enfermeiro também se deve munir de características como sensibilidade, capacidade de escuta, empatia e compreensão, respeito e tolerância, capacidade de transmitir segurança e confiança, maturidade pessoal e profissional que lhe permite lidar com o sofrimento e a morte. Com efeito ser positivo e flexível devem ser características presentes no enfermeiro (Pérez, 1999, p.86).

1.2 Dor Crónica em cuidados paliativos

A dor é considerada o 5º sinal vital, é uma entidade subjetiva, de difícil definição, sendo por diversas vezes descrita como algo desconfortável, que causa sofrimento e angústia. O papel dos cuidados paliativos é proporcionar o máximo conforto e bem-estar ao utente, pelo que o controlo da dor crónica é um dos enfoques dos cuidados paliativos (DGS, 2003).

A International Association for the Study of Pain (IASP, 2020) define a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos”.

O alívio da dor é um dos principais objetivos da enfermagem. Por este motivo é essencial o conhecimento de conceitos, formas de avaliação da dor e estratégias de resolução.

O diagnóstico e a classificação da dor são fundamentais no percurso do doente com dor. O diagnóstico da dor é da competência do médico ou enfermeiro, mas o doente tem um papel fundamental nesse diagnóstico.

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (2014) criou uma declaração sobre o controlo da dor que inclui as seguintes diretivas:

“1. Informar os doentes, no ato da avaliação inicial, que o controlo da dor é uma parte fundamental dos seus cuidados, e que os doentes e os seus prestadores de cuidados deverão saber responder rapidamente a esta necessidade.

2. No início da avaliação e em todas as avaliações, realizar perguntas aos doentes sobre a dor, o tipo, intensidade da dor e o autorrelato do doente como o principal indicador de dor.

3. Trabalhar em equipa com o doente e seus prestadores de cuidados para estabelecer objetivos relativamente ao controlo da dor e desenvolver um plano para atingir o objetivo.

4. Rever e alterar o plano sempre que necessário e se o doente não apresentar a dor controlada”.

A dor tem diferentes significados dependendo do doente, e pode ter diferentes significados para a mesma pessoa em diferentes fases da doença.

Pode também ser classificada quanto mecanismo fisiopatológico, e à apresentação temporal e à intensidade.

No que diz respeito ao mecanismo fisiopatológico, a dor pode ser classificada em:

- Dor nociceptiva: Provocada por uma lesão tecidual continua, sem atingimento do sistema nervoso. Surge em lesões do tipo musculares, osseas e ligamentos (Schestatsky, 2008).
- Dor neuropática: Provocada por uma lesão ou difusão de estruturas do sistema nervoso, central ou periférico, com comprometimento neurológico, sem evidência de lesão tecidual (Quintal, 2004).
- Dor psicogénica: este tipo de dor é de difícil compreensão uma vez que surge sem causa aparente, estando na maioria das vezes associada a uma condição psicológica do doente. Não há lesão tecidual ou neurológica (Seixas et al.,2009).

No que diz respeito à apresentação temporal, a dor pode ser classificada em:

- Dor aguda: Segundo a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED, 2011), é: *“(...) Consciencialização de um sinal nociceptivo produzido por uma lesão tecidual recente, que pode ser complicada pela sensibilidade do sistema nervoso periférico e central”*. É de início recente e de duração limitada.
- Dor Crónica: Segundo o Ministério da Saúde (2005), a dor crónica é definida como uma dor prolongada, na maioria das vezes sem uma identificação temporal ou causal. Uma dor que causa sofrimento, pode manifestar-se de diversas maneiras e gerar diversas consequências patológicas.

Segundo Smith et al. (1997) a dor crónica é uma: “(...) dor com duração superior a 3 meses ou que persiste após o período normal de recuperação do tecido”.

Quanto à intensidade a dor crónica pode ser classificada de leve a severa e tem duração de mais de 3 meses, e quando não tratada pode influenciar a qualidade de vida da pessoa

O impacto da dor crónica no dia-a-dia do doente pode tornar este, incapacitado, assim como afetar também o dia-a-dia dos familiares e cuidadores deste.

A avaliação e monitorização da dor crónica pode ser encarada como uma tarefa árdua, devido à perceção individual da dor e complexidade (Rodrigues, 2013, p. 37). Devido a isto é importante a criação de estratégias práticas, sistemáticas e universais para a avaliação da dor, de forma a uniformizar o registo da dor.

O registo das características e intensidade da dor ao longo do tempo, permite avaliar a evolução da dor, a resposta da dor ao tratamento prescrito, avaliar o impacto na vida do doente e determinar fatores de agravamento e de alívio da dor.

Para a monitorização da dor são utilizados vários instrumentos e escalas, que podem ser classificados em:

- Unidimensionais
- Multidimensionais
- Avaliação de personalidade
- Instrumentos específicos para doentes com dificuldades em comunicar
- Instrumentos para crianças

Alguns dos exemplos de escalas da dor, utilizadas em Portugal segundo a DGS (2003) na Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/6/2003 são:

- **Escala Visual Analógica:** consiste numa linha vertical ou horizontal com cerca de 10cm, com a classificação “Sem dor” numa das extremidades e “dor máxima” na outra extremidade. O doente assinala uma cruz na linha que representa a intensidade da dor do doente. De seguida, mede-se em centímetros a distância entre o início da linha e o ponto assinalado, assim obtém-se uma classificação numérica (DGS,2003).

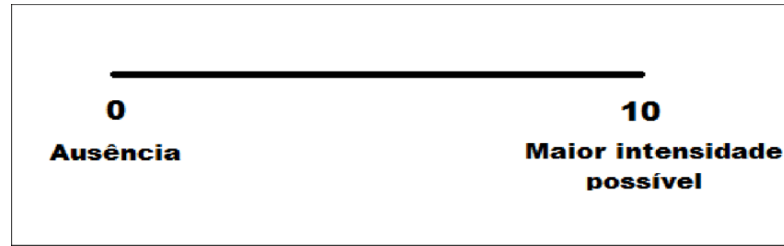


Figura 1- Escala Visual Analógica

Fonte: (DGS,2003)

- **Escala Numérica:** Régua com 11 divisões iguais numeradas de 0 a 10, em que 0 corresponde a ausência de dor e 10 corresponde a dor máxima. O doente deverá indicar a divisão com o valor que atribui a intensidade da dor sentida (DGS,2003).

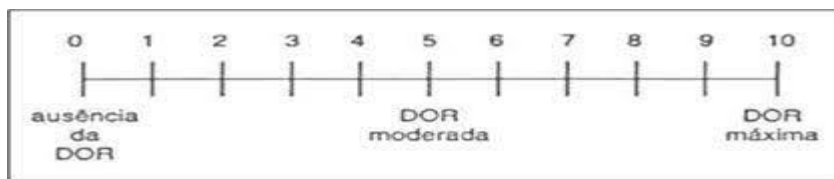


Figura 2- Escala Numérica da dor

Fonte: (DGS,2003)

- **Escala Qualitativa:** é pedido ao doente que classifique a sua dor de acordo com os 6 graus de intensidade pré-estabelecidos, “sem dor”, “dor ligeira”, “dor moderada”, “dor intensa” e “dor máxima” (DGS,2003).

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Figura 3- Escala Qualitativa da dor

Fonte: (DGS,2003)

- **Escala das faces:** O doente tem de fazer corresponder a intensidade da dor sentida a uma imagem de mimica facial. Esta escala permite a comunicação com doentes com dificuldades em transmitir a sua dor, como por exemplo as crianças (DGS,2003).

Escala de Faces

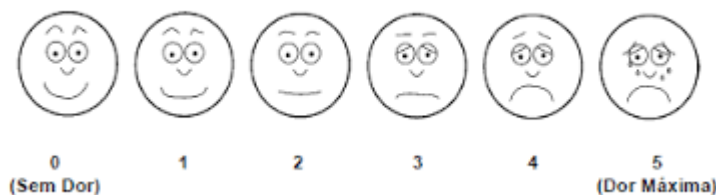


Figura 4- Escala das Faces

Fonte: (DGS,2003)

A utilização destas escalas/instrumentos para a avaliação da dor, ou outras que se adequem ao doente e à sua situação, associada a uma entrevista ao doente, torna-se fundamental para um correto diagnóstico, mas também para um tratamento adequado (DGS,2003).

A Associação Europeia de Cuidados Paliativos recomenda o uso de instrumentos multidimensionais como o *Brief Pain Inventory* (BPI) e o *Short Form McGill Pain Questionnaire* (SF-MPQ), apesar de serem difíceis de aplicar pelos profissionais e para os doentes, especialmente quando em doença em fase avançada (Rodrigues, 2013).

O tratamento da dor crónica é fundamental para proporcionar um controlo adequado da dor, independente da causa, e por consequência evitar o sofrimento e agonia do doente.

Segundo a OMS (2010), o controlo da dor deve ter por mote:

- Evitar demoras
- Tratar a dor em função das necessidades do doente
- Prescrição de doses de fármacos em SOS
- Ter uma abordagem holística do doente: física, psicológica, espiritual e social
- Prescrição de fármacos a horas certas
- Privilegiar a via oral para a administração de fármacos
- Seguir a escala analgésica da OMS (Figura 5).

Não são só usadas estratégias farmacológicas no tratamento da dor, mas também estratégias não farmacológicas. A junção das duas estratégias potencia os resultados junto dos doentes com dor crónica. Contudo as estratégias não farmacológicas da dor ainda são subvalorizadas no controlo da dor e encaradas como algo dispensável e com um efeito placebo.

No que diz respeito ao tratamento farmacológico, a OMS (2010) criou a escala analgésica, que tem como objetivo estabelecer uma ordem de administração de fármacos de forma a permitir aos profissionais de saúde uma escolha correta do fármaco a prescrever conforme as necessidades do doente.

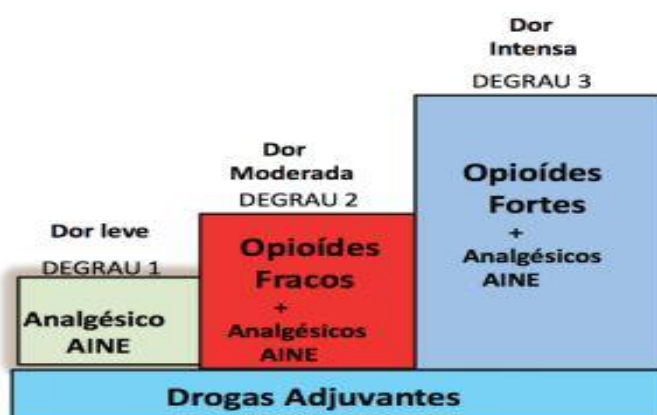


Figura 5- Escala Analgésica segundo OMS (2010)

No primeiro degrau são apresentados os analgésicos não opióides (ex.: ácido acetilsalicílico, paracetamol) e os anti-inflamatórios não esteroides. São utilizados na dor ligeira (ex.: dor músculo-esquelética ou na compressão tumoral). Estes tipos de fármacos não produzem tolerância ou dependência física.

No segundo degrau surgem os opióides fracos, sendo eles o tramadol, codeína, propoxifeno e o tapentadol, e no terceiro degrau surgem os opióides fortes sendo eles a morfina, meperidina, metadona, fentanil, buprenorfina e a hidromorfona. O poder analgésico dos opióides é elevadíssimo, mas estes apresentam diversos efeitos secundários que podem levar a restrições no seu uso. Alguns dos efeitos secundários descritos são a obstipação, náuseas, dispepsia, sonolência, letargia e fadiga.

Aos fármacos analgésicos e aos opióides, são associados outro tipo de fármacos como antiepiléticos para o controlo da dor neuropática; antidepressivos e benzodiazepinas para o controlo do humor e dor; os corticoides são utilizados para o controlo do edema e inflamação de diversas estruturas; a calcitonina é utilizada no controlo da dor óssea; e os neurolépticos são utilizados para aumentar a eficácia dos antidepressivos.

No que diz respeito a estratégias não farmacológicas, estas ainda são uma temática pouco explorada. A evidência encara estratégias como a termoterapia, estimulação elétrica subcutânea, o exercício, a massagem e estratégias cognitivas e comportamentais como eficazes para o controlo da dor crónica (Marinho, 2014).

1.3 Autogestão da dor associada a doença paliativa

A disciplina de enfermagem e os cuidados da mesma tem um papel fundamental no decurso do processo de saúde-doença. Durante esse processo o doente vivencia uma mudança no seu estado geral potenciado por uma doença. Neste processo o indivíduo sofre mudanças na forma como encara o mundo interno e externo, sendo necessário uma adaptação a uma nova realidade (Bastos, 2011). Os cuidados de enfermagem apresentam como principal resultado uma melhoria da condição de saúde e potenciar o bem-estar do doente (Brito, 2012).

De forma a providenciar uma estrutura capaz de descrever, compreender, interpretar e explicar como o indivíduo vivencia o processo de mudança, Meleis e colaboradores (2000) surgiram com a teoria de médio alcance das transições.

Para estes autores, uma transição é encarada como uma experiência humana, tendo por base um conjunto de respostas no decorrer do tempo e influenciadas pelas características quer das pessoas, quer do meio onde o indivíduo se encontra inserido, assim como pelas crenças, significados atribuídos aos fatores em mudança, objetivos do indivíduo e conhecimentos e capacidades para gerir as mudanças, assim como o impacto das mudanças no seu bem-estar (Brito, 2012).

Para Bastos (2011), uma transição ocorre no tempo e envolve alterações na forma como o indivíduo percebe o meio interno e o externo de forma alterada, tendo associado um sentimento de perda, necessidade de novas ligações e desenvolvimento de estratégias de *coping*.

O controlo da dor crónica provocada pela doença paliativa é uma das prioridades para o enfermeiro, no atendimento de um cliente que vivencia um processo de transição, tendo como principal objetivo alcançar a mestria do indivíduo para a autogestão da dor e promoção do autocuidado e *empowerment*, de forma a adquirir capacidades/habilidades para concluir a transição com sucesso.

Uma transição saudável implica mestria quer a nível dos comportamentos, quer a nível emocional, no que diz respeito a nova condição de saúde (Brito, 2012). Isto é, perante uma transição, o indivíduo tem de se reorganizar emocionalmente de forma a que adquira competências a nível do comportamento para lidar com a transição.

A Organização Mundial de Saúde (2009), define autocuidado como a habilidade do indivíduo, família ou comunidade, para melhorar a condição de saúde, prevenir e demarcar a doença, tendo por base o conhecimento e capacidades adquiridas por meio dos profissionais de saúde ou até mesmo a experiência de vida individual.

Segundo a International Council of Nurses (ICN) (2017) o autocuidado é uma das áreas de atenção da prática de enfermagem, uma vez que tem como principal objetivo que o próprio indivíduo trate e atinga o necessário para se manter ativo e capaz de lidar com as necessidades associadas as AVD's e as decorrentes da doença de forma a ser capaz de atingir uma autogestão adequada da doença.

Outro conceito interligado ao autocuidado é o conceito de *empowerment*, uma vez que este é fundamental para o alcance do autocuidado (WHO, 2013). Isto é, dar à pessoa o poder, conhecimentos e liberdade de tomar decisões e participar ativamente nos cuidados (Mills, 1996).

“Empowerment é a característica dos grupos ou dos indivíduos, alimentada pelo conhecimento e confiança, para agirem em seu próprio benefício, da melhor forma para atingir os objetivos identificados” (Brennan & Safran, 2005, p. 11, Tradução livre)

De forma a conseguir atingir a capacidade de autocuidado e a autogestão da doença é necessário um conjunto de esforços de forma a gerir o stress ocasionado na vivencia de uma transição Saúde/Doença e atingir uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico, esses esforços são chamados de *coping* (CIPE, versão 2.0, 2011, p.46).

Segundo Lazarus (1991, p.112), *coping* é entendido como: *“Os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências específicas, internas ou externas, e os conflitos entre elas, que são avaliadas como excessivas ou excedendo os seus recursos pessoais”*.

Segundo Serra (1999, p.366) o coping traduz-se por *“(...) esforços para lidar com as situações de dano, ameaça ou desafios, quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática para confrontar a situação”*.

A autogestão no controlo da doença crónica, é a capacidade de a pessoa gerir de forma autónoma os sintomas, terapêutica farmacológica ou não farmacológica, consequências físicas, sociais e emocionais que potenciam alterações no estilo de vida habitual consequência da nova condição crónica tendo por base uma tomada de decisão bem fundamentada e consciente (Barlow et al., 2002).

A autogestão é fundamental num processo de transição, com esta o indivíduo deve ser capaz de assumir a responsabilidade no decorrer do seu estado de saúde, isto é, ser capaz de gerir com base nos seus recursos, manter o seu bem-estar dentro da sua doença crónica atingindo assim uma melhor qualidade de vida (Lorig, 2003).

O programa de autogestão tem por base a aprendizagem social, através da implementação de intervenções, de modo a fornecer aos indivíduos competências/habilidades e conhecimentos para monitorizar sintomas da doença crónica, como a dor, a fadiga e o stress, e potenciar uma tomada de decisão correta na qual o indivíduo está envolvido no processo de autogestão. Nos programas de autogestão, o enfermeiro tem um papel de parceria com a pessoa, uma vez que realça o papel da pessoa em todo o processo, avalia as crenças e conhecimento do indivíduo, aconselha e fornece informações durante todo o processo de mudança, ajuda na resolução de problemas e estrutura um plano de ação adequado (Mann et al., 2013).

Existem diversos programas de autogestão da dor crónica em doentes em cuidados paliativos. Estes programas passam por transmitir capacidades para a gestão do dia-a-dia da pessoa com dor crónica, assentam na autoeficácia, isto é a confiança de que uma pessoa é capaz de realizar uma tarefa específica demonstrar treino de habilidades e de feedback e ainda saber reconhecer da necessidade de apoio. Vários estudos apontam para a eficácia de programas de gestão da dor crónica no doente em cuidados paliativos (Mann et al, 2013).

2. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

No presente capítulo abordaremos os objetivos, as questões de investigação, o tipo de estudo, assim como, o protocolo da *Scoping Review*.

Para a evolução de enfermagem, é fundamental aprimorar a investigação de forma a responder à necessidade de produção de conhecimento e renovação contínua do seu corpo de conhecimento. O conhecimento produzido é essencial à implementação de uma prática baseada na evidência (PBE), de forma a obter uma melhoria contínua dos cuidados, garantindo ganhos em saúde (OE, 2006).

A prática baseada na evidência é o processo através do qual os enfermeiros fundamentam a tomada de decisão em enfermagem, usando a melhor evidência científica, a experiência profissional e preferências do cliente, com base nos recursos disponíveis (Dicenso et al., 1998).

2.1 Objetivos de investigação

A autogestão da dor crónica pode melhorar a qualidade de vida do doente com dor crónica em cuidados paliativos. Esta *Scoping Review* tem como objetivos mapear a produção científica acerca da autogestão da dor crónica no doente em cuidados paliativos e conhecer as principais estratégias de controlo da dor crónica em doentes em cuidados paliativos.

Pretende-se assim responder à seguinte pergunta: **Quais as principais estratégias de autogestão da dor crónica no doente em cuidados paliativos?**

Optou-se pela realização de uma *Scoping Review*, uma vez que este método permite avaliar a extensão, variedade e toda a natureza da literatura, com a finalidade de contribuir para o aumento de evidência científica acerca de estratégias para a autogestão da dor.

2.2 Tipo de estudo

A revisão sistemática da literatura é um dos pilares da prática baseada na evidência. Sendo este um método de pesquisa minucioso com o objetivo de fornecer o melhor conhecimento acerca de uma temática, de forma sistemática, ordenada e vasta. A revisão sistemática é um tipo de estudo secundário que de forma organizada e ordenada apresenta uma grande quantidade de resultados de pesquisas relevantes, de forma a permitir a explicação de diferenças encontradas em estudos primários que investiguem determinadas temáticas (Ramalho,2005).

As RSL encontram-se no topo da hierarquia das evidências apresentada por Sampaio, R. F. & Mancini, M. C. (2007, p.87).

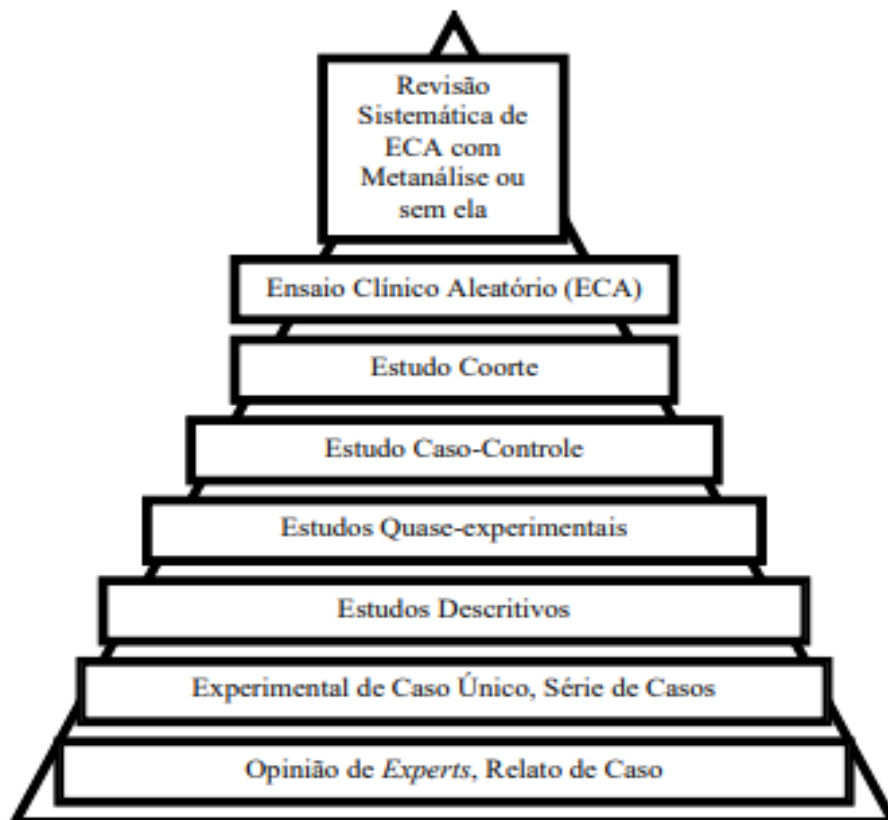


Figura 6- Topo da Hierarquia das evidências segundo por Sampaio, R. F. & Mancini, M. C. (2007, p.87)

Face ao incremento de informação a nível mundial nos últimos anos, é cada vez mais difícil para os profissionais de saúde avaliar e interpretar a evidência existente, e utilizá-la correta e eficazmente na tomada de decisões em cuidados de saúde (Pearson et al., 2014, citado por Apóstolo, 2017).

A Joanna Briggs Institute (JBI), desenvolveu diferentes tipologias de revisões da literatura, sendo uma delas a *Scoping Review*. A metodologia da JBI permite efetuar um mapa da gama de evidência disponível e credível (JBI, 2015).

É um tipo de avaliação que não tem como objetivo descrever os resultados da investigação, mas sim mapear a área em estudo onde é precária a informação e analisar a necessidade de realizar uma revisão da literatura. Este processo visa identificar lacunas da investigação em uma temática específica de forma a determinar como se encontra a investigação nessa área (Apóstolo, 2017).

Sendo a *Scoping Review* uma das tipologias de RSL, esta inclui seis etapas: formulação da pergunta de partida, critérios de inclusão e exclusão dos estudos na RSL, localização e seleção dos estudos, avaliação da qualidade metodológica dos estudos e extração de dados e interpretação e discussão dos dados (JBI, 2011).

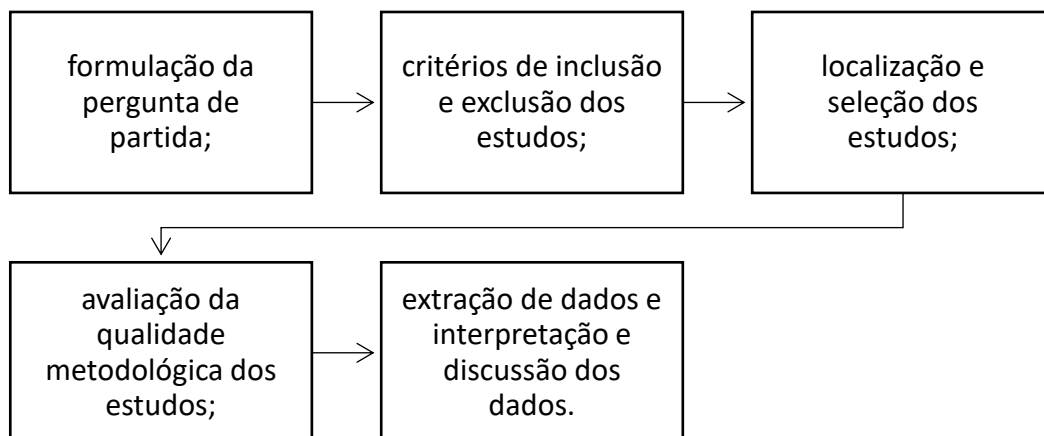


Figura 7 - Etapas de uma RSL

A *Scoping Review* não identifica falhas a nível de qualidade de investigação uma vez que a avaliação da qualidade não incorpora este tipo de revisão (Apóstolo, 2017).

2.3 Protocolo da *Scoping Review*

O protocolo desta revisão da literatura inclui a mnemónica PCC (Participantes, Conceito e Contexto), critérios de inclusão e de exclusão definidos, a metodologia de seleção de artigos assim como a síntese dos dados (Apóstolo, 2017).

2.3.1 Questão de Investigação

A primeira decisão a tomar na elaboração de uma RSL, mais concretamente de uma *Scoping Review*, é a formulação da questão de investigação. Esta deve ser clara, exequível e pertinente (Sampaio & Mancini, 2007).

Esta *Scoping Review* está orientada pela metodologia proposta para o JBI (2015), utilizando a estratégia (PCC), em que P-Participantes (participants), C- Conceito (concept) e C-contexto (context).

A questão de investigação orientadora da presente revisão sistemática é:

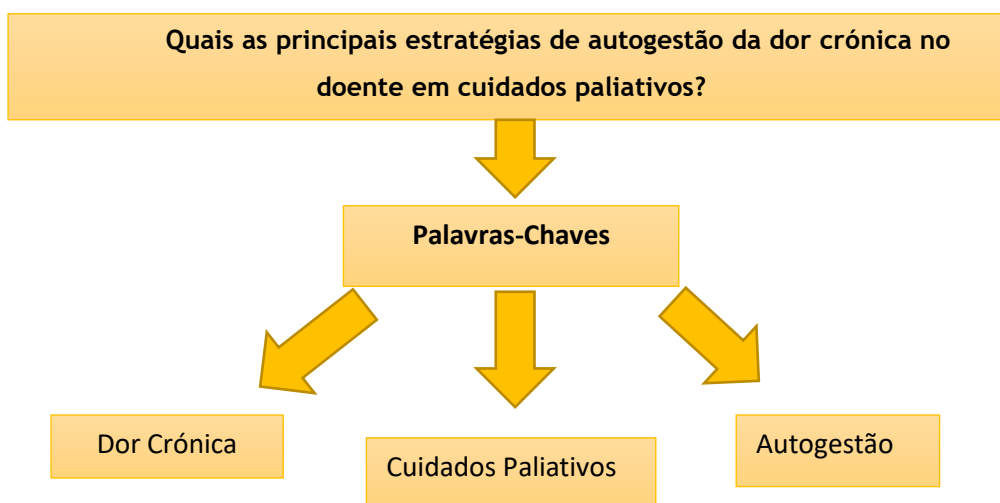


Figura 8 - Questão de investigação orientadora

Quadro 1- Mnemónica PCC

Participantes	Doentes com dor crónica
Conceito	Autogestão da dor
Contexto	Doentes inseridos em contexto de cuidados paliativos.

Na presente *Scoping Review* foi realizada uma vasta pesquisa nas bases de dados sendo estas: CINAHL (EBSCO) (<http://www.ebscohost.com/>); MEDLINE (EBSCO) (<http://www.ebscohost.com/>); EMBASE (SCOPUS) (<http://www.scopus.com/>); Web of Science (<http://www.webofknowledge.com/>).

Foram pesquisados estudos com um limite temporal entre 01/01/2015 até 31/12/2020.

As palavras-chaves foram definidas tendo em conta descritores indexados - termos MeSH, CINAHL Headings e Descritores em ciências da Saúde (DeCS), bem como descritores não controlados (linguagem natural).

Quadro 2- Palavras-Chaves, Termos MeSH e Cinahl Headings

Palavras-Chaves		
Dor crónica	Autogestão	Cuidados Paliativos
Termos MeSH		
Chronic Pain	Self-management	Palliative care
Pain, Chronic	Quality of life	Palliative Supportive Care
Widespread Chronic pain	Self care	Palliative Treatment
Pain	Self efficacy	Palliative Therapy
Pain management	Self concept	Palliative Medicine
	Patient compliance	Palliative Care Nursing
	Health Behavior	Palliative Nursing

	Illness Behavior	Terminally Ill
CINAHL HEADINGS		
Chronic Pain	Quality of life;	Palliative Care
Chronic Pain (Saba CCC)	Self care;	Hospice and palliative nursing
Chronic Pain Control (Saba CCC)	Self efficacy;	Treatment termination
Pain	Self-control;	Terminally Ill Patients
Pain management	Self concept;	
Pain Management (Iowa NIC)	Self regulation;	
	Patient autonomy;	
	Patient compliance;	
	Health behavior;	
	Attitude to health;	
	Attitude to illness;	
	Patient attitudes;	

Com base nos descritores acima descritos, procedeu-se à identificação de possíveis abreviaturas e diferentes terminologias das palavras, para tal recorreremos à truncatura “*”.

De seguida de forma a unir os termos da pesquisa utilizou-se os seguintes operadores booleanos: “OR” e “AND”. Os termos relacionados com o P (População) foram conectados com o operador booleano OR, bem como os termos de C (Conceito) e os C (contexto). De forma a agregar os três grupos de termos utilizou-se o indicador booleano AND entre eles.

Segundo Bettany-Saltikov (2012), é ainda nesta fase que se poderá incluir limites à pesquisa, como sejam a língua, estudo em seres humanos, desenho dos estudos, data de publicação, entre outros. Tendo em conta o já referido anteriormente, foram construídas frases booleanas para cada um dos motores de busca, sendo elas apresentadas na seguinte tabela.

Quadro 3- Frases booleanas para os diferentes motores de busca

Motor de busca	Frases booleanas
EBSCO	(("chronic pain") OR ("pain management") OR ("Analges*")) AND ("Self efficacy") OR ("self-efficacy") OR ("Self-Control") OR ("Patient autonom*") OR ("Patient Compliance") OR ("Self regulation") OR ("Self-management") OR ("Selfmanagement") OR ("Self management")) AND ("palliative care") OR ("Hospice and palliative nursing") OR ("treatment termination") OR ("terminally ill patient*") OR ("Palliative Medicine") OR ("Terminal care") OR ("End of life") OR ("End of life care") OR ("End-of-life care"))
Scopus	TITLE-ABS-KEY: (("chronic pain") OR ("pain management") OR ("Analges*")) AND ("Self efficacy") OR ("self-efficacy") OR ("Self-Control") OR ("Patient autonom*") OR ("Patient Compliance") OR ("Self regulation") OR ("Self-management") OR ("Selfmanagement") OR ("Self management")) AND ("palliative care") OR ("Hospice and palliative nursing") OR ("treatment termination") OR ("terminally ill patient*") OR ("Palliative Medicine") OR ("Terminal care") OR ("End of life") OR ("End of life care") OR ("End-of-life care"))
Web of Science	(("chronic pain") OR ("pain management") OR ("Analges*")) AND ("Self efficacy") OR ("self-efficacy") OR ("Self-Control") OR ("Patient autonom*") OR ("Patient Compliance") OR ("Self regulation") OR ("Self-management") OR ("Selfmanagement") OR ("Self management")) AND ("palliative care") OR ("Hospice and palliative nursing") OR ("treatment termination") OR ("terminally ill patient*") OR ("Palliative Medicine") OR ("Terminal care") OR ("End of life") OR ("End of life care") OR ("End-of-life care"))

2.3.2 Critérios de inclusão e de exclusão

De forma a permitir a identificação da amostra final foram definidos critérios de inclusão e de exclusão, sendo esta fase fundamental para a determinação dos estudos a serem incluídos para presente revisão.

A definição dos critérios de inclusão e exclusão é um passo fundamental para o decorrer do estudo e em parte determina a restante pesquisa, limitando a escolha dos estudos.

Os critérios de inclusão e de exclusão dos artigos foram resumidos no quadro 4. Estes foram determinados tendo por base os participantes, o conceito, o contexto, o tipo de estudo, língua e data de publicação.

Quadro 4 - Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão e exclusão		
	Critérios de Inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Estudos que incluam indivíduos com idade superior a 18 anos, que apresentem dor crónica.	Estudos que não incluam indivíduos com idade superior a 18 anos.
Conceito	Estudos que abordem os conceitos de autogestão da dor crónica	Outros estudos
Contexto	Estudos que abordem os cuidados paliativos	Estudos que não abordem cuidados paliativos
Incluiremos ainda todos os estudos primários ou secundários, quantitativos ou qualitativos.		
Estudos publicados em língua portuguesa e inglesa.		
Com a data de publicação: 01/01/2015 até 31/12/2020		

2.3.3. Seleção dos estudos

A última fase passa por relatar os resultados da pesquisa, quer nos motores de busca quer na literatura cinzenta. Este processo deve ser rigoroso, auditado, verificado e replicado de forma a que a pesquisa seja mais válida.

A pesquisa e a localização dos artigos incluídos na presente *Scoping Review* foi realizada por dois investigadores de forma independente, durante o mês de janeiro de 2021 através da EBSCO, SCOPUS e Web of Science, com recurso às frases booleanas previamente descritas. Também foi realizada uma pesquisa de estudos na literatura cinzenta com recurso a palavras-chaves, recorrendo ao Registo Nacional de Teses e Dissertações concluídos (RENATES; <https://renates2.dgeec.mec.pt/>), Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP; <https://www.rcaap.pt/>), OpenAIR (science, set free; <https://www.openaire.eu/>), OPENGRAY (System for Information on Grey Literature in Europe; <http://www.opengrey.eu/>) e Tripdatabase (Trip medical database; <https://www.tripdatabase.com/>).

Nesta *Scoping Review*, todos os artigos que resultaram da pesquisa foram exportados para o programa EndNote, de forma a remover artigos duplicados.

O *Endnote* é um *software* que permite armazenar, organizar e usar referências bibliográficas e remover possíveis referências duplicadas. Todo este processo está descrito no seguinte diagrama de prisma (figura 9).

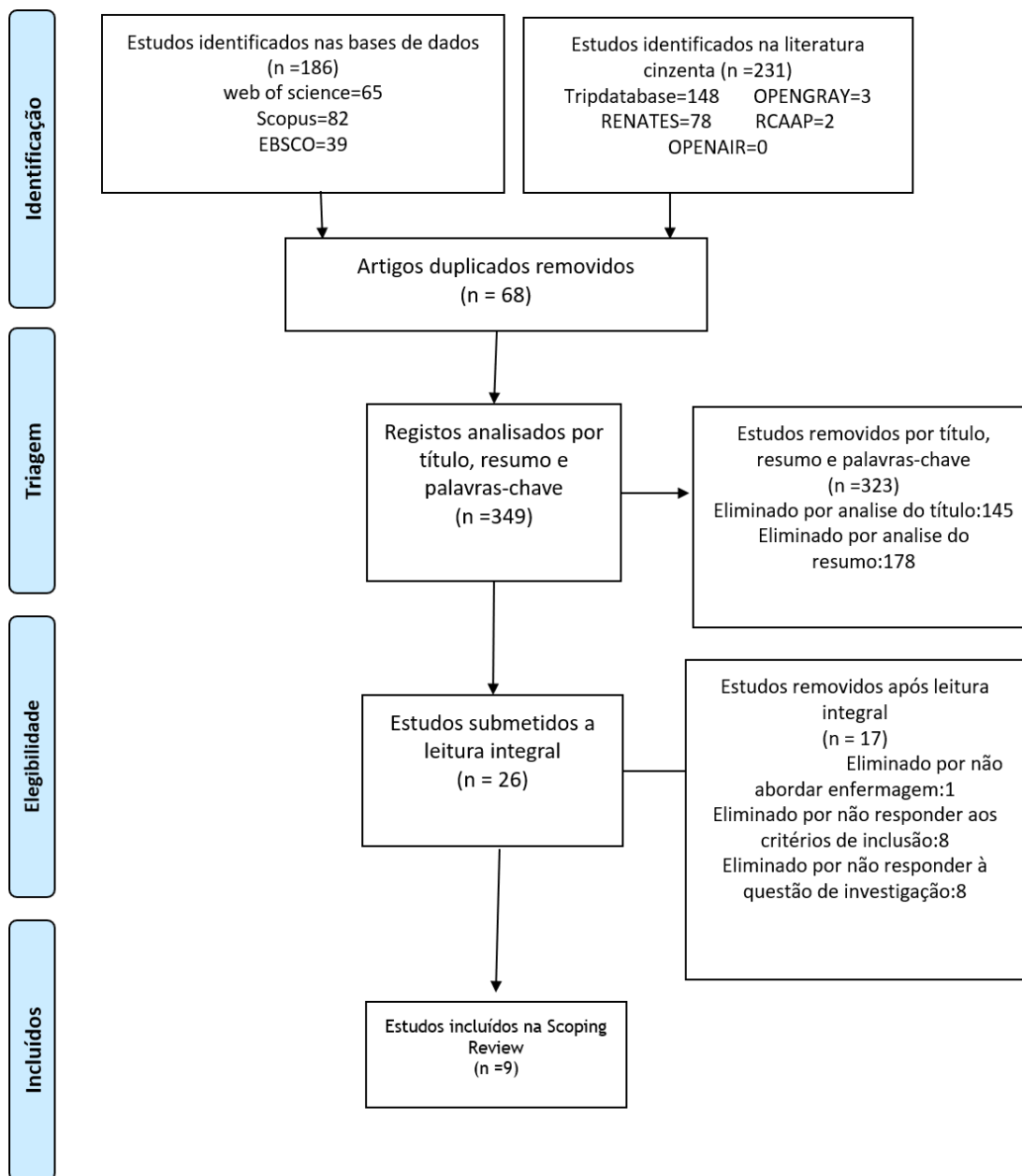


Figura 9 - Fluxograma de prisma

As presentes pesquisas resultaram 417 artigos, encontrados a partir da pesquisa na base de dados e na literatura cinzenta. Foram removidos 68 que se encontravam repetidos. Os restantes 349 foram analisados pelo título e resumo por dois investigadores de forma independente, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão definidos no início do estudo. Assim sendo foram excluídos 323 artigos restando 26 para leitura integral. A leitura integral foi novamente realizada por dois investigadores, havendo um terceiro investigador para desempate em caso de discordância.

Após a leitura do texto integral foram removidos 17 (1 por não fazer referência à disciplina de enfermagem, 8 por não responderem aos critérios de inclusão e 8 por não responder à questão de investigação), pelo que no final de todo o processo de seleção dos estudos concluímos com uma amostra final de 9 artigos para análise e inserção na *Scoping Review*.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste último capítulo, é realizada a análise e discussão dos resultados obtidos no processo de seleção dos artigos. A extração de dados foi realizada por dois investigadores independentes, de acordo com as diretrizes do Joanna Briggs Institute para a construção de uma *Scoping Review*, tendo sido organizada segundo o autor, ano de publicação, país de origem, dimensão da amostra, metodologia, objetivos de estudo, instrumentos e resultados do artigo (JBI, 2020).

3.1 Apresentação dos resultados

Todos os artigos incluídos no estudo estão escritos em língua inglesa entre 2015 a 2020. Dos nove estudos incluídos, três foram publicados na *Annals of Palliative Medicine*, já os restantes foram publicados na *Cancer Nursing*, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *International Journal of Palliative Nursing*, *Heart and Lung*, *Journal of Clinical Oncology* e por último na *Clinics in Geriatric Medicine*, estando estes artigos relacionados com a enfermagem e cuidados paliativos. No que diz respeito às características geográficas, 4 artigos incluídos na SR foram desenvolvidos nos Estados Unidos da América, os restantes foram desenvolvidos noutros países sendo estes, a Alemanha, Reino Unido, Itália, Austrália e Canadá.

No quadro 5, serão apresentados todos os estudos incluídos no estudo, organizados por título, autor, ano, país, publicação e tipo de estudo.

Quadro 5- Apresentação demográfica dos artigos selecionados

Estudo	Título	Autor	Ano	País	Publicação	Tipo de estudo
E4	The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative care: a 2-year long-term follow-up of treatment in a nonrandomized clinical trial.	Brugnoli et al.	2018	Itália	Annals of Palliative Medicine	Ensaio clínico não randomizado
E8	Palliative Care in the ambulatory Geriatric Practice	Finucane et al.	2015	Estados Unidos da América	Clinics in Geriatric Medicine	Revisão da Literatura
E9	Palliative Care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: Pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue	Henson et al.	2020	Estados Unidos da América	Journal of clinical Oncology	Revisão da literatura
E13	An exploratory study of Reiki experiences in women who have cancer	Kirshbaum MN, Stead M, Bartys S.	2016	Austrália e Reino Unido	International Journal of palliative Nursing	Estudo qualitativo exploratório
E15	Testing the implementation of pain self-management support intervention for oncology patients in clinical practice: A Randomized Controlled Pilot Study (ANtiPain)	Koller et al.	2017	Alemanha	Cancer Nursing	Estudo piloto randomizado controlado
E16	Hypnosis in palliative care: from clinical insights to the science of self-regulation	Landry et al.	2018	Canada	Annals of Palliative Medicine	Revisão da literatura
E19	A closer look: alternative pain management practices by heart failure patients with chronic pain	McDonald et al.	2015	Estados Unidos da América	Heart and Lung	Estudo descritivo transversal
E21	I Hurt so: hypnotic interventions and palliative care for traumatic brain injury	Moss	2017	Estados Unidos da América	Annals of Palliative Medicine	Estudo de caso descritivo
E22	Self-management interventions for pain and physical symptoms among people living with HIV: A systematic review of the evidence.	Nkhoma et al.	2018	Reino Unido	Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes	Revisão sistemática da literatura

O Quadro 6, que se apresenta em seguida, faz a síntese dos artigos em análise, quanto à amostra, orientação metodológica, objetivos, intervenção, Instrumentos e resultados encontrados.

Quadro 6- Síntese dos resultados encontrados nos estudos em análise.

Estudo	Participantes	Objetivos	Intervenção	Instrumentos	Resultados/Conclusões
E4	50 doentes no total 25 doentes-grupo de intervenção (uso da hipnose) 25 doentes-grupo de controlo.	Avaliar durante 2 anos a intervenção hipnose e auto-hipnose como terapia adjuvante para a gestão da dor e ansiedade e compará-la com a terapia farmacológica exclusiva.	Os dois grupos eram heterogéneos a nível de sexo, idade, tipo de doença e uso de opióides e analgesia no ponto de partida. As principais doenças dos grupos são: reumática, neurológica e oncológica. O score da VAS (dor) foi similar nos 2 grupos. Durante 2 anos foi realizado um follow-up dos grupos. No grupo de intervenção a VAS passado 1 ano diminuiu de 81.9±14.6 para 45.9±13.9. já no 2º ano diminuiu de 45.9±13.9 para 38.9±12.4 No grupo de controlo, passado 1 ano a VAS diminuiu de 78.5±14.8 para 62.1±15.4. Já no 2º ano diminuiu de 62.1±15.4 para 57.1±15.9. No que diz respeito a escala HAM-A no grupo de intervenção, no 1 ano diminuiu de 32.6 para 22.9. já no segundo ano diminuiu de 32.6 para 17.1. Já no grupo de controlo não houve grande alteração deste valor.	Visual analog scale (VAS) for pain. Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)	O grupo de doentes de intervenção que recebeu tratamento com hipnose como terapia adjuvante mostrou um decréscimo significativo na dor e ansiedade e baixo risco de aumentar dose de terapia farmacológica a longo prazo em comparação com o grupo de controlo. Podemos então assumir que a hipnose clínica e a auto-hipnose pode ser considerada uma terapia adjuvante eficaz no controlo da dor e ansiedade na doença crónica em doentes em cuidados paliativos.

Quadro 6- Síntese dos resultados encontrados nos estudos em análise (Continuação).

Estudo	Participantes	Objetivos	Intervenção	Instrumentos	Resultados
E8	Idosos	<p>O presente artigo tem como tópicos descritos: Planeamento avançado e limitações da terapia geriátrica e cuidados paliativos</p> <p>Gestão da dor nos idosos em situação vulnerável</p>	<p>O estudo é dividido em duas grandes partes:</p> <p>Na primeira parte é descrita a diferença entre o termo cuidados paliativos e Geriatria e seus principais objetivos.</p> <p>Já na segunda parte é abordado o tema da gestão da dor no doente com dor crónica e indicadas algumas estratégias de controlo da dor.</p>		<p>A dor crónica é definida como a dor que tem duração superior a 3 meses ou que permanece após a ausência de causa.</p> <p>Algumas das estratégias de controlo da dor descritas pelos estudos são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estratégias farmacológicas: passam pela administração de fármacos como os opióides, anti-inflamatórios não esteroides, analgésicos, antidepressivos e reguladores de humor, relaxantes musculares, fármacos de aplicação tópica como por exemplo fármacos transdérmicos ou a administração de opióides por via subaracnoídea tendo assim os doentes menos efeitos secundários associados aos opióides. • estratégias não farmacológicas: o estudo faz referência à fisioterapia, acupuntura e programas interdisciplinares de reabilitação da dor.

Quadro 6- Síntese dos resultados encontrados nos estudos em análise (continuação).

Estudo	Participantes	Objetivos	Intervenção	Instrumentos	Resultados
E9	331 especialistas em cuidados paliativos	Resumir as ferramentas de avaliação de sintomas e analisar a gestão dos quatro sintomas mais frequentes em doentes com cancro avançado, sendo eles: dor, dispneia, náuseas e vômitos e fadiga. Discutir o papel dos cuidados paliativos na abordagem holística para a gestão de sintomas ao longo desta etapa.	O presente estudo reporta uma revisão narrativa, em que o autor fez uma pesquisa e com base na mesma escreveu este artigo sobre cuidados ao doente oncológico.	Não aplicavel	<p>No que diz respeito ao controlo da dor as principais estratégias não farmacológicas apontadas são as seguintes: massagem, aromaterapia, neuro estimulação elétrica transcutânea, acupuntura, relaxamento, distração, e imaginação guiada (Sode net al., 2004).</p> <p>Evidências apoiam a eficácia da aromaterapia, neuro estimulação elétrica transcutânea e acupuntura para reduzir a intensidade da dor em doentes com cancro. Para a massagem, os resultados do estudo foram mistos, embora para a maioria os efeitos da massagem não foram sustentados; para as modalidades cognitivas evidências suportam reduções imediatas na intensidade da dor (Paley et al., 2015).</p> <p>No que diz respeito a estratégias farmacológicas, na dor leve a moderada, o uso de fármacos não-opioides e de anti-inflamatórios não esteroides apresenta uma grande prevalência (Straube et al., 2014).</p> <p>No que diz respeito a dor moderada a forte, surge o uso de fármacos opioides, surgindo o tramadol e até o uso da morfina; sendo a morfina um dos fármacos de primeira linha no tratamento da dor oncológica. Diversos estudos revelam que após o início da administração de opioides os doentes apresentam uma redução do nível da dor ou até mesmo ausência de dor após 14 dias de terapêutica (Wiffen et al., 2017).</p>

Quadro 6- Síntese dos resultados encontrados nos estudos em análise (continuação).

Estudo	Participantes	Objetivos	Intervenção	Instrumentos	Resultados
E13	10 mulheres que receberam sessões de reiki após o início de tratamento oncológico	Explorar as percepções e experiências de reiki em mulheres com cancro e identificar medidas de resultados para uma intervenção em estudo.	<p>Um estudo qualitativo exploratório foi utilizado para encorajar mulheres a falar acerca da sua experiência com o Reiki e captá-las nas suas próprias palavras. As questões éticas foram garantidas pelo investigador e comissões de ética da universidade local e do hospital. A amostra é constituída por 10 mulheres em tratamento oncológico e a praticar Reiki.</p> <p>Critérios de inclusão: mulheres que tenham realizado tratamento oncológico e que estejam em período de follow-up (não em quimioterapia atualmente). Participantes que tenham recebido pelo menos 2 sessões de reiki.</p> <p>Os potenciais participantes foram contactados pelo terapeuta no centro a participar no estudo. A cada potencial participante foi dado um folheto com toda a informação relativa ao estudo. Se interesse, estes contactavam a equipa. A participante assina consentimento para a participação no estudo e são feitas algumas perguntas.</p> <p>As entrevistas foram realizadas de novembro de 2013 e junho de 2014. Foi realizado um guião para a entrevista de forma a estruturar a mesma.</p>	A entrevista foi gravada, transcrita e codificada.	<p>Com este artigo conseguiu-se concluir que antes da prática do Reiki, o conhecimento acerca do mesmo era limitado. Durante a prática de Reiki foi expresso um alívio emocional, da tensão emocional, foi sentida uma melhoria da energia, sentimento de mente limpa de cancro e sensação de paz/relaxamento/esperança.</p> <p>Durante as sessões de Reiki foram também experienciadas sensações físicas tal como, alívio da dor e parestesias.</p> <p>Foram também relatadas uma melhoria física, emocional e cognitiva após o Reiki, assim como uma melhoria da qualidade do sono, redução da depressão e maior autoconfiança.</p> <p>As participantes referem também um sono melhorado, níveis mais elevados de energia e capacidade de relaxar após as sessões de Reiki.</p>

Quadro 6- Síntese dos resultados encontrados nos estudos em análise (continuação).

Estudo	Participantes	Objetivos	Intervenção	Instrumentos	Resultados
E15	39 doentes oncológicos adultos de um serviço de cuidados paliativos. 19 adultos: grupo de controlo. 20 adultos: grupo de intervenção	Este estudo tem como objetivo a implementação da intervenção ANtiPain na prática clínica, de forma a avaliar a intensidade da dor, a função em relação aos resultados, autoeficácia e as barreiras relativas a autogestão da dor de forma a aumentar a eficácia do estudo.	Neste estudo foram selecionadas doentes do serviço de cuidados paliativos de um hospital da Alemanha. Durante 14 meses, 39 doentes oncológicos adultos com um score de dor igual ou superior a 3 (escala numérica da dor), foram selecionados, deviam também ter a necessidade de autogerir a dor após a alta e ter uma esperança de vida superior a 3 meses. A ANtiPain é, uma intervenção de apoio a autogestão da dor oncológica baseada em 3 estratégias principais: fornecimento de informações, desenvolvimento de habilidades e treino de enfermagem relativamente à dor e a gestão do regime terapêutico. A sessão de intervenção foi realizada no hospital. Após a alta, o acompanhamento foi prestado através de chamadas telefónicas. O grupo de controlo recebeu apenas os cuidados padronizados pela instituição relativos ao controlo da dor, após 6 semanas o doente recebeu uma chamada telefónica de uma das enfermeiras. Já o grupo de intervenção, para além de receber as recomendações padronizadas pelo serviço, receberam a intervenção ANtiPain. O ANtiPain é constituído por 3 estratégias: providenciar informação, aquisição de capacidades e aconselhamento por parte da equipa de enfermagem.	Brief Pain Inventory (BPI). Pain Self-Effect Questionnaire. Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG-PS) Patient Health-Questionnaire Medical outcome study short-form Barriers questionnaire II	Os resultados deste estudo apontam que esta intervenção tem elevada eficácia, especialmente no que toca ao doente (interferência da dor com atividades diárias, autoeficácia, barreiras relacionadas ao paciente) Ao longo do estudo, as doses de opióides dos doentes do grupo de intervenção diminuíram em comparação com o grupo de controlo. Os doentes foram capacitados para a autogestão, através da gestão das doses de opióides conforme a necessidade, mantendo a vigilância e uma comunicação ativa entre o medico-doente. O facto de os doentes do grupo de intervenção utilizarem menos os opióides ao longo do estudo, também pode indicar que a transferência de conhecimentos quer de nível medico ou farmacológicos relativos às dores são importantes para a autogestão da dor. Em conclusão, o ANtiPain pode ser um instrumento importante para a autogestão da dor no doente oncológico em cuidados paliativos.

Quadro 6- Síntese dos resultados encontrados nos estudos em análise (continuação).

Estudo	Participantes	Objetivos	Intervenção	Instrumentos	Resultados
E16	Não se aplica	<p>Fornecer uma estrutura para compreender alguns dos componentes principais da hipnose e dar a conhecer os modelos predominantes de intervenções hipnóticas em medicina paliativa.</p> <p>Definir a base para a construção de pontes entre o intuitivo conhecimento clínico e visões científicas da hipnose.</p>	Este estudo reporta uma revisão narrativa, em que o autor fez uma pesquisa e com base na mesma escreveu este artigo sobre a hipnose.	Não se aplica	<p>Com a conclusão deste estudo percebeu-se que ainda há uma lacuna do conhecimento científico quanto à hipnose, condicionando a que a aplicação da mesma seja escassa.</p> <p>O artigo define que a hipnose apresenta diversas características, como a equifinalidade, esta característica permite ao terapeuta personalizar a melhor abordagem para cada doente. Dado que a hipnose é tão adaptável ao doente pode dizer-se que, de diferentes formas podemos desbloquear uma resposta hipnótica dependendo das necessidades dos doentes.</p> <p>A evidência mostra que a preparação do doente, logo fornecer informação sobre a hipnose, é fundamental para aumentar a qualidade da resposta à hipnose. No decorrer do processo é importante que os terapeutas informem o doente sobre a hipnose e definam objetivos individuais para cada doente de acordo com as necessidades. Informar o doente é fundamental para um aumento da colaboração e autogestão do processo. É fundamental uma boa preparação para a resposta.</p> <p>Ao longo do processo de indução da hipnose, a imaginação guiada pode orientar e aumentar a absorção da mente (Hammond, 1990). De forma a aumentar a profundidade do estado de absorção, o terapeuta pode pedir ao doente para imaginar alguma situação, assim como pode usar imagens para fornecer aos doentes estratégias eficazes para melhorar as suas respostas (Nanay, 2017). Várias evidências confirmam que a visualização mental é um forte mecanismo para a regulação da dor.</p> <p>O conteúdo de uma sugestão hipnótica pode levar a que o doente alcance uma resposta hipnótica mais precisa, sensorial, cognitiva e motora em função do resultado</p>

					<p>pretendido (Kosslyn SM,2000). Sugestões hipnóticas com um contexto visual levam a atividade no córtex visual, enquanto que a hipnose pode ter como alvo o córtex cingulado anterior ou o córtex somatossensorial dependendo do tipo de sugestão (Rainville P,1997).</p> <p>Rainville et al. (1997), utilizou a hipnose para separar seletivamente os sentidos e componentes afetivos da resposta à dor, juntamente com as áreas cerebrais responsáveis. As suas descobertas demonstram que a hipnose pode atingir avaliações subjetivas de desconforto da dor e atividade relacionada à dor, associada em regiões límbicas sem alterar a intensidade percebida da dor ou ativação do córtex somatossensorial. O que demonstra que a hipnose é precisa e que pode atingir certas áreas do cérebro e deixar outras intactas. A hipnose tem o potencial em se dissociar entre experiência subjetiva e sensorial, tornando-a uma poderosa ferramenta que pode abordar uma infinidade de questões que abrangem as necessidades psicológicas, clínicas e espirituais do paciente.</p> <p>A evidência apoia que a hipnose é eficaz no tratamento da dor e fornece um grande benefício na área de cuidados paliativos em doentes com dor intensa e incapacitante.</p>
--	--	--	--	--	--

Quadro 6- Síntese dos resultados encontrados nos estudos em análise (continuação).

Estudo	Participantes	Objetivos	Intervenção	Instrumentos	Resultados
E19	25 adultos com insuficiência cardíaca (IC) internados	Descrever alternativas, estratégias de auto-gestão da dor na Pessoa com IC para reduzir a dor crónica não cardíaca.	Um estudo com desenho descritivo transversal, integrou 25 doentes com insuficiência cardíaca hospitalizados. Critérios de inclusão: Idade igual ou superior a 18 anos; Ser capaz de ler e compreender inglês ou espanhol; Dor há pelo menos 3 meses, sentida na maioria dos dias no mês anterior; Na atualidade a utilizar pelo menos uma forma de controlo da dor alternativa; Critérios de exclusão: Antecedentes de demência ou outra alteração cognitiva que limite a capacidade de decisão ou a capacidade de utilização das estratégias de autogestão da dor. Intervalo de recolha de dados: fevereiro de 2013 a outubro de 2013.	Demographic and health information form. Brief Pain Inventory Short Form (BPI-SF)	Dos 25 adultos, as principais alternativas de autogestão da dor passam por caminhada (n=10 40%), uso do calor (n=9 36%), exercícios de alongamento (n=6 24%), crioterapia (n=5 20%), posicionamento (n=3 12%), exercícios de fortalecimento muscular (n=2 8%), massagem (n=2 8%), meditação (n=1 4%), Musicoterapia (n=1 4%). No total 18 doentes referiram a toma de fármacos para a gestão da dor. Em suma, os doentes com insuficiência cardíaca e com dor crónica usam de forma eficaz diversas alternativas para a autogestão da dor.

Quadro 6- Síntese dos resultados encontrados nos estudos em análise (continuação).

Estudo	Participantes	Objetivos	Intervenção	Instrumentos	Resultados
E21	Mulher com 38 anos com traumatismo cranioencefálico (TCE)	Perceber o papel da auto-hipnose e outras estratégias de cuidados paliativos no controlo da dor numa mulher de 38 anos com traumatismo cranioencefálico.	<p>Estudo de caso em que a auto-hipnose, hipnose assistida com psicoterapia e outras estratégias de cuidados paliativos para o controlo da dor é providenciada a uma mulher com 38 anos e traumatismo cranioencefálico secundário a um acidente de viação.</p> <p>Kay Ellen reporta o sentimento de perda do sentido da sua vida e ansiedade, ataques de pânico, perda de concentração, lentificação, cefaleias e dor no hemisfério direito.</p> <p>O Tratamento de Kay Ellen foi organizado em 3 níveis: no 1º nível auto-direcionar mudanças no seu comportamento e estilo de vida passando por estabelecer o ritmo do seu organismo, como o controlo da sua respiração de forma gentil, calma e cheia, assim como restabelecer a sua rotina de sono. No 2º nível passa por adquirir estratégias de coping e de autorregulação e autogestão. Foram utilizadas estratégias como a auto-hipnose, hidroterapia e a espiritualidade. Já no 3º nível: consiste no uso de intervenções/estratégias paliativas, com auxílio de um profissional, como hipnose clínica, psicoterapia, acupuntura, gestão terapêutica, aconselhamento espiritual.</p>	<p>Beck Depression Inventory (BDI)</p> <p>Beck Anxiety Inventory (BAI)</p> <p>Tellegen absorption scale</p> <p>Nijmegen questionnaire</p>	<p>No 1º nível, os resultados das intervenções foram positivos. No que diz respeito ao controlo da respiração, após um ataque de pânico Kay teve a capacidade de controlar o ritmo da sua respiração de forma eficaz através de exercícios de respiração. Relativamente à rotina de sono foi de mais difícil controlo, tendo de recorrer a sons calmos com o som de água a correr e de óculos LED com sons e luzes com cerca de 8 a 2 Hertz. Atingindo assim um sono pleno e adormecendo em cerca de 25 a 35 minutos. No 2º nível, Kay refere sentir-se mais calma com recurso aos exercícios de respiração e auto-hipnose em momentos de maior tensão e ansiedade. Refere também que com o uso da auto-hipnose, diminuição da cefaleia e dor na perna direita e peito sentindo a dor distante e fraca. Com recurso a hidroterapia aumentou a sua mobilidade, sentindo-se menos rígida. O seu terapeuta refere também menos esforço muscular. Relativamente à espiritualidade, sentiu que teve um efeito positivo no controlo da dor. No nível 3: Kay teve uma resposta positiva à hipnose clínica, achando a hipnose calmante, tendo menos episódios de flashbacks do momento do acidente. Através da utilização de um instrumento áudio-visual (AVE) que consiste na utilização de uns óculos LED e um headset que transmite luz e som de forma gradual entre os 8 e os 2 hertz de forma a atingir as ondas delta do ritmo de sono Kay Sentiu-se mais ela própria tornando-se capaz de fazer algumas atividades básicas em casa como refeições e lista de compras. A nível do aconselhamento espiritual, Kay acha vantajoso novas formas de orar tendo por uso a meditação e figuras bíblicas.</p>

Quadro 6- Síntese dos resultados encontrados nos estudos em análise (continuação).

Estudo	Participantes	Objetivos	Intervenção	Instrumentos	Resultados
E22	Foram selecionados 22 artigos	Identificar e avaliar as evidências sobre a eficácia das intervenções de autocuidado para dor e sintomas físicos em pessoas que vivem com HIV.	Foram pesquisados estudos de intervenção controlados na Amed, Assian, CINAHL, Cochrane Library, Embase, Medline, PsycInfo, Scopus e Web of Science, de 1984 a fevereiro de 2017. Dois revisores examinaram, extraíram os dados e avaliaram o risco de viés.	Joanna Briggs Institute Critical Appraisal checklist for randomized and nonrandomized trials GRADE tool	<p>As evidências resultantes deste estudo concluem que as intervenções de autocuidado realizadas tanto online, pessoalmente ou em grupo, usando folhetos ou manuais, são eficazes para melhorar a autogestão da dor e os sintomas físicos.</p> <p>As evidências sugerem que a gestão da higiene do sono e a mudança dos comportamentos potenciam a alteração do bem-estar do doente (Webel et al, 2013).</p> <p>Já Cote et al. (2015), no seu estudo sugere que a frequência de sessões de aprendizagem e gestão emocional também apresentam resultados positivos no controlo de sintomas.</p> <p>Chang et al. (2007), conclui que o uso da musicoterapia relaxante durante sessões de acupuntura e no domicílio, promove uma melhoria emocional, física e espiritual no doente fazendo com que este, se sinta mais relaxado e calmo.</p> <p>Os resultados sugerem a necessidade de ensaios clínicos de alta qualidade teoricamente plausíveis sobre a dor e o autocuidado dos sintomas físicos entre pessoas com HIV.</p>

3.2 Discussão dos resultados

No estudo de Brugnoli et al. (2018), foi avaliada a intervenção da hipnose e auto-hipnose como estratégia de autogestão da dor crónica em doentes de cuidados paliativos. Neste estudo pode-se concluir que a hipnose tem um efeito benéfico no controlo da dor havendo uma diminuição da VAS (visual analog scale for pain), apresentando eficácia como uma estratégia de autogestão da dor. Também Moss (2018) e Landry et al. (2018) estudaram a hipnose e a auto-hipnose, tendo como principais conclusões, que a auto-hipnose se apresentou eficaz em momentos de mais tensão e ansiedade assim como no controlo da cefaleia e outros tipos de dor. A hipnose clínica também teve eficácia no controlo da ansiedade. Todos os artigos incluídos na *Scoping Review* apontam para uma eficácia da hipnose e auto-hipnose no controlo da dor crónica em cuidados paliativos.

São diversos os autores que estudaram a hipnose e auto-hipnose e que apontam para a eficácia da hipnose. Elkins et al., (2007) explicitam que a hipnose na dor crónica resulta em reduções na perceção da dor que podem ser mantidas durante meses, referindo que a hipnose é mais eficaz do que estratégias como fisioterapia ou programas de educação para a saúde em alguns tipos de dor crónica. Segundo Dillworth & Jensen, (2010) a hipnose é vista como uma opção viável, satisfatória e eficaz na gestão da dor, apresentando-se isenta de efeitos colaterais e um custo-benefício atraente. No estudo de Adachi, et al., (2014) esta é encarada como eficaz no controlo da dor crónica, em comparação com outros tipos de tratamentos.

No trabalho de Finucane et al. (2015), tomando por foco a gestão da dor no idoso em cuidados paliativos, foram apresentadas diversas estratégias de controlo da dor quer farmacológicas quer não farmacológicas.

No que diz respeito às estratégias farmacológicas, Finucane et al. (2015) apresenta estratégias que passam pela administração de fármacos como os opióides, analgésicos, anti-inflamatórios e antidepressivos por diversas vias de administração, assim como Henson et al. (2020), referem que o controlo da dor leve a moderada passa pela administração de opióides e de anti-inflamatórios não esteroides, apresentando estes uma grande prevalência. A nível da dor moderada a forte, Henson et al. (2020) sugerem a administração de fármacos opióides como o tramadol e a morfina. Diversos estudos apontam que a administração de opióides

em doentes em cuidados paliativos representam uma diminuição do nível da dor ou até mesmo ausência de dor após 14 dias do início da terapêutica (Wiffen et al., 2017).

Já relativamente às estratégias não farmacológicas para a autogestão da dor em cuidados paliativos, Finucane et al. (2015), apresentam estratégias como a fisioterapia, a acupuntura e programas de reabilitação da dor.

No que diz respeito a fisioterapia, Finucane et al. (2015) defendem que a fisioterapia é uma estratégia eficaz para a autogestão da dor crónica em cuidados paliativos. Poucos são os autores que exploram esta temática. Burgos (2017) realizou uma revisão da literatura que mostrou que a fisioterapia tem um papel relevante em cuidados paliativos, uma vez que tem grande influência na dor e na mobilidade do doente, trazendo resultados satisfatórios quer para as equipas multidisciplinares, quer para os doentes. Apesar destes resultados Burgos (2017), refere também que em alguns artigos incluídos na sua revisão referem que esta é uma área com pouco investimento público.

Segundo Gosling (2012) o uso de diversas técnicas físicas ou cognitivas utilizadas no decorrer da sessão de fisioterapia, contribuem para o tratamento da dor do doente.

Marcucci (2005) indica que diferentes técnicas utilizadas no decorrer das sessões de fisioterapia, como a eletroterapia e a neuroestimulação elétrica transcutânea apresentam eficácia perante o controlo da dor, o que também é defendido por Henson et al. (2020) incluído nesta *Scoping Review*, apontando a neuroestimulação elétrica transcutânea como uma estratégia de autogestão da dor.

No que diz respeito à acupuntura, esta estratégia não foi apenas apontada por Finucane et al. (2015), mas também por Henson et al. (2020) e por Nkhoma et al. (2018). Sendo que em todos os estudos desta *Scoping Review*, a acupuntura emerge como uma estratégia não farmacológica eficaz para a autogestão da dor crónica em Cuidados Paliativos.

Diversos autores estudam a temática da acupuntura, como Lau, et al. (2016) que evidencia que a acupuntura e outras terapias semelhantes são eficazes na redução da dor, fadiga e melhoria da qualidade de vida tendo em comparação técnicas tradicionais na gestão da dor oncológica em cuidados paliativos. Já Wu, et al. (2015) descrevem a acupuntura como um procedimento seguro e que pode ser utilizada como uma terapia complementar em cuidados paliativos. Já segundo Hinman et al. (2014) com base num estudo com 50 idosos com dor crónica no joelho, a acupuntura não demonstrou qualquer benefício na gestão da dor.

Ainda de acordo com Finucane et al. (2015), os programas interdisciplinares de reabilitação da dor são eficazes também para a autogestão da dor. Nestes programas uma equipa multidisciplinar tem como objetivo mudar comportamentos do doente tendo por base a terapia cognitivo-comportamental. Essa mudança de comportamento é evidenciada através do fornecimento de informações acerca da temática, desenvolvimento de habilidades e o treino das mesmas. Também Koller et al. (2017), fazem referência a um destes tipos de programas, mais concretamente à gestão do regime terapêutico.

Siqueira (2018), enfatiza a relevância deste tipo de programa para o tratamento de pessoas com dor crónica e a necessidade de estudos mais aprofundados acerca da temática. Morley et al. (1999) concluiu que os programas interdisciplinares de reabilitação da dor são eficazes e demonstram uma boa evidência na redução da dor crónica. Também Lorig et al. (2001), avaliaram os resultados de um programa de autogestão da doença crónica, onde concluiu que estes programas demonstraram melhorias significativas no seu estado de saúde.

Henson et al. (2020) fizeram uma revisão narrativa apresentando diferentes estratégias de gestão da dor quer estas sejam farmacológicas ou não farmacológicas. A primeira intervenção que é descrita por Henson et al. (2015) como eficaz na autogestão da dor crónica em cuidados paliativos, é a massagem, apesar dos resultados neste estudo serem dúbios. Também o estudo de McDonald et al. (2015) descreve a massagem como uma alternativa para a autogestão da dor. Relativamente à massagem, vários autores apresentam os mesmos resultados. Falkensteiner et al. (2011) após realizarem uma revisão sistemática da literatura foram capazes de comprovar que a massagem terapêutica reduziu a dor percebida pelo doente oncológico em cuidados paliativos e ainda a remissão de sintomas como a ansiedade e depressão. Estes resultados foram mencionados em quatro de seis artigos incluídos na revisão. Também Miladinia et al. (2017) afirmam que a massagem terapêutica é uma estratégia não farmacológica eficaz na autogestão da dor no doente oncológico em cuidados paliativos. Diferentes características demográficas e diferentes tipos de massagem tiveram o mesmo efeito no alívio da dor.

Outra estratégia não farmacológica descrita por Henson et al. (2020) é a aromaterapia. A aromaterapia é entendida como o uso medicinal ou terapêutico de óleos essenciais absorvidos pela pele ou pelo sistema olfativo (Cino, 2014). Segundo Lakhan et al. (2016) a aromaterapia apresentou um efeito positivo na redução da dor, o que indica que a aromaterapia deve ser considerada como uma alternativa segura a adicionar ao tratamento tradicional da dor, sem efeitos adversos. Já no estudo de Candy et al. (2020) a evidência acerca da eficácia quer da massagem quer da aromaterapia na redução da ansiedade, dor e

no aumento da qualidade de vida foi inconclusiva em comparação com os cuidados ou terapias tradicionais.

Henson et al. (2020) fazem referência a estratégias cognitivas para a autogestão da dor como o relaxamento, a distração e a imaginação guiada. Também Landry et al. (2018) fazem referência à eficácia da imaginação guiada.

O relaxamento pode ser usado para a gestão da dor uma vez que tem um efeito direto na tensão muscular, o que permite reduzir a atividade muscular de forma a diminuir a dor do doente. Ao potenciar o relaxamento estamos também a permitir a distração (DGS, 2001). A distração ocorre sempre que o doente focaliza a sua atenção para outro estímulo diferente da dor, de forma a aumentar a tolerância à dor podendo ser aplicada em diversos contextos (Sofaer, 1994).

Para Pollak et al. (2015), todos os doentes apresentaram melhorias na dor o que sugere a eficácia do relaxamento no controlo da dor e melhoria da qualidade de vida.

No que diz respeito à imaginação guiada, é uma interação mente-corpo, utilizando imagens mentais de forma a promover o relaxamento e o bem-estar, com o objetivo de reduzir a dor e potenciar a cura. Esta pode ser aplicada quer pelo doente de forma autónoma ou por um profissional competente.

No estudo de Coelho et al. (2018) considerando os resultados provisórios pode-se concluir que a implementação de uma sessão de imaginação guiada foi eficaz na melhoria do conforto e por sua consequência da dor.

Hanson et al. (2020) no seu estudo também aborda as estratégias não farmacológicas de autogestão da dor como a acupuntura e estratégias farmacológicas, ambas já exploradas anteriormente.

O estudo de Kirshbaum et al. (2016) explora as experiências de mulheres que receberam sessões de Reiki, podendo-se concluir que as sessões de Reiki potenciaram um alívio da dor e parestesias, assim como um aumento da qualidade de vida das doentes.

Vários autores exploraram esta intervenção, tal como Demir et al. (2015) que concluíram que o Reiki diminuiu a dor, ansiedade e o cansaço sentido pelo doente oncológico. Já Freitag et al. (2014) concluíram que as sessões de Reiki potenciam de forma significativa o controlo da dor crónica, assim como a melhoria da qualidade de vida do idoso.

No que diz respeito ao trabalho de Landry et al. (2018) este conclui que a hipnose e a imaginação guiada são eficazes na autogestão da dor crónica em cuidados paliativos como o já mencionado anteriormente, mas também faz referência a uma lacuna entre o conhecimento científico e a aplicação da estratégia, o que indica que ainda é uma prática pouco aplicada e explorada.

No estudo McDonald et al. (2015) são descritas alternativas/estratégias de autogestão da dor em pessoas com insuficiência cardíaca para reduzir a dor crónica não cardíaca. Ao longo do estudo são apresentadas estratégias como a caminhada, o uso do calor, alongamentos, crioterapia, o posicionamento, exercícios de fortalecimento muscular, a massagem já descrita em estudos anteriores, a meditação e por último a musicoterapia.

No que diz respeito a estratégias não farmacológicas, a primeira intervenção apontada por McDonald et al. (2015) eficaz para a autogestão da dor em cuidados paliativos é a caminhada. A eficácia da caminhada é defendida por autores como Ferrell et al. (1997) que afirmam que a educação do doente e a caminhada podem melhorar o controlo da dor de uma forma geral, assim como, as limitações funcionais no idoso consequentes da dor crónica. Lowe et al. (2009) com base no seu estudo afirmam que há melhoria na qualidade de vida e na dor do doente em cuidados paliativos quando este pratica grandes caminhadas.

No que diz respeito ao uso de termoterapia esta é muito associada à aplicação de frio ou crioterapia conforme o defendido por Sampaio et al. (2005). Quer a aplicação de calor (termoterapia), quer a crioterapia são eficazes no controlo da dor devido aos mecanismos provocados por ambos. Já Dehghan & Farahbo (2014) afirmam que a termoterapia e a crioterapia são eficazes no controlo da dor quando associados a medidas farmacológicas para o controlo da dor. Já Marcucci (2005) no seu estudo afirma que a aplicação de calor nos doentes oncológicos não é recomendada em especial na zona do tumor. No que diz respeito à aplicação de frio tem eficácia na gestão da dor, com baixo custo e fácil execução.

Relativamente à prática de alongamentos também foi mencionado por Everett et al. (2018) os quais afirmam que um programa de alongamentos é benéfico no alívio da dor e desconforto, corroborado por McGrillen & McCorry (2014), confirmando que programas de exercícios podem melhorar o funcionamento físico e bem-estar, e reduzir a dor entre os doentes em cuidados paliativos. Este último estudo expõe a necessidade de desenvolver mais estudos relativos a área para entender os mecanismos.

O posicionamento também foi referido por McDonald et al. (2015) como uma das estratégias não farmacológicas para o controlo da dor em cuidados paliativos, o que também foi defendido por Santos (2008) onde referiu que técnicas não farmacológicas como a massagem e o posicionamento antiálgico é utilizado para o controlo da dor em doentes terminais com dor não controlada, também defendido por Alves (2013).

McDonald et al. (2015) também fazem menção à meditação como uma estratégia eficaz na autogestão da dor, também reforçado por diversos autores como Bora (2020). Este último autor, apresentou como resultado do seu estudo que, quer a meditação, quer a terapia

cognitiva comportamental, apresentam efeitos positivos no nível de dor percebida pelos doentes com dor crónica, tendo a meditação melhores resultados. Segundo Hilton et al. (2017) a meditação demonstrou melhorias na dor e depressão e por consequência na qualidade de vida, mas sugerem a necessidade de estudos melhor estruturados, rigorosos e em grande escala de forma a compreender de forma fiável a eficácia da meditação. Já no estudo de La Cour & Petersen (2015) através do desenvolvimento de um programa de autogestão da dor recorrendo ao uso da meditação, concluíram que esta é eficaz na autogestão e que pode desenvolver efeitos clinicamente relevantes em diversas dimensões do doente.

Também a musicoterapia é mencionada como uma estratégia de autogestão da dor crónica. McConnell & Porter (2016) concluíram que a musicoterapia é uma abordagem não farmacológica eficaz na gestão de sintomas angustiantes como a dor em doentes em cuidados paliativos, sendo também defendida como uma alternativa económica. Também Gutsell et al. (2013) concluíram que a musicoterapia proporcionou alterações significativas na perceção da dor dos doentes, assim como música ao vivo foi eficaz na redução da dor em cuidados paliativos. Goa et al. (2019) demonstraram que a musicoterapia é uma intervenção eficaz para aliviar a dor e os sintomas psicológicos de pacientes terminais. No entanto, consideram que há pouca evidência acerca desta temática.

Já no estudo de Moss (2018) a nível de estratégias de autogestão da dor este estudo faz referência a estratégias não farmacológicas como a hipnose/auto-hipnose, espiritualidade, meditação e a hidroterapia. A hipnose/auto-hipnose e a meditação são estratégias não farmacológicas para a autogestão da dor já exploradas anteriormente.

No que diz respeito à espiritualidade, Ripamonti et al. (2018) concluíram que uma forte espiritualidade decresce a severidade de diversos sintomas como a dor, aumenta o nível de esperança e diminui o desejo de uma morte rápida, já McCabe et al. (2018) no seu estudo desenvolvem um programa de controlo da dor através do uso da espiritualidade o que comprovou que existe uma forte associação entre a espiritualidade/ bem estar espiritual e a redução da dor assim como noutros aspetos psicológicos no decurso do programa o que sugere que a espiritualidade seja uma vertente a incorporar no controlo da dor.

A hidroterapia também foi reportada por Moss (2018) como uma estratégia não farmacológica para a autogestão da dor, e Skaczkowski et al. (2018) afirmam que a hidroterapia é uma opção simples e eficaz para a promoção da qualidade de vida e controlo de sintomas como a dor e a ansiedade. Porém, segundo o autor, esta é uma área ainda pouco explorada, sugerindo a necessidade de novos estudos mais aprofundados acerca da temática.

NkHoma et al. (2018) apresentam estratégias não farmacológicas como a musicoterapia e a acupuntura, concluíram que o uso da musicoterapia no decurso de sessões de acupuntura demonstrou resultados favoráveis no bem-estar físico, emocional e espiritual, fazendo o doente sentir-se mais calmo e sem dor.

Da análise efetuada aos estudos integrados no nosso trabalho emergem múltiplas evidências que corroboram a eficácia das estratégias quer farmacológicas quer não farmacológicas no controlo da dor crónica no doente em cuidados paliativos.

CONCLUSÃO

A disciplina de enfermagem necessita de uma renovação continua dos seus conhecimentos e práticas, o que apenas poderá ser alcançado com a investigação (OE, 2006).

Através da utilização da investigação pretende-se estimular o carácter reflexivo e a capacidade de análise meticulosa de forma a potenciar o desenvolvimento da enfermagem. Com recurso ao raciocínio e reflexão dos modelos de trabalho e práticas, a enfermagem vai desenvolvendo alternativas para a resolução dos problemas com que se debate (OE, 2006).

De forma a basear e fundamentar a prática, a enfermagem recorre à prática baseada na evidência (PBE), mais concretamente à Enfermagem baseada na evidência no sentido de aceder à melhor evidência científica disponível, assim como opiniões de peritos (OE, 2006).

A realização do presente trabalho, possibilitou o contacto com a investigação em enfermagem de uma forma objetiva, no âmbito da autogestão da dor crónica no doente em cuidados paliativos. Este contacto com a investigação em enfermagem fez-me desenvolver um raciocínio crítico e a capacidade reflexiva, o que potenciou um desenvolvimento quer profissional, quer pessoal, assim como contribuiu para obter novas e atualizadas evidências no âmbito da enfermagem. Com a conclusão da presente *Scoping Review*, pretendo apresentar estratégias de autogestão da dor crónica em doentes em cuidados paliativos que possam ter algum tipo de impacto na prática de enfermagem.

O desenvolvimento deste estudo permitiu-me melhorar o conhecimento sobre investigação e aprender as diferentes fases do método científico, ajustado à metodologia da *Scoping Review*, como a formulação de uma pergunta de investigação, definição dos critérios de inclusão e exclusão, o processo de pesquisa, a análise meticulosa da literatura selecionada à extração dos dados e a síntese das evidências.

O objetivo geral inicial definido neste trabalho, que consistiu em mapear a produção científica acerca da autogestão da dor crónica no doente em cuidados paliativos e conhecer as principais estratégias de controlo da dor crónica em doentes em cuidados paliativos com recurso a realização de uma *Scoping Review* sustentada nos modelos do Instituto Joanna Briggs, julgo ter sido atingido.

A produção científica é vasta no que diz respeito à autogestão, ao controlo da dor crónica e em cuidados paliativos, contudo, a temática de estratégias não farmacológicas de controlo da dor ainda é uma temática pouco explorada e aprofundada.

Ao nível de estratégias de autogestão da dor crónica, as estratégias farmacológicas focam essencialmente a administração de fármacos analgésicos e principalmente opióides, encarados como eficazes, tal como evidenciado por alguns artigos incluídos na análise.

No que diz respeito a estratégias de autogestão da dor crónica não farmacológicas, foram relatadas pelos autores em estudo, diversas estratégias, tais como a musicoterapia, a acupuntura, a hipnose/auto-hipnose, o Reiki, a caminhada, o uso do calor, a crioterapia, o uso do posicionamento, os exercícios de fortalecimento muscular, a massagem, o uso da meditação, o uso da neuroestimulação elétrica transcutânea, o uso do relaxamento, os exercícios de distração, a imaginação guiada, a hidroterapia, o recurso da espiritualidade e a fisioterapia. Estas intervenções/estratégias são consideradas como eficazes pelos autores dos estudos analisados neste trabalho.

A realização da dissertação apresentou algumas dificuldades que devo mencionar, como o facto de haver uma vasta evidência acerca de estratégias farmacológicas de autogestão da dor crónica centrada na administração de analgésicos opióides. Relativamente às estratégias não farmacológicas que podem ser replicadas pelo doente de forma autónoma, existe pouco evidência focando-se principalmente nas estratégias aplicadas por outros profissionais ao doente em cuidados paliativos.

De uma forma geral e em jeito de conclusão, conclui o que tinha proposto, com algum sofrimento, mas sempre com empenho e certeza de dever cumprido.

Saliento ainda que foi um processo de aprendizagem contínuo cuja monta de trabalho foi exigente, por vezes penosa, mas pensamos que com a perseverança e o empenho ao longo deste percurso, culminamos com a sensação de dever cumprido.

BIBLIOGRAGIA

Adachi, T., Fujino, H., Nakae, A., Mashimo, T., & Sasaki¹, J. (2014). A meta-analysis of hypnosis for chronic pain problems: a comparison between hypnosis, standard care, and other psychological interventions. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 62(1), 1-28.

Afonso, R. M. R. P., Novo, A., & Martins, P. (2014). *Fisioterapia em cuidados paliativos: da evidência à prática*. Lusodidacta.

Alves, M. C. (2013). *Qualidade de vida e suporte social de doentes oncológicos em cuidados paliativos*. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. 2º CURSO DE MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

American Association of Colleges of Nursing, & Robert Wood Johnson Foundation. (1998). *Peaceful death: Recommended competencies and curricular guidelines for end-of-life nursing care*. American Association of Colleges of Nursing. Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*, 35-49.

APCP (2013). Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Obtido em 22 de Junho de 2021: <http://www.apcp.com>

Apóstolo, J. L. A. (2017). Síntese da evidência no contexto da translação da ciência. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 154-162.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos - APCP (2006). *Formação de enfermeiros em cuidados paliativos: recomendações da APCP*.

Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 48(2), 177-187.

BARLOW, Julie, et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient education and counseling*, 2002, 48.2: 177-187.

Bastos, F. S. (2013). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico*; Tese de Doutoramento em Enfermagem; Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde – Porto.

Batalha, L. D. C. (2016). *Avaliação da dor*. Manual de estudo. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Bettany-Saltikov, J. A. (2012, May). To screen or not to screen? An evidence-based review and proposal for a 4 tier model for scoliosis screening in the UK. In *Orthopaedic Proceedings* (Vol. 94, No. SUPP_XX, pp. 10-10). The British Editorial Society of Bone & Joint Surgery.

Bora, M. (2020). Effects of cognitive behavioral therapy (CBT) and meditation in chronic low back pain. *International Journal of Clinical and Biomedical Research*, 5-8.

Brennan, P. F., & Safran, C. (2005). Empowered consumers. In *Consumer health informatics* (pp. 8-21). Springer, New York, NY.

Brito, M. A. (2012). A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto, Portugal.

Brugnoli, M. P., Pesce, G., Pasin, E., Basile, M. F., Tamburin, S., & Polati, E. (2018). The role of clinical hypnosis and self-hypnosis to relief pain and anxiety in severe chronic diseases in palliative care: a 2-year long-term follow-up of treatment in a nonrandomized clinical trial. *Ann Palliat Med*, 7(1), 17-31.

Burgos, D. B. L. (2017). Fisioterapia paliativa aplicada ao paciente oncológico terminal. *Ensaio e Ciência C Biológicas Agrárias e da Saúde*, 21(2), 117-122.

Candy, B., Armstrong, M., Flemming, K., Kupeli, N., Stone, P., Vickerstaff, V., & Wilkinson, S. (2020). The effectiveness of aromatherapy, massage and reflexology in people with palliative care needs: a systematic review. *Palliative medicine*, 34(2), 179-194.

Capelas, D. M. L., Silva, S. C. F. S., Alvarenga, M. I. S. F., & Coelho, S. P. (2016). Cuidados paliativos: O que é importante saber. *Patient care*, 17, 16-20.

Capelas, M. L. V. (2009). Cuidados paliativos: uma proposta para Portugal. *Cadernos de saúde*, 2(1), 51-57.

Chodosh, J., Morton, S. C., Mojica, W., Maglione, M., Suttorp, M. J., Hilton, L., ... & Shekelle, P. (2005). Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Annals of internal medicine*, 143(6), 427-438.

Cino, K. (2014). Aromatherapy hand massage for older adults with chronic pain living in long-term care. *Journal of Holistic Nursing*, 32(4), 304-313.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Cuidados paliativos para uma morte digna—Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). *Ordem dos Enfermeiros*.

Coelho, A., Parola, V., Fernandes, O., Querido, A., & Apóstolo, J. (2018). Development of a guided imagery program for patients admitted to palliative care units. *Journal of Nursing Referência (Revista de Enfermagem Referência)*, 4(17), 23-32.

COMISSÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS - Plano Nacional Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos - Biénio 2017/2018. Lisboa: Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2017.

Da Cruz, M. L. S. B. (2015). Cuidados Paliativos e o Sistema de Saúde Português. Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina Da Universidade do Porto.

Davies, E., & Higginson, I. J. (2004). Mejores cuidados paliativos para personas mayores. Dinamarca: World Health Organization.

de Araújo, D. F., Barbosa, M. H., Zuffi, F. B., & Lemos, R. C. A. (2010). Cuidados paliativos: percepção dos enfermeiros do Hospital das Clínicas de Uberaba-MG. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(4), 690-696.

DECRETO-LEI nº 52/2012. D.R. I Série. Nº172 (2012-09-05), pp. 5119-5124

DECRETO-LEI nº22/2011. D.R. I Série. Nº 29 (2011-02-10), pp.716-723.

DECRETO-LEI nº8/2010. D.R. I Série. Nº 19 (2010-01-28), pp.257-263.

Dehghan, M., & Farahbo, F. (2014). The Efficacy of Thermotherapy and Cryotherapy on Pain Relief in Patients with Acute Low Back Pain, A Clinical Trial Study. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*.

Demir, M., Can, G., Kelam, A., & Aydiner, A. (2015). Effects of distant Reiki on pain, anxiety and fatigue in oncology patients in Turkey: a pilot study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 16(12), 4859-4862.

DGS (2003). A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor – Divisão das doenças genéticas, crónicas e geriátricas: circular normativa nº9 / DGCG

DGS, Portugal. Ministério da Saúde. (2010). Circular Normativa no 15/2010. 2010-12-14. Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa.

DIÁRIO DA REPÚBLICA. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. In D. REPÚBLICA. Lisboa: Diário da República, 2012, vol. 52.

DIAS, M. R. & DURÁ, E. (Coord.). Territórios da Psicologia Oncológica (1ª Edição, p.145-187). Lisboa: Climepsi Editores.

DiCenso, A., Cullum, N., & Ciliska, D. (1998). Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. *Evidence-Based Nursing*, 1(2), 38-39.

Dillworth, T., & Jensen, M. P. (2010). The role of suggestions in hypnosis for chronic pain: a review of the literature. *The open pain journal*, 3(1), 39.

Direcção-Geral da Saúde - Programa Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, Ministério da Saúde, 2015.

Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016. Perfil Saude em Portugal. In. Lisboa: DGS, 2012.

Direcção-Geral da Saúde. Programa Nacional de Cuidados Paliativos. In C.E.G. DIVISÃO DE DOENÇAS GENÉTICAS. Lisboa: Direcção Geral da Saúde 2005. DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. Plano Nacional de Saúde 2012 - 2016. Perfil Saude em Portugal. In. Lisboa: DGS, 2012.

Direcção-Geral da Saúde. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. [Em linha]. Circular Normativa no 09/DGCG de 14/06/2003. Lisboa. [consult. 01-07-2021] Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

Direcção-Geral da Saúde - DGS. (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. [Manual]. Ministério da Saúde, Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde - DGS. (2007). Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 (PNPCDO). [Manual]. Ministério da Saúde, Lisboa.

Direcção-Geral da Saúde (2001). Plano Nacional de luta contra a Dor.

Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos: Circular Normativa Nº 14. from <http://www.dgsaude.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006587.pdf>.

Direcção-Geral da Saúde (2013). Portugal – Doenças Oncológicas em números – 2013. DGS: Direcção de Serviços de Informação e Análise. Ministério da Saúde, Lisboa.

Elkins, G., Jensen, M. P., & Patterson, D. R. (2007). Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Intl. Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55(3), 275-287.

Entidade Reguladora de Saúde (2013). Avaliação do Acesso dos Utentes aos Cuidados Continuados de Saúde. Porto.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO. (2016). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos. Porto. Documento de apoio.

European Association for Palliative Care. EAPC. (2018) Curriculum in Palliative Care for Undergraduate Medical Education.

Everett, E. A., Pedowitz, E., Maiser, S., Cohen, J., Besbris, J., Mehta, A. K., Chi, L., & Jones, C. A. (2020). Top Ten Tips Palliative Care Clinicians Should Know About Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Journal of palliative medicine*, 23(6), 842–847. <https://doi.org/10.1089/jpm.2020.0046>

Falkensteiner, M., Mantovan, F., Müller, I., & Them, C. (2011). The use of massage therapy for reducing pain, anxiety, and depression in oncological palliative care patients: a narrative review of the literature. *International Scholarly Research Notices*, 2011.

Ferrell, B. A., Josephson, K. R., Pollan, A. M., Loy, S., & Ferrell, B. R. (1997). A randomized trial of walking versus physical methods for chronic pain management. *Aging (Milan, Italy)*, 9(1-2), 99–105. <https://doi.org/10.1007/BF03340134>

Ferrell, B. R., Coyle, N., & Paice, J. (Eds.). (2014). *Oxford textbook of palliative nursing*. Oxford University Press.

Finucane, T. E., Nirmalasari, O., & Graham, A. (2015). Palliative care in the ambulatory geriatric practice. *Clinics in geriatric medicine*, 31(2), 193-206.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 9789728383107

Freitag, V. L., Dalmolin, I. S., Badke, M. R., & Andrade, A. D. (2014). Benefits of Reiki in older individuals with chronic pain. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23, 1032-1040.

Gao, Y., Wei, Y., Yang, W., Jiang, L., Li, X., Ding, J., & Ding, G. (2019). The effectiveness of music therapy for terminally ill patients: a meta-analysis and systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 57(2), 319-329.

Gosling, A. P. (2012). Mecanismos de ação e efeitos da fisioterapia no tratamento da dor. *Revista Dor*, 13, 65-70.

Gutgsell, K. J., Schluchter, M., Margevicius, S., DeGolia, P. A., McLaughlin, B., Harris, M., ... & Wiencek, C. (2013). Music therapy reduces pain in palliative care patients: a randomized controlled trial. *Journal of pain and symptom management*, 45(5), 822-831.

Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative care and the management of common distressing symptoms in advanced cancer: pain, breathlessness, nausea and vomiting, and fatigue. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 905.

Hilton, L., Hempel, S., Ewing, B. A., Apaydin, E., Xenakis, L., Newberry, S., ... & Maglione, M. A. (2017). Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 199-213.

Hinman, R. S., McCrory, P., Pirota, M., Relf, I., Forbes, A., Crossley, K. M., ... & Bennell, K. L. (2014). Acupuncture for chronic knee pain: a randomized clinical trial. *Jama*, 312(13), 1313-1322.

IASP, International Association for Study of Pain. (2010). *Guia para o Tratamento da Dor*

Internacional Association For Study Pain (1994). *Task Force on Taxonomy, Classification of Chronic pain*. 2ª edição. Seattle, Iasppress

International Council of Nurses (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para prática de enfermagem* (H. Castro, Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSING. CIPE® Versão 2011 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Genebra: Ordem dos Enfermeiros, 2014. ISBN 978-92-95099-18- 0.

Janeiro, I. M. I. (2017). Fisiologia da dor. Dissertação de Mestrado Integradado em Ciências Farmaceuticas. Escola de Ciências e Tecnologias da Saúde. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Joanna Briggs Institute. (2015a). Discussion paper: The JBI model of evidence-informed healthcare: A model reconsidered. Recuperado de: http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/The_JBI_Model_of_Evidence_-_Healthcare-A_Model_Reconsidered.pdf

Joanna Briggs Institute. (2015b). Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2015 edition/ supplement. The systematic review of studies of diagnostic test accuracy. Recuperado de: http://www.joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_The-systematicreview-of-studies-of-diagnostic-test-accuracy.pdf

Joanna Briggs Institute. (2015c). Joanna Briggs Institute reviewers' manual: 2015 edition/supplement. Methodology for JBI scoping reviews. Recuperado de: http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf

Kaiser, F., Rudloff, L. V., Vehling-Kaiser, U., Hollburg, W., Nauck, F., & Alt-Epping, B. (2017). Palliative home care for patients with advanced haematological malignancies—a multicenter survey. *Annals of hematology*, 96(9), 1557-1562.

Kirshbaum, M. N., Stead, M., & Bartys, S. (2016). An exploratory study of reiki experiences in women who have cancer. *International journal of palliative nursing*, 22(4), 166-172.

Koenig, H. G., George, L. K., & Titus, P. (2004). Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients. *Journal of the American Geriatrics society*, 52(4), 554-562.

Koller, A., Gaertner, J., De Geest, S., Hasemann, M., & Becker, G. (2018). Testing the implementation of a pain self-management support intervention for oncology patients in clinical practice: A randomized controlled pilot study (ANtiPain). *Cancer nursing*, 41(5), 367-378.

la Cour, P., & Petersen, M. (2015). Effects of mindfulness meditation on chronic pain: a randomized controlled trial. *Pain Medicine*, 16(4), 641-652.

Lakhan, S. E., Sheaffer, H., & Tepper, D. (2016). The effectiveness of aromatherapy in reducing pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain research and treatment*, 2016.

Landry, M., Stendel, M., Landry, M., & Raz, A. (2018). Hypnosis in palliative care: from clinical insights to the science of self-regulation. *Annals of palliative medicine*, 7(1), 125-135.

Lau, C. H., Wu, X., Chung, V. C., Liu, X., Hui, E. P., Cramer, H., ... & Wu, J. C. (2016). Acupuncture and related therapies for symptom management in palliative cancer care: systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 95(9).

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. London: Oxford University Press.

Lei n.º 25/2012 de 16 de julho- Lei do Testamento Vital

Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro de 2012- Lei de Bases dos Cuidados Paliativos

Lorig K. (2003). Self-management education: more than a nice extra. *Medical care*, 41(6), 699–701. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000072811.54551.38>

Lorig, K. R., Ritter, P., Stewart, A. L., Sobel, D. S., Brown, B. W., Jr, Bandura, A., Gonzalez, V. M., Laurent, D. D., & Holman, H. R. (2001). Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical care*, 39(11), 1217–1223. <https://doi.org/10.1097/00005650-200111000-00008>

Lowe, S. S., Watanabe, S. M., Baracos, V. E., & Courneya, K. S. (2009). Associations between physical activity and quality of life in cancer patients receiving palliative care: a pilot survey. *Journal of pain and symptom management*, 38(5), 785-796.

Machado, M. D. C., Couceiro, L., Alves, I., Almendra, R., & Cortes, M. (2011). *A morte e o morrer em Portugal*. Lisboa: Edição Almedina.

Magalhães, J. (2009). *Cuidar em Fim de Vida: Experiência durante a formação inicial dos enfermeiros*. Lisboa. Ed. Coisas de Ler.

Mann, E. G. (2013). *Self-Management of Chronic Pain: Interventions, Strategies, Barriers, and Facilitators* (Doctoral dissertation).

Mann, E. G., LeFort, S., & VanDenKerkhof, E. G. (2013). Self-management interventions for chronic pain. *Pain management*, 3(3), 211-222. Entidade reguladora da Saúde.

Marcucci, F. C. I. (2005). O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Revista brasileira de cancerologia*, 51(1), 67-77.

Marinho, L. A. G. (2014). *A gestão da dor em cuidados paliativos: saberes e práticas dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Marques, A. L., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I. G., Capelas, M. L., Tavares, M., & Sapeta, P. (2009). O desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal. *Patient care*, 14(152), 32-38.

Marques, M. S. (2002). A passividade originária e a fundação da medicina dos cuidados paliativos. *Territórios da Psicologia Oncológica*, Lisboa, Climepsi, 145-188.

McCabe, R., & Philip Siddall, M. B. B. S. (2018). Spiritual and existential factors predict pain relief in a pain management program with a meaning-based component. *Journal of Pain Management*, 11(2), 163-170.

McConnell, T., & Porter, S. (2017). Music therapy for palliative care: a realist review. *Palliative & supportive care*, 15(4), 454-464.

McDonald, D. D., Soutar, C., Chan, M. A., & Afriyie, A. (2015). A closer look: alternative pain management practices by heart failure patients with chronic pain. *Heart & Lung*, 44(5), 395-399.

McGrillen, K., & McCorry, N. K. (2014). A physical exercise programme for palliative care patients in a clinical setting: Observations and preliminary findings. *Progress in Palliative Care*, 22(6), 352-357.

Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing. Development and progress*. 2^a ed. Philadelphia: Lippincott Company.

Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: development and progress*. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advanced Nursing Science*, 23(1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28.

Melleis, A. I. (2005) – *Theoretical nursing development and progress*. 3^a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

MeSH Browser [Em linha] [Consultado a 2021.03.28] Disponível em <https://meshb.nlm.nih.gov/search>

Miladinia, M., Baraz, S., Zarea, K., & Mousavi Nouri, E. (2017). Massage Therapy in Patients With Cancer Pain: A Review on Palliative Care. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care*, 6(1).

Mills, A. (1996). Therapeutic touch—case study: The application, documentation and outcome. *Complementary therapies in medicine*, 4(2), 127-132.

Mills, C. G. (1996). A study of demand for long-term care insurance.

Ministério da Saúde (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados 2011-2013*. Ministério da Saúde, Lisboa. Recuperado em 30 Maio, 2021 de http://rede-social.cm-feira.pt/rede-social/copy_of_os-nossos-parceiros/legislacao/estrategia-para-o-desenvolvimento-do-programa-nacional-de-cuidados-paliativos.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2003). Direção de Serviços de Planeamento - Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu Desenvolvimento. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Ministério da Saúde. (2010). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. [Manual]. Ministério da Saúde, Lisboa.

Morley, S., Eccleston, C., & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80(1-2), 1-13.

Moss, D. (2017). I hurt so: hypnotic interventions and palliative care for traumatic brain injury. *Annals of palliative medicine*, 7(1), 151-158.

Moss-Morris, R. (2013). Adjusting to chronic illness: time for a unified theory.

Neto, I. (2000). Cuidados paliativos: Qual a realidade portuguesa. *Cuidados Paliativos: Dossier Sinais Vitais*, 4.

Neto, I. (2004) Para além dos sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. In

Neto, I.G. (2010). *Cuidados Paliativos*. Lisboa: Aletheia

Nkhoma, K., Norton, C., Sabin, C., Winston, A., Merlin, J., & Harding, R. (2018). Self-management interventions for pain and physical symptoms among people living with HIV: a systematic review of the evidence. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 79(2), 206-225.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa: Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros (2006) Conselho Directivo. *Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia Orientador de Boa Prática sobre Dor, série I, número I*.

Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros;

Ordem dos Enfermeiros (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem versão 2015*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros- Documento elaborado pelo Conselho Jurisdicional da OE e aprovado na reunião do Conselho Directivo de 8 de Junho de 2006, 10.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2. Santa Maria da Feira: Lusodidacta, 2011.

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro. In: Ordem do Enfermeiros.

Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of Practice. Mosby: St. Louis;

Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (1995). Nursing concepts of practice. New York: McGRAW-HILL Book; p. 303; 1985;

Pascoal, J. (2010). Viver a Esperança. Necessidades da Pessoa com Doença Oncológica. Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto. Portugal.

Pearson, A., White, H., Bath-Hextall, F., Salmond, S., Apóstolo, J., Kirkpatrick, P., & Lockwood, C. (2014). A mixed methods approach to evidence synthesis. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Pereira, M. G. & Lopes, C. (2002). O doente oncológico e a sua família (1ª Edição, Manuais Universitários 25). Lisboa: Climepsi Editores

Pereira, S. (2010). Cuidados paliativos: confrontar a morte. Lisboa: Universidade Católica Editora Unipessoal, Lda.

Pires, A. (2001). Cuidar em fim-de-vida: aspectos éticos, cadernos da bioética. N.º 25 p. 86, 88, 90.

Pollak, K. I., Lyna, P., Bilheimer, A., & Porter, L. S. (2015). A brief relaxation intervention for pain delivered by palliative care physicians: A pilot study. Palliative medicine, 29(6), 569.

PORTUGAL, Direcção-Geral de Saúde (2005). Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas- Programa Nacional De Cuidados Paliativos. Lisboa: DGS.

Programa Nacional de Cuidados Paliativos. (2004). Circular Normativa nº 14/DGCG de 13 Julho de 2004.

Quintal, M. (2004). Biblioteca da Dor: Dor Neuropática. Lisboa, Permanyer Portugal, pp. 2-3.

Radbruch, L., Payne, S. & European Association for Palliative Care – EAPC. (2010). Standards and norms for hospice and palliative care in europe: the EAPC white paper.

Ramalho, A. (2005). Manual para redacção de estudos e projectos de revisão sistemática com e sem metanálise. Estrutura funções e utilização na investigação em enfermagem. Coimbra: Formasau.

Ripamonti, C. I., Giuntoli, F., Gonella, S., & Miccinesi, G. (2018). Spiritual care in cancer patients: a need or an option?. Current Opinion in Oncology, 30(4), 212-218.

- Rodrigues, A. (2013). Avaliação da Dor ao Doente Oncológico em Cuidados Paliativos Incapaz de Comunicar. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Sampaio, L. R., de Moura, C. V., & de Resende, M. A. (2005). Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(4), 339-346.
- Sampaio, R. F., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 11, 83-89.
- Santos, C. B. D. S. (2008). Avaliação do programa escola de postura em pacientes com lombalgia crônica do hospital municipal de Rolim de Moura-RO.
- Santos, E. B. (2016). O papel do/a enfermeiro/a: visão humanística dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos.
- Santos, F. (2009). Cuidados Paliativos: Discutindo a Vida, a Morte e o Morrer. São Paulo: Atheneu.
- Schestatsky, P. (2008). Definição, diagnóstico e tratamento da dor neuropática. *Revista HCPA. Porto Alegre*. Vol. 28, n. 3,(2008), p. 177-187.
- Seixas, D., Galhardo, V., Guimarães, M. et al. (2009). Dor na esclerose múltipla: caracterização de uma população portuguesa de 85 doentes. *Acta Médica Portuguesa*, 22(3), p. 234.
- Serra, A. V. (1999). O stress na vida de todos os dias. Coimbra: Gráfica de Coimbra, Lda
- Siqueira, J. T. T. D. (2018). Educação em dor: da ideia à ação!. *Brasilian Journal of Pain (BrJP)* 1(3). Jul-Sep 2018. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180038>.
- Skaczkowski, G., Moran, J., Langridge, J., Oatway, K., & Wilson, C. (2018). Effect of a spa bath on patient symptoms in an acute palliative care setting: A pilot study. *Complementary therapies in clinical practice*, 32, 100-102.
- Smith, B. H., Penny, K. I., Purves, A. M., Munro, C., Wilson, B., Grimshaw, J., ... & Smith, W. C. (1997). The Chronic Pain Grade questionnaire: validation and reliability in postal research. *Pain*, 71(2), 141-147.
- Söderberg, S., & Lundman, B. (2001). Transitions experienced by women with fibromyalgia. *Health care for women international*, 22(7), 617-631.
- Sofaer, B. (1994). Dor: manual prático. 2ªed. Rio de Janeiro: Revinter. Sousa, Maria de Fátima Cardoso de Oliveira de (2009). O enfermeiro e as técnicas não farmacológicas no controlo da dor: informação-aplicação. Coimbra: [ed. do autor]. Sousa, P. A. F. D. (2009). O sistema de saúde em Portugal: realizações e desafios. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22, 884-894.

Strömngren, A. S., Goldschmidt, D., Groenvold, M., Petersen, M. A., Jensen, P. T., Pedersen, L., ... & Sjogren, P. (2002). Self-assessment in cancer patients referred to palliative care: a study of feasibility and symptom epidemiology. *Cancer*, 94(2), 512-520. doi: 10.1002/cncr.10222.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE - The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015 - Methodology for JBI Scoping Review. Austrália: The Joanna Briggs Institute, 2015.

Thorne, S., Paterson, B., & Russell, C. (2003). The structure of everyday self-care decision making in chronic illness. *Qualitative health research*, 13(10), 1337-1352.

Tomaszewski, A. S., Oliveira, S. G., Arrieira, I. C. O., Cardoso, D. H., & Sartor, S. F. (2017). Manifestações e necessidades referentes ao processo de morte e morrer: perspectiva da pessoa com câncer. Demonstrations and necessities on the death and dying process: perspective of the person with cancer. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 9(3), 705-716.

Walsh, D., Donnelly, S., & Rybicki, L. (2000). The symptoms of advanced cancer: relationship to age, gender, and performance status in 1,000 patients. *Supportive care in cancer*, 8(3), 175-179.

Wiffen, P. J., Derry, S., Bell, R. F., Rice, A. S., Tölle, T. R., Phillips, T., & Moore, R. A. (2017). Gabapentin for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).

World Health Organization (2014). *Global Atlas of Palliative Care at the end of life*. WPCA: Geneve. ISBN: 978-0-9928277-0-0. World Health Organization (2017). *Palliative Care*. Disponível em <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization. (2009). *Self-care in the context of primary health care*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206352/B4301.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Wu, X., Chung, V. C., Hui, E. P., Ziea, E. T., Ng, B. F., Ho, R. S., ... & Wu, J. C. (2015). Effectiveness of acupuncture and related therapies for palliative care of cancer: overview of systematic reviews. *Scientific reports*, 5(1), 1-15.