



**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

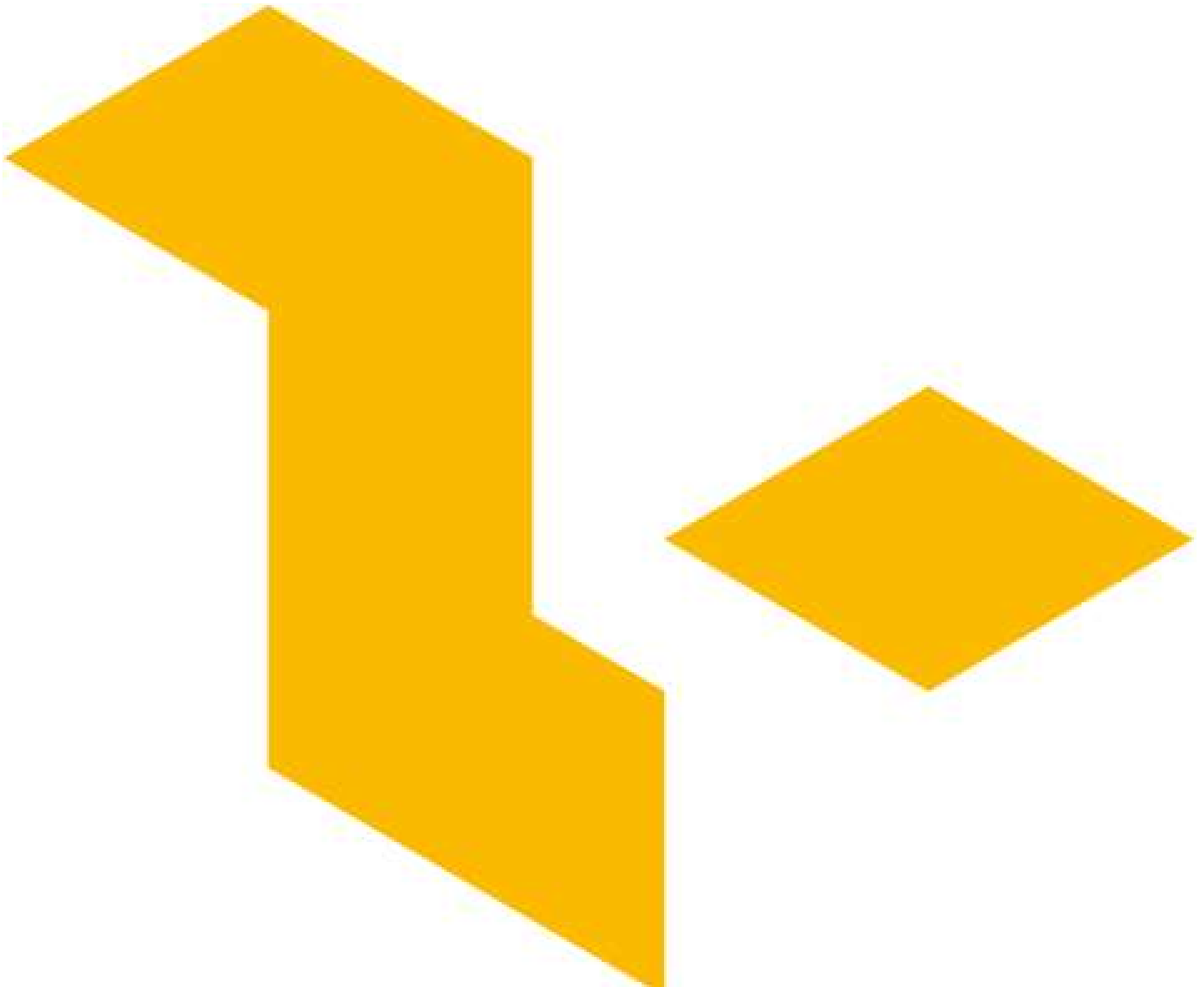
Trabalho Final de Curso de Licenciatura em Enfermagem

Controlo da Dor Crónica no Doente Oncológico - Vigilância e Estratégias

Catarina Santos Susana, Ema Bianca Brito Albino, Maria João Esteves Oliveira

Data

julho de 2025





**Politécnico
Castelo Branco**

Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Trabalho Final de Curso Controlo da Dor Crónica no Doente Oncológico - Vigilância e Estratégias

Discentes

Catarina Santos Susana nº20201419

Ema Bianca Brito Albino nº20201407

Maria João Esteves Oliveira nº20201393

Orientadora

Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Trabalho Final de Curso apresentado à Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo, Professora adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

julho de 2025

Composição do júri

Presidente do júri

Doutor, Ezequiel Martins Carrondo

Professor Coordenador do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Arguente

Doutora, Ângela Sofia Lopes Simões

Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Orientadora

Doutora, Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Professora Adjunta do Instituto Politécnico de Castelo Branco

Agradecimentos

A conclusão deste trabalho final de curso representa não apenas o fim de uma etapa acadêmica, mas também o reflexo do apoio, incentivo, aprendizagens, superações e crescimento pessoal e profissional, que recebemos ao longo deste percurso. É com enorme apreço que expressamos a nossa gratidão a todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que este projeto se concretizasse.

Agradecemos, em primeiro lugar, à Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo, nossa orientadora, pelo acompanhamento atento, pela partilha de conhecimentos, pela paciência, apoio e disponibilidade ao longo de toda a construção e finalização deste trabalho.

À nossa família, especialmente aos nossos pais, pelo amor incondicional, apoio constante e confiança ao longo de todo o percurso. Foram a força nos momentos mais difíceis e a inspiração que nos guiou até aqui.

Aos nossos amigos que nos acompanharam ao longo desta caminhada, deixamos o nosso reconhecimento pela partilha de conhecimentos, pela entreatajuda e por todos os momentos que tornaram este caminho mais leve e motivador.

Manifestamos também o nosso agradecimento a toda a equipa docente e não docente da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, pelo empenho, pela exigência académica e pela constante disponibilidade em colaborar com os estudantes. O seu contributo foi fundamental para a nossa formação enquanto futuras profissionais de saúde.

O nosso sincero obrigado estende-se ainda aos profissionais de saúde que nos acolheram durante os estágios e que, com generosidade e profissionalismo, permitiram-nos aplicar o conhecimento adquirido, enriquecendo a nossa experiência prática.

A todos, o nosso mais sincero agradecimento.

“Existe cuidado sem cura, mas não existe cura sem cuidado”

Florence Nightingale

Resumo

A dor crónica é uma das principais preocupações no doente oncológico, sendo um fenómeno complexo que afeta significativamente a qualidade de vida dos doentes. Este trabalho final de curso tem como objetivo analisar as competências da enfermagem na vigilância e controlo da dor crónica em doentes oncológicos, destacando estratégias farmacológicas e não farmacológicas e também perceber a importância da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba na prática de enfermagem.

A metodologia adotada baseou-se numa revisão narrativa da literatura, com consulta de documentos e fontes institucionais reconhecidas. Este trabalho está estruturado em oito capítulos que abrangem temas como a vigilância em saúde, fatores de risco, educação para a saúde, dor oncológica e suas classificações, impacto da dor crónica, escalas de avaliação, estratégias terapêuticas e o papel do enfermeiro.

A dor no doente oncológico pode ter origem nociceptiva, neuropática, mista, disfuncional ou irruptiva, cada uma exigindo abordagens específicas. O impacto da dor ultrapassa a dimensão física, afetando o bem-estar psicológico, social e espiritual, com consequências como ansiedade, depressão, perda de autonomia e isolamento.

A avaliação da dor é uma etapa essencial e deve ser realizada com ferramentas apropriadas como a Escala Numérica, Visual Analógica, Qualitativa e a escala FLACC, adaptadas à condição e capacidades do doente. A escolha da escala correta, o registo contínuo e a reavaliação sistemática são fundamentais para um controlo eficaz da dor.

As estratégias de intervenção incluem medidas farmacológicas e não farmacológicas. A Escada Analgésica da Organização Mundial de Saúde é uma ferramenta central na orientação da terapêutica medicamentosa.

A Teoria do Conforto de Kolcaba surge como uma mais-valia no cuidado do enfermeiro, ao focar-se no alívio, tranquilidade e transcendência da pessoa em sofrimento, considerando os contextos físico, psicoespiritual, ambiental e social. Esta teoria permite planear intervenções de enfermagem centradas na promoção do conforto como componente essencial no alívio da dor.

Em conclusão, a dor crónica no doente oncológico requer uma abordagem holística, sistemática e humanizada, onde o enfermeiro desempenha um papel fulcral na vigilância, avaliação e intervenção. A integração de modelos teóricos como o de Kolcaba reforça a prática baseada na evidência, promove o conforto e contribui para a melhoria significativa da qualidade de vida da pessoa com doença oncológica.

Palavras-chave

Vigilância em saúde; Dor crónica; Doente oncológico; Controlo da dor; Teoria de Conforto

Abstract

Chronic pain is one of the main concerns of cancer patients and is a complex phenomenon that significantly affects their quality of life. The aim of this final course work is to analyse nursing skills in the monitoring and control of chronic pain in cancer patients, highlighting pharmacological and non-pharmacological strategies and also to understand the importance of Katharine Kolcaba's Comfort Theory in nursing practice.

The methodology adopted was based on a narrative literature review, consulting documents and recognised institutional sources. This work is structured into eight chapters covering topics such as health surveillance, risk factors, health education, cancer pain and its classifications, the impact of chronic pain, assessment scales, therapeutic strategies and the role of nurses.

Pain in cancer patients can be nociceptive, neuropathic, mixed, dysfunctional or irruptive, each requiring specific approaches. The impact of pain goes beyond the physical dimension, affecting psychological, social and spiritual well-being, with consequences such as anxiety, depression, loss of autonomy and isolation.

Pain assessment is an essential stage and should be carried out using appropriate tools such as the Numeric, Visual Analogue, Qualitative and FLACC scales, adapted to the patient's condition and abilities. Choosing the right scale, continuous recording and systematic reassessment are essential for effective pain control.

Intervention strategies include pharmacological and non-pharmacological measures. The World Health Organisation's Analgesic Ladder is a central tool in guiding drug therapy.

Kolcaba's Comfort Theory is an asset in nursing care, as it focuses on the relief, tranquillity and transcendence of the suffering person, considering the physical, psychospiritual, environmental and social contexts. This theory makes it possible to plan nursing interventions centred on promoting comfort as an essential component of pain relief.

In conclusion, chronic pain in cancer patients requires a holistic, systematic and humanised approach, where nurses play a key role in monitoring, assessing and intervening. The integration of theoretical models such as Kolcaba's reinforces evidence-based practice, promotes comfort and contributes to a significant improvement in the quality of life of people with cancer.

Keywords

Health surveillance; Chronic pain; Oncological patient; Pain control; Comfort theory

Índice

1. Introdução	1
2. Vigilância em Saúde.....	4
2.1. Fatores de Risco.....	5
2.2. Educação para Saúde	6
2.3. Dados Epidemiológicos	7
2.3.1. Dados Epidemiológicos da Dor no Doente Oncológico.....	8
3. Dor	12
3.1. Dor Crónica.....	12
3.2. Dor no doente oncológico	13
3.2.1. Classificação da dor.....	14
3.2.2. Papel dos cuidados paliativos na dor oncológica.....	15
3.3. Impacto da dor crónica no doente oncológico	15
3.3.1. Ansiedade	16
3.3.2. Depressão.....	16
3.3.3. Incerteza sobre o Futuro	17
3.3.4. Perda de controlo e autoestima	17
4. Avaliação da dor.....	19
4.1. Regras e escalas utilizadas para a avaliação da dor	20
4.2. Vantagens e desvantagens das escalas de avaliação da dor	22
5. Estratégias de Intervenção no Controlo da Dor Crónica	25
5.1. Intervenções farmacológicas	25
5.1.1. Analgésicos não opioides.....	27
5.1.2. Opioides.....	29
5.1.3. Fármacos adjuvantes	31
5.2. Intervenções não farmacológicas	32
6. Papel do enfermeiro no controlo da dor	35
6.1. Teorias de Enfermagem	36
6.1.1. Teoria do Conforto Kolcaba	38
6.2. Integração da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba na Prática de Enfermagem	39
7. Análise Crítica	42
8. Considerações finais	45
Referências Bibliográficas.....	47

ANEXOS	52
ANEXO 1 – ESCALA NUMÉRICA	53
.....	53
ANEXO 2 – ESCALA QUALITATIVA	54
.....	54
ANEXO 3 – ESCALA VISUAL ANALÓGICA.....	55
ANEXO 4 – <i>ESCALA DE FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY</i>	56
.....	56
ANEXO 5 – ESCADA ANALGÉSICA OMS.....	57
ANEXO 6 – MECANISMO DE AÇÃO DOS AINES	58
ANEXO 7 – ESTRUTURA TAXONÓMICA DO CONFORTO.....	59
APÊNDICES.....	60
APÊNDICE 1 – SÍNTESE DOS DOCUMENTOS SELECIONADOS.....	61

Índice de figuras

Figura 1- Comparação da Localização de novas Neoplasias entre homens e mulheres em 2018.....	10
Figura 2- Contextualização da Teoria de Conforto.....	40
Figura 3 - Escala Numérica	53
Figura 4 - Escala Qualitativa	54
Figura 5 - Escala Visual Analógica.....	55
Figura 6 - Escala de Face, Legs, Activity, Cry, Consolability.....	56
Figura 7 - Escada Analgésica OMS.....	57
Figura 8 - Mecanismo de ação dos AINEs	58
Figura 9 - Estrutura taxonómica do conforto	59

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Zonas de maior incidência de dor num doente oncológico	9
Gráfico 2- Neoplasias com maior incidência em 2018.....	10

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Classificação dor nociceptiva e neuropática	14
Tabela 2 - Síntese dos documentos selecionados.....	61

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

- AINEs** - Anti-Inflamatórios Não Esteroides
- AEOP** - Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa
- APA** - *American Psychological Association*
- APED** - Associação Portuguesa Para o Estudo da Dor
- AVC** - Acidente Vascular Cerebral
- COX** - Ciclo-oxigenase
- COX 1** - Ciclo-oxigenase-1
- COX 2** - Ciclo-oxigenase-2
- COX 3** - Ciclo-oxigenase-3
- DGS** - Direção-Geral da Saúde
- EN** - Escala Numérica
- EVA** - Escala Visual Analógica
- FLACC** - *Face, Legs, Activity, Cry and Consolability*
- HPV** - Papiloma Vírus Humano
- IASP** - *International Association for the Study of Pain*
- IRA** - Insuficiência Renal Aguda
- OE** - Ordem dos Enfermeiros
- OMS** - Organização Mundial de Saúde
- SNS** - Serviço Nacional de Saúde
- RCAAP** - Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
- REPE** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
- WHO** - *World Health Organization*

1. Introdução

A dor crónica é uma realidade persistente e incapacitante na vida de muitos doentes oncológicos, assumindo-se como uma condição complexa que interfere de forma significativa na sua qualidade de vida. Para além do impacto físico, esta dor prolongada influencia a esfera emocional, social e espiritual, exigindo uma abordagem integrada e contínua por parte dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, cujo papel é fundamental na vigilância, prevenção e controlo eficaz da dor (Barbosa & Neto, 2006).

Neste sentido, a vigilância em saúde surge como um eixo estratégico essencial na identificação precoce de fatores de risco e no acompanhamento do desenvolvimento do cancro, permitindo ao enfermeiro intervir de forma mais eficaz ao longo do percurso da doença. A educação para a saúde, enquanto dimensão promotora do autocuidado e da literacia em saúde, representa igualmente uma ferramenta essencial no empoderamento da pessoa, contribuindo para decisões mais conscientes e participativas (Assembleia da República, 2009).

Após a análise de diversos documentos, procedeu-se à recolha e sistematização de informação relativa aos dados epidemiológicos, com o objetivo de compreender de que forma a dor tem impacto na qualidade de vida do doente.

O controlo da dor crónica deve assentar em estratégias de intervenção diversificadas, que combinem abordagens farmacológicas e não farmacológicas, tendo sempre como prioridade o alívio do sofrimento e a promoção do conforto. Neste contexto, a teoria de enfermagem oferece um enquadramento teórico que orienta e qualifica a prática assistencial.

Neste trabalho, exploramos também a Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba, uma referência central nos cuidados de enfermagem, que valoriza a promoção de conforto, como objetivo essencial da prática clínica. Esta teoria, de médio alcance, permite enquadrar de forma estruturada as intervenções destinadas ao alívio, sofrimento físico, psicoespiritual, social e ambiental do doente, reforçando a importância de estratégias individualizadas e humanizadas no controlo da dor crónica (Tomey & Alligood, 2004).

Deste modo, torna-se essencial compreender quais as melhores estratégias para o controlo da dor crónica no doente oncológico, de forma a planear intervenções, enquadradas na prática de enfermagem, que contribuam para a prevenção e promoção da saúde. Assim, propõe-se como questão central para o trabalho: Quais são as principais estratégias de controlo da dor crónica no doente oncológico?

Para responder à questão de partida, foi definido como objetivo geral, analisar as competências da enfermagem na vigilância em saúde e no controlo da dor crónica em doentes oncológicos, contribuindo para a melhoria da sua qualidade de vida.

Para tal, serão explorados os seguintes objetivos específicos: compreender a importância da vigilância em saúde; analisar o papel do enfermeiro na vigilância do desenvolvimento do cancro; analisar dados epidemiológicos referentes à dor no doente oncológico; compreender as melhores estratégias para o controlo da dor crónica; analisar as escalas de dor utilizadas na escolha do plano terapêutico; integrar a teoria de Kolcaba como suporte à prática de cuidados centrados no conforto e alívio do sofrimento.

Para a concretização deste trabalho, recorreu-se à realização de uma revisão narrativa da literatura, metodologia proposta com intuito de sustentar teoricamente a nossa investigação e assim possibilitar o alcance dos objetivos definidos.

A revisão narrativa da literatura, também designada de revisão tradicional, consiste na descrição e discussão do desenvolvimento do “estado da arte” sobre um determinado assunto, identificando e resumindo o que foi publicado anteriormente, a partir de uma perspetiva teórica ou contextual. O seu principal objetivo é proporcionar uma visão ampla e clara dos estudos e publicações que abordam o assunto em questão (Néné & Sequeira, 2022).

Neste sentido, a metodologia deste trabalho baseia-se neste tipo de revisão, tendo sido realizada uma pesquisa bibliográfica em bases de dados internacionais e plataformas digitais, nomeadamente o RCAAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), Google Académico, PubMed, bem como livros disponíveis na biblioteca e em sites institucionais como a Organização Mundial de Saúde, o Serviço Nacional de Saúde, Direção-Geral da Saúde, Diário da República e Ordem dos Enfermeiros.

Nos respetivos motores de busca, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Vigilância em saúde”, “Controlo da dor crónica”, “Escala de avaliação da dor”, “Intervenções farmacológicas e não farmacológicas”, “Teoria de Conforto de Kolcaba” e por fim “Papel do enfermeiro em cuidados paliativos”.

A revisão narrativa da literatura foi realizada de acordo com as normas de formatação definidas para os trabalhos finais de curso do Instituto Politécnico de Castelo Branco. A organização e citação das fontes seguirão as normas de referenciação da *American Psychological Association* (APA), 6.^a edição, assegurando a padronização e rigor académico na elaboração do trabalho.

A presente revisão narrativa da literatura encontra-se organizada em 8 capítulos que abordam, de forma progressiva, os principais aspetos relacionados com o controlo da dor crónica no doente oncológico, integrando perspetivas de vigilância em saúde, educação para a saúde e a aplicação de modelos teóricos de enfermagem.

No segundo capítulo é abordado o conceito de vigilância em saúde, identificando-se os principais fatores de risco associados à dor crónica no contexto oncológico, assim como o papel da educação para a saúde na prevenção e promoção do bem-estar do utente com dor. De seguida, no terceiro capítulo,

exploram-se os conceitos fundamentais de dor, diferenciando-se a dor crónica da dor aguda e contextualizando a dor no doente oncológico, com destaque para a sua classificação, o papel dos cuidados paliativos e o impacto que a dor crónica exerce na vida da pessoa, nomeadamente ao nível da ansiedade, depressão, incerteza sobre o futuro e perda de controlo e autoestima.

No quarto capítulo é feita uma abordagem centrada na avaliação da dor, com destaque para as escalas de avaliação utilizadas na prática clínica, as suas características, vantagens e limitações. O capítulo cinco é dedicado às estratégias de intervenção no controlo da dor crónica, diferenciando intervenções farmacológicas e não farmacológicas.

No sexto capítulo, aborda-se o papel do enfermeiro no controlo da dor crónica, com especial enfoque na aplicação da Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba como referencial para a prática de enfermagem. Neste sentido, são apresentados os principais conceitos da teoria e a sua integração na prática clínica. O sétimo capítulo corresponde à análise crítica de toda a informação recolhida.

Finalmente, no oitavo capítulo, apresentam-se as considerações finais do trabalho, onde são sintetizadas as principais conclusões, avaliados os objetivos inicialmente propostos e a resposta à nossa questão inicial.

2. Vigilância em Saúde

A vigilância em saúde pública é uma ferramenta essencial para a monitorização contínua do estado de saúde das populações. Permite identificar precocemente riscos para a saúde, como a transmissão de doenças, e facilita a implementação de medidas de prevenção e controlo (Assembleia da República, 2009).

Para compreender a importância da vigilância e da educação na abordagem da dor crónica no doente oncológico, é necessário, em primeiro lugar, enquadrar estes conceitos no âmbito da saúde pública.

A saúde pública é definida como, "...ação coletiva (em colaboração ou organizada) para melhoria sustentada da saúde da população, em larga escala" (Loureiro & Miranda, 2010).

A saúde pública considera que a saúde das populações é influenciada por múltiplos determinantes, como as condições sociais e económicas, o ambiente, os estilos de vida, os fatores biológicos e a organização dos serviços de saúde. Estes determinantes estão na base das desigualdades em saúde e são essenciais para orientar estratégias de vigilância mais justas e eficazes (DGS, 2022).

O sistema de vigilância em saúde pública tem como principal objetivo acompanhar de forma contínua o estado de saúde das populações ao longo do tempo. Este sistema permite identificar riscos relacionados com a transmissão de doenças ou outros problemas de saúde, e visa prevenir a sua entrada ou propagação em território nacional, controlando a origem e a evolução destes fenómenos (Assembleia da República, 2009).

A definição dos processos e métodos para esta vigilância é regulamentada por portarias do Governo, que asseguram a coordenação das diferentes entidades envolvidas, nomeadamente a Direção-Geral da Saúde, o Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, as autoridades de saúde locais, os serviços de saúde pública regionais e os serviços de saúde pública locais ligados aos agrupamentos de centros de saúde ou unidades locais de saúde (Assembleia da República, 2009; Ordem dos Enfermeiros, 2008).

No contexto da dor crónica no doente oncológico, a vigilância em saúde desempenha um papel central na avaliação sistemática do estado de saúde da pessoa, possibilitando a deteção de alterações no padrão da dor e a adequação das intervenções terapêuticas. Através da observação regular dos sintomas, é possível acompanhar a evolução da dor e promover respostas mais eficazes, centradas nas necessidades individuais de cada doente (Diniz et al., 2001).

O Plano Nacional de Luta Contra a Dor reforça a importância de uma abordagem multidisciplinar e estruturada, que integre instrumentos específicos de avaliação como as escalas da dor, e promova a reavaliação frequente dos sintomas (Diniz et al., 2001).

De igual modo, a Associação Portuguesa de Enfermeiros Oncológicos destaca a relevância da utilização de registos sistematizados, como o diário da dor, que permitem documentar a experiência do doente e apoiar a tomada de decisão clínica. Esta prática contínua contribui significativamente para um controlo mais eficaz da dor e para a melhoria da qualidade de vida dos doentes oncológicos (Raposo et al., 2015).

2.1. Fatores de Risco

A dor no doente oncológico é uma realidade complexa e multifatorial, sendo influenciada por diversos fatores de risco que agravam ou dificultam o seu controlo. Reconhecer e compreender estes fatores é essencial para uma vigilância eficaz, e para a implementação de estratégias personalizadas de controlo da dor, promovendo assim uma melhoria significativa na qualidade de vida do doente.

Segundo o Serviço Nacional de Saúde, um fator de risco “aumenta a probabilidade de uma pessoa vir a desenvolver uma doença.”(SNS 24, 2025).

Os fatores de risco são incluídos nos hábitos pessoais e na exposição ao meio que nos rodeia, logo há uma maior predisposição de ocorrer uma determinada doença. Ainda assim, estes podem ser modificados, através de campanhas de promoção da saúde e prevenção da doença (Bonita et al., 2010).

Os fatores de risco associados ao cancro podem ser imutáveis ou mutáveis. Os fatores de risco imutáveis são aqueles que não podem ser alterados, temos como exemplos os fatores genéticos (predisposição), a idade, o sexo e etnias (SNS 24, 2025).

Os fatores de risco mutáveis podem ser modificados, como exemplos temos o álcool, tabaco, hábitos alimentares - dieta inadequada (excesso de peso e obesidade), baixa atividade física, infeção por alguns vírus (HPV – Vírus do Papiloma Humano, hepatites B e C), bactérias ou parasitas, a elevada exposição à radiação solar, fatores ambientais (exposição a agentes nocivos e tóxicos) (Assembleia da República, 2023; OECD, 2023; SNS 24, 2025).

Segundo a Liga Portuguesa contra o Cancro, é fundamental destacar que a vigilância contínua e a identificação precoce dos fatores de risco são essenciais para a prevenção e o controlo eficaz do cancro. Além disso, recomenda também que, caso haja suspeita de risco elevado de vir a desenvolver cancro, o paciente deve discutir essas preocupações com um médico, que poderá sugerir formas de reduzir o risco e elaborar um calendário para a realização de exames (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.).

Promover a saúde e prevenir a doença são estratégias fundamentais para controlar os fatores de risco ligados ao surgimento de neoplasias, já que esses fatores influenciam diretamente o aparecimento de novos casos, a progressão e o

agravamento da doença já existente. Desta forma, é importante reforçar políticas de saúde pública para promover estilos de vida saudáveis desde cedo, articuladas com estratégias de vigilância eficazes (Assembleia da República, 2023).

No contexto do controlo da dor crónica em doentes oncológicos, a prevenção, o diagnóstico precoce e o acompanhamento contínuo são fundamentais nestas situações específicas. O nosso investimento na promoção da saúde e na vigilância ativa, são pilares essenciais para melhorar a qualidade de vida dos doentes.

2.2. Educação para Saúde

A educação é essencial para a saúde, não apenas pelos conhecimentos específicos que transmite, mas sobretudo porque desenvolve competências gerais, como o pensamento crítico e a capacidade de tomar decisões informadas. Neste sentido, a Educação para a Saúde assume um papel fundamental na promoção da autonomia dos indivíduos e das comunidades, ao capacitá-los para adotarem comportamentos mais saudáveis e conscientes (Loureiro & Miranda, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1998), a educação para a saúde consiste em “qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes” (Direção-Geral da Educação, n.d., p.4).

Esta abordagem educativa é especialmente relevante no contexto da doença oncológica e da dor crónica, onde a informação clara e adaptada às necessidades do doente permite melhorar a adesão ao tratamento, o controlo dos sintomas e a qualidade de vida.

A Carta de Ottawa (1986), é considerada um marco histórico na definição das bases da promoção da saúde. Reforça que a promoção da saúde consiste no processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la, destacando que a saúde é determinada por fatores como paz, habitação, educação, alimentação, rendimento, ambiente estável, justiça social e equidade. Nesse sentido, a educação para a saúde é identificada como uma das principais áreas de ação, ao lado da criação de ambientes favoráveis, do reforço da ação comunitária, do desenvolvimento de políticas públicas saudáveis e da reorientação dos serviços de saúde (Instituto de Administração da Saúde, n.d.; WHO, n.d.).

A educação para a saúde, portanto, não se limita à mera transmissão de informação. Envolve a construção de conhecimento, atitudes e capacidades que permitam aos indivíduos tomar decisões informadas e autónomas, num processo contínuo de capacitação.

No caso da dor crónica no doente oncológico, a educação para a saúde contribui para o aumento da literacia em saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida.

A Estratégia Nacional para a Literacia em Saúde, define literacia em saúde como o conjunto de “competências cognitivas e sociais e a capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem informação de formas que promovam e mantenham boa saúde” (SNS, 2016).

A literacia permite ao doente compreender os mecanismos da dor, os objetivos da terapêutica, os possíveis efeitos adversos e a importância da adesão, favorecendo a sua autonomia e a sua capacidade de autocontrolo (DGS, 2019; SNS, 2016).

Assim, a educação para a saúde, sustentada pelos princípios da Carta de Ottawa (1986), pelas orientações da Organização Mundial de Saúde e pelas estratégias nacionais definidas pelo SNS (2016), assume-se como uma ferramenta essencial na promoção da autonomia e na melhoria da literacia em saúde. No caso do doente oncológico com dor crónica, este processo educativo revela-se particularmente importante, uma vez que contribui para uma melhor compreensão da sua condição e promove comportamentos de autocuidado. Desta forma, a educação para a saúde torna-se um elemento determinante no controlo da dor e na melhoria da qualidade de vida destes doentes, refletindo-se numa intervenção de enfermagem mais eficaz, humanizada e centrada na pessoa.

2.3. Dados Epidemiológicos

A epidemiologia teve as suas raízes nas observações feitas por Hipócrates, há mais de dois mil anos, ao reconhecer que fatores ambientais podiam influenciar a ocorrência de doenças. Contudo, só a partir do século XIX é que se começou a medir, de forma sistemática e em larga escala, a distribuição das doenças em grupos populacionais específicos (Bonita et al., 2010).

A abordagem epidemiológica baseada na comparação de coeficientes de doenças entre subgrupos populacionais tornou-se uma prática corrente no final do século XIX e início do século XX. Inicialmente, esta metodologia foi aplicada sobretudo com o intuito de controlar doenças transmissíveis. Mais tarde, foi também utilizada no estudo das relações entre condições ou agentes ambientais e doenças específicas. Já na segunda metade do século XX, estes métodos passaram a ser amplamente utilizados na investigação de doenças crónicas não transmissíveis, como as doenças cardíacas e o cancro, particularmente nos países industrializados (Bonita et al., 2010).

A epidemiologia pode ser definida como o estudo da distribuição e dos determinantes de estados ou eventos relacionados com a saúde em populações específicas, assim como a sua aplicação na prevenção e controlo dos problemas

de saúde. Esta definição demonstra que os epidemiologistas não se preocupam apenas com a doença, a incapacidade ou a morte, mas também com a melhoria dos indicadores de saúde e com estratégias para a promoção da saúde. Em termos simples a epidemiologia estuda onde, quando e em quem os problemas de saúde ocorrem e porque ocorrem, para que se possa controlar ou prevenir esses problemas (Last, 2001).

O foco de um estudo epidemiológico é sempre uma população humana, que pode ser delimitada por critérios geográficos. Neste trabalho iremos focar-nos principalmente nos dados epidemiológicos da dor num doente oncológico (Bonita et al., 2010).

Os dados epidemiológicos são importantes para retratar os dados quantitativos e os qualitativos, através desses conseguimos perceber como a dor no doente oncológico é debilitante e incapacitante. Recorremos a estes dados para poder fazer uma vigilância mais apertada e de certa forma avaliar quais são os tipos de dor que apresentam uma maior incidência e prevalência nas pessoas com cancro. Dentro da epidemiologia podemos estudar a incidência e a prevalência, sendo que a primeira mostra o número de novos casos ocorridos em um certo período numa determinada população. A segunda menciona o número de casos novos e os já existentes encontrados numa população estipulada em um determinado período de tempo (Bonita et al., 2010).

2.3.1. Dados Epidemiológicos da Dor no Doente Oncológico

Foram analisados vários documentos não só com o intuito de recolher informação relativamente aos dados epidemiológicos, mas também de perceber de que forma a dor afeta o bem-estar do utente e de que forma esta pode ser controlada.

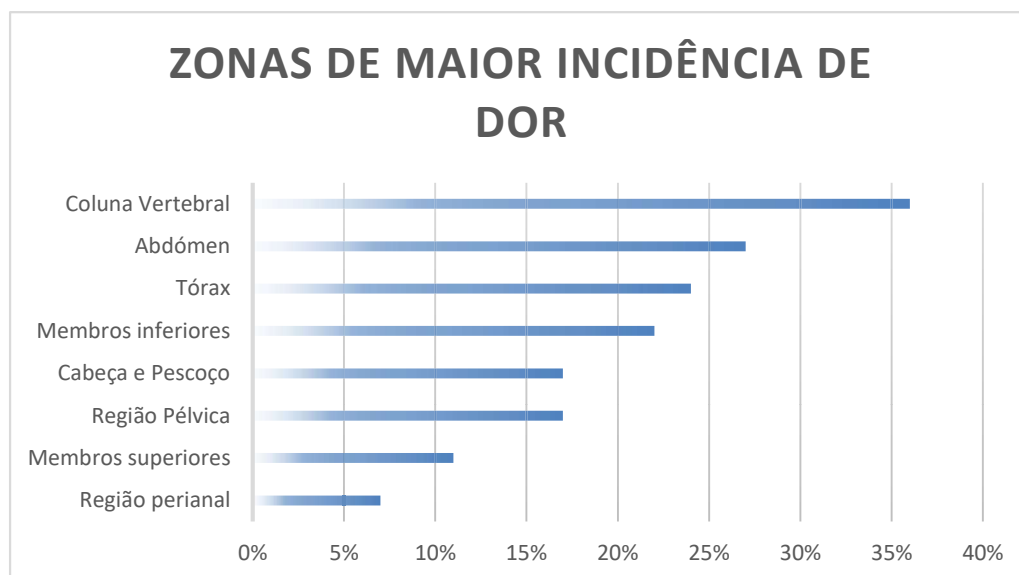
A dor é o sintoma mais frequente em oncologia e representa, em cerca de 30% dos casos, a queixa inicial que conduz ao diagnóstico. Estima-se que aproximadamente 50% dos doentes oncológicos sofram de dor em algum momento do percurso da doença, cerca de 40% nas fases iniciais, 70% em fases avançadas e até 90% nas fases terminais (Cordeiro et al., 2022).

Quanto ao tipo de dor, esta pode ser nociceptiva somática, observada em 71% dos casos, neuropática, em 40%, nociceptiva visceral, em 35%, ou ainda mista ou irruptiva. Importa referir que mais de 25% dos doentes oncológicos apresentam simultaneamente mais do que um tipo de dor (Cordeiro et al., 2022).

O gráfico seguinte pretende demonstrar as zonas de maior incidência de dor num doente oncológico.

Gráfico 1- Zonas de maior incidência de dor num doente oncológico

Fonte: Adaptado de Familiar, A. P. (2022). A dor no doente oncológico: avaliação e abordagem terapêutica. Obtido de APMGF: <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2022/08/DorDoenteOncologico.pdf>



A incidência e a prevalência das doenças oncológicas têm vindo a aumentar de forma significativa, tanto em Portugal como a nível global. Em 2018, a OMS estimou que ocorreram cerca de 18,1 milhões de novos casos de cancro em todo o mundo (DGS, 2021).

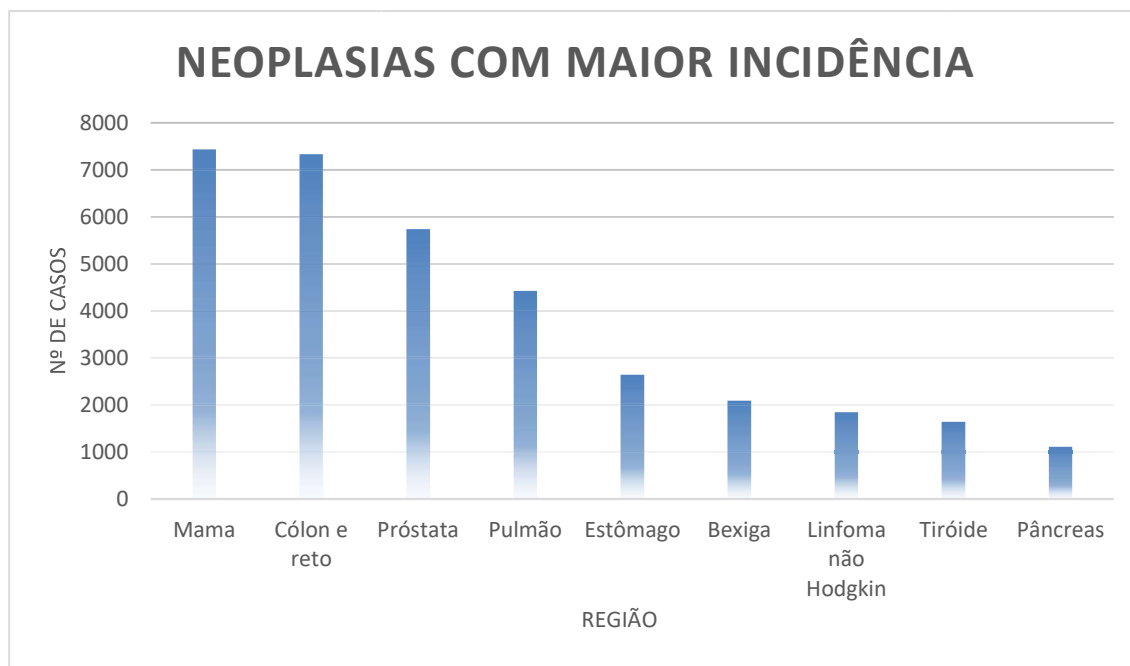
Este aumento da incidência deve-se, sobretudo, ao envelhecimento da população e à exposição crescente a fatores oncogénicos. Estes agentes podem ser de origem ambiental como o consumo de tabaco e álcool, ou a poluição. Podem também ser de origem vírica, com destaque para o vírus do papiloma humano (HPV) e os vírus das hepatites. Adicionalmente, a adoção progressiva de estilos de vida sedentários, comuns nas sociedades ocidentais, tem contribuído para este panorama. A falta de atividade física, aliada a uma alimentação desequilibrada, agrava o risco de desenvolvimento de neoplasias (DGS, 2021).

Em 2018 foram diagnosticados em Portugal 50 151 casos de cancro, o que representa um incremento de mais 3 427 face a 2010. As neoplasias com maior incidência nesse ano foram, por ordem de frequência, as da mama, cólon-retos, próstata, pulmão e estômago. Entre as dez localizações tumorais mais comuns, o pulmão, a bexiga e o pâncreas estão intimamente ligadas ao tabagismo, sendo responsáveis por um em cada seis novos diagnósticos. As outras duas, mama e cólon-retos contam com programas de rastreio populacional, mas continuam a perfazer um terço dos novos casos anuais (DGS, 2021).

O gráfico em seguida representa o número de casos de novas neoplasias e a sua localização em 2018.

Gráfico 2- Neoplasias com maior incidência em 2018

Fonte: Adaptado de Direção-Geral da Saúde. (2021). *Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021-2030*. Obtido de Ministério da Saúde: [https://www.ivv.gov.pt/np4/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=10031&fileName=Estrat_gia_Nacional_de_Luta_Contra_o_Can.pdf](https://www.ivv.gov.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=10031&fileName=Estrat_gia_Nacional_de_Luta_Contra_o_Can.pdf)



Para além disso, é importante fazer distinção entre homens e mulheres, e tendo em conta este aspeto, os próximos gráficos demonstram as diferenças entre eles no que toca ao surgimento de neoplasias em 2018.

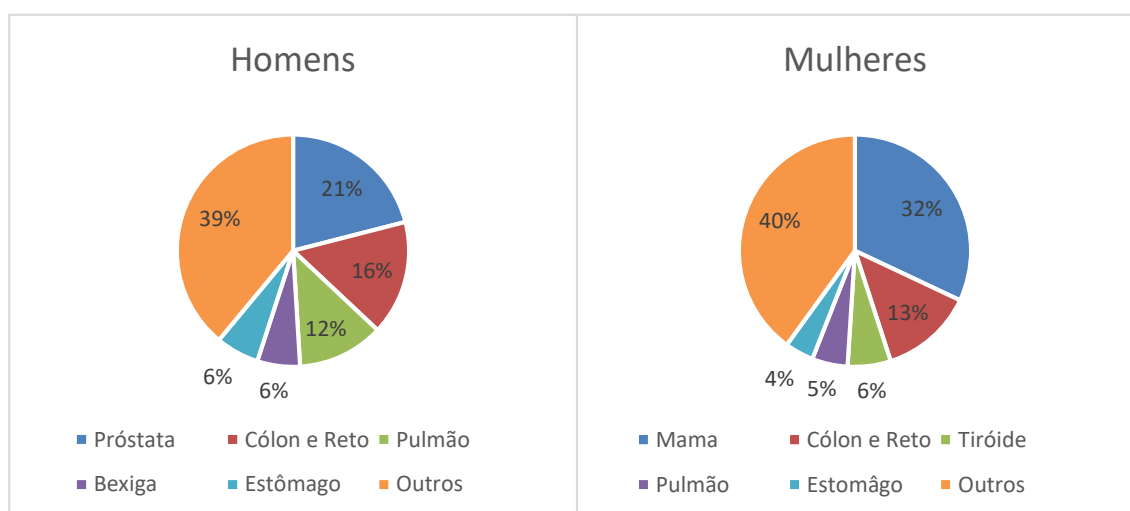


Figura 1- Comparação da Localização de novas Neoplasias entre homens e mulheres em 2018

Fonte: Adaptado de Direção-Geral da Saúde. (2021). *Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021-2030*. Obtido de Ministério da Saúde:

[https://www.ivv.gov.pt/np4/%7B\\$clientServletPath%7D/?newsId=10031&fileName=Estrat_gia_Nacional_de_Luta_Contra_o_Can.pdf](https://www.ivv.gov.pt/np4/%7B$clientServletPath%7D/?newsId=10031&fileName=Estrat_gia_Nacional_de_Luta_Contra_o_Can.pdf)

No contexto das doenças crónicas, como o cancro, a epidemiologia oferece ferramentas essenciais para monitorizar a evolução da incidência e da mortalidade, avaliar o impacto das políticas de saúde e antecipar necessidades futuras dos sistemas de cuidados. Ao quantificar o peso dos fatores de risco modificáveis, contribui diretamente para orientar campanhas de promoção da saúde e medidas legislativas mais eficazes.

Em suma, podemos dizer que a epidemiologia não se limita à recolha de dados, é um instrumento crítico para a tomada de decisões informadas, para a equidade no acesso à saúde e para a construção de respostas sustentadas e adaptadas às reais necessidades das populações.

3. Dor

A dor é uma experiência comum à condição humana, estando presente em diferentes fases de vida e contextos clínicos. No caso dos doentes oncológicos, assume particular relevância pela sua frequência, intensidade e impacto na qualidade de vida. Antes de abordarmos as especificidades da dor neste grupo, é importante compreender o conceito de dor e as suas principais classificações (Barbosa & Neto, 2006).

Em 2020, pela primeira vez desde 1979, a *International Association for the Study of Pain* (IASP) e *Task-force*, atualizaram a definição oficial de dor. Esta nova definição procura refletir melhor a complexidade e os vários aspetos da dor, tanto sensoriais como emocionais, com o objetivo de melhorar a forma como esta é avaliada e tratada. A definição proposta descreve a dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou semelhante àquela relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos” (IASP, 2020).

Depois de compreender o que é a dor e a sua complexidade, é importante abordar a dor crónica, uma forma de dor que persiste e que pode ter um impacto significativo na vida das pessoas, tema que será desenvolvido no capítulo seguinte.

3.1. Dor Crónica

A dor crónica é reconhecida como uma condição de saúde complexa e multifatorial, definida pela IASP como uma dor que persiste mais de 3 meses, ultrapassando o tempo habitual de recuperação de uma lesão ou doença (IASP, n.d.-b, n.d.-a).

A dor crónica tanto pode ser constante como atuar de forma intermitente, acabando por influenciar a vida diária e interferir no bem-estar físico e emocional do doente. Esta condição pode resultar de um problema de saúde atual ou manter-se mesmo após a resolução da lesão ou do fator desencadeante inicial (IASP, n.d.-a; Portela & Neto, n.d.).

A dor crónica, geralmente é acompanhada por um conjunto complexo de alterações somáticas e psicossociais, que constituem uma parte integrante do problema da dor crónica e intensificam consideravelmente o sofrimento do doente. Essas alterações incluem a imobilização e, por conseguinte, o enfraquecimento dos músculos e das articulações, distúrbios do sono, falta de apetite, dependência medicamentosa, dependência da família e dos profissionais de saúde, menor rendimento no trabalho ou incapacidade de realizar certas atividades, isolamento social, ansiedade e depressão (Rodrigues, 2007).

O controlo da dor crónica exige, muitas vezes, uma abordagem global que combine intervenção médica, mudanças no estilo de vida e apoio emocional (IASP, n.d.-a).

Importa ainda referir que o tratamento eficaz da dor crónica pode muitas vezes começar com uma gestão adequada da dor aguda, dado que esta pode reduzir significativamente o risco de evolução para dor crónica. Alguns doentes hesitam em falar da dor, por medo de que esta indique um agravamento da doença, dos efeitos indesejáveis ou da possível perda de eficácia dos medicamentos ao longo do tempo (Gonçalves, 2019).

Embora o foco principal deste trabalho seja a dor crónica, especialmente no contexto do doente oncológico, é importante, de forma breve, referir também a dor aguda.

A dor aguda é uma resposta imediata a uma lesão ou agressão do organismo e atua como um sinal de alarme com valor diagnóstico. Tem uma função protetora, sendo essencial para identificar e tratar precocemente diversas patologias. No entanto, quando mal controlada ou prolongada no tempo, pode evoluir para dor crónica. Um dos exemplos comuns, incluem a dor pós-operatória, onde o controlo eficaz é fundamental para prevenir complicações e promover recuperação (APED, n.d.).

Em suma, a dor aguda e a dor crónica diferenciam-se não apenas pela sua duração, mas também pelo seu impacto na vida do doente. Reconhecer estas diferenças é essencial para uma avaliação adequada e para a implementação de estratégias de intervenção eficazes que promovam o alívio do sofrimento e a melhoria da qualidade de vida dos utentes.

3.2. Dor no doente oncológico

A dor oncológica é a dor que está relacionada com o cancro. Não corresponde a uma manifestação única, pois pode ter várias causas, localizações no corpo e formas de se manifestar. Cada pessoa pode sentir esta dor de maneira diferente, e em alguns casos, ela forma um conjunto de sintomas específicos que ajudam a entender melhor a sua origem. Identificar este tipo de dor pode ser útil para perceber o que a está a causar, orientar os exames necessários, prever como poderá evoluir e escolher o melhor tratamento (Cordeiro et al., 2022).

No entanto, a dor no doente oncológico vai além do que é apenas físico. Envolve também o lado emocional, os pensamentos, o comportamento e até as relações com os outros. Esta dor pode surgir de forma aguda, ou crónica. Por sua vez, pode estar também associada a outras doenças que o utente já possuía (Pimentel et al., 2022).

Para além disso, a dor pode variar com o tempo, conforme a evolução da doença e também pela forma como o doente lida com a situação e o apoio que recebe da família e amigos. Por esta razão, é importante analisar a dor oncológica como algo que afeta a pessoa como um todo, ou seja, o corpo, a mente e o seu bem-estar social (Pimentel et al., 2022).

3.2.1. Classificação da dor

Com base no que foi descrito anteriormente, é importante referir que a dor oncológica pode ser classificada em cinco tipos, tais como, dor nociceptiva, dor neuropática, mista, disfuncional e irruptiva (Pimentel et al., 2022).

A tabela seguinte pretende representar a subdivisão da dor nociceptiva e neuropática, adaptada do *Guia Prático de Controlo Sintomático* da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (2021).

Tabela 1- Classificação dor nociceptiva e neuropática

Dor nociceptiva		Dor neuropática	
Somática	Visceral	Disestésica	Lancinante
Boa resposta ao tratamento		Mais difícil de tratar	

A nociceptiva está associada ao dano tecidual causado por lesões somáticas ou viscerais com estimulação dos nociceptores. Divide-se em dor somática, como exemplificado na tabela acima e classificada como “moedeira” e bem localizada, no caso de uma infiltração tumoral (Freire et al., 2021; IASP, n.d.-c).

Além disso, pode também ser descrita como dor visceral, geralmente relatada como “aperto” e mal localizada. Ambos os tipos de dor costumam ter uma boa resposta ao tratamento (Freire et al., 2021).

A neuropática resulta de uma lesão nervosa que atinge o sistema nervoso central ou periférico. Pode ser disestésica, caracterizada por ardor constante e alodínia, isto é, dor desencadeada por estímulos normalmente não dolorosos, como na neuropatia pós-quimioterapia (Gonçalves, 2019; IASP, n.d.-c).

Pode também ser do tipo lancinante quando apresenta um quadro de dor que inclui paroxismos, tipo choque. É importante salientar que, ao contrário da dor nociceptiva, a dor neuropática apresenta uma dificuldade acrescida quanto ao processo de tratamento (Freire et al., 2021).

Quanto à dor mista, esta envolve simultaneamente mecanismos nociceptivos e neuropáticos, ou seja, apresenta uma combinação de lesões teciduais e envolvimento do sistema nervoso (Santos, 2008).

A disfuncional, por sua vez, não está associada a uma lesão neuronal nem com qualquer processo inflamatório identificável. Caracteriza-se pela presença de sintomas positivos (Freire et al., 2021).

Por fim, importante considerar a definição de dor irruptiva. Segundo o documento da APED- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, é caracterizada “como uma exacerbação transitória de dor que pode ocorrer quer espontaneamente, quer em relação a um fator desencadeante, previsível ou não, num contexto de dor relativamente estável e adequadamente controlada” (Pimentel et al., 2022, p.2).

3.2.2. Papel dos cuidados paliativos na dor oncológica

Dada a complexidade da dor oncológica e o impacto profundo que tem na vida da pessoa, os cuidados paliativos surgem como uma resposta essencial. Estes cuidados destinam-se a acompanhar pessoas com doenças graves, prolongadas ou progressivas, com o objetivo de aliviar o sofrimento e melhorar ao máximo a qualidade de vida da pessoa doente e da sua família (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, n.d.; SNS, 2021).

Os cuidados paliativos são cuidados de saúde ativos e exigentes, que combinam conhecimento técnico com sensibilidade humana, permitindo que o sofrimento seja aliviado de forma eficaz. Quando não é possível eliminar a dor por completo, procura-se que esta se torne tolerável (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, n.d.).

Os cuidados paliativos baseiam-se numa abordagem abrangente que inclui o controlo eficaz dos sintomas, bem como o apoio emocional, psicológico e espiritual do utente, estendendo-se também ao acompanhamento da família, incluindo o período de luto. Esta resposta global exige a atuação coordenada de uma equipa interdisciplinar, que trabalham em conjunto para garantir uma intervenção centrada no utente (Hospital da Luz, 2019).

3.3. Impacto da dor crónica no doente oncológico

A dor crónica em contexto oncológico representa um dos sintomas mais prevalentes e debilitantes, afetando profundamente a qualidade de vida dos doentes (Portela & Neto, n.d.).

Esta condição, muitas vezes subavaliada ou subtratada, constitui um desafio complexo para os profissionais de saúde, não apenas pela sua componente física, mas também pelas implicações emocionais, sociais e funcionais que acarreta (Rodrigues, 2007).

Num cenário em que o controlo da dor é parte integrante dos cuidados paliativos e da abordagem multidisciplinar ao doente oncológico, torna-se essencial compreender o verdadeiro impacto da dor crónica nesta população. A presença contínua de dor pode contribuir para o agravamento de estados de ansiedade, depressão, isolamento social, distúrbios do sono e perda de autonomia, interferindo diretamente no bem-estar global do doente (Rodrigues, 2007).

Neste trabalho será analisado o impacto que a dor crónica tem no doente oncológico.

3.3.1. Ansiedade

A dor, particularmente quando crónica, exerce uma influência direta e significativa sobre os níveis de ansiedade. Esta, interfere na perceção da dor, criando um ciclo de retroalimentação: a dor aumenta a ansiedade e esta, por sua vez, amplifica a perceção da dor. Enquanto a dor aguda é geralmente controlável com intervenção terapêutica adequada o que leva a uma diminuição da ansiedade, a dor crónica apresenta-se como persistente e de difícil alívio. Os tratamentos farmacológicos existentes muitas vezes não conseguem eliminar totalmente a dor, o que contribui para o aumento da ansiedade e perpetua o sofrimento (Rodrigues, 2007; Serra, 2011).

Neste contexto, a condição de doença crónica, nomeadamente a dor crónica, é vivida como um estado de fragilidade constante, marcado não apenas pelo dano físico, mas também por uma perda de qualidade de vida e de prazer. Esta realidade traduz-se num sentimento de privação e numa dependência contínua de apoio profissional, familiar e medicamentoso, fatores que por si só geram ansiedade adicional (Rodrigues, 2007).

3.3.2. Depressão

É comum que qualquer pessoa, em determinado momento da vida, experimente sentimentos de tristeza. De facto, estados emocionais temporários de melancolia ou desânimo são reações normais diante de situações difíceis. No entanto, quando esses sentimentos se tornam persistentes e intensos, podem indicar a presença de uma patologia: a depressão. Esta é uma das perturbações mentais mais prevalentes e tratáveis, afetando pessoas de todas as idades, origens étnicas, condições sociais ou económicas (Rodrigues, 2007; Serra, 2011).

As causas da depressão são múltiplas e interdependentes, abrangendo fatores de natureza psicológica, relacional, genética e biológica. Entre estes incluem-se distúrbios nos biorritmos, alterações no sono, metabolismo dos neurotransmissores e condições sociais adversas (Rodrigues, 2007).

Tal como acontece com a ansiedade, a dor crónica desempenha um papel relevante no desenvolvimento da depressão. Indivíduos que sofrem de dor crónica têm maior probabilidade de desenvolver quadros depressivos do que aqueles que não convivem com dor. Do mesmo modo, a depressão também pode influenciar a perceção da dor, uma vez que uma maior preocupação com a dor tende a intensificá-la. A intensificação dos sintomas depressivos pode estar associada ao agravamento da dor crónica, frequentemente potenciado por privação de sono, isolamento social e laboral, e cansaço extremo (Rodrigues, 2007).

Para além disso o impacto emocional da dor crónica, que envolve frequentemente dependência de terceiros e um sentimento contínuo de fragilidade, contribui também para o aparecimento e manutenção da depressão (Rodrigues, 2007).

3.3.3. Incerteza sobre o Futuro

A vivência de uma doença crónica mais precisamente oncológica é frequentemente acompanhada por um sentimento profundo de incerteza quanto ao futuro. Os doentes veem-se confrontados com dúvidas persistentes acerca da evolução do seu estado clínico, bem como com a possibilidade de morte prematura. Para além disso, qualquer alteração física ou sintoma, por mais leve que seja, pode ser interpretado como um sinal de agravamento da doença, o que alimenta medos e preocupações constantes. Receios estes, que podem ser ainda intensificados por acontecimentos externos, como notícias veiculadas pelos meios de comunicação sobre situações semelhantes, ou mesmo pelo simples agendamento de uma consulta médica de seguimento (Cardoso et al., 2011).

Numa fase mais avançada da patologia, o confronto com o fim da vida torna-se inevitável. Esta etapa é marcada por uma consciência crescente das suas consequências, nomeadamente a interrupção dos planos para o futuro e o afastamento das relações afetivas que sustentam a sua identidade e bem-estar emocional. A antecipação da morte pode desencadear sentimentos de isolamento e solidão, mesmo na presença de familiares, amigos ou profissionais de saúde. O doente, apesar de acompanhado, pode experienciar um profundo sentido de distanciamento, como se estivesse a aproximar-se o seu fim. Esta vivência interior complexa revela a importância de um acompanhamento psicológico e emocional sensível e contínuo, capaz de responder não apenas às necessidades clínicas, mas também às dimensões existenciais da experiência da doença (Cardoso et al., 2011).

3.3.4. Perda de controlo e autoestima

A adaptação à situação de doença tende a ser facilitada quando o doente sente que pode adotar comportamentos com potencial impacto positivo na evolução do seu estado clínico. Exemplo disso é o cumprimento de uma dieta alimentar adequada ou a prática de exercício físico regular. Nestes casos, o envolvimento ativo na gestão da doença contribui para uma maior sensação de controlo e esperança (Cardoso et al., 2011).

No entanto, em doenças oncológicas, os utentes não dispõem, em geral, de fatores modificáveis com impacto evidente na progressão da patologia. De uma forma geral, os doentes que encaram a sua condição de saúde de forma construtiva e proativa, com o objetivo de influenciar positivamente a sua evolução, revelam melhor capacidade de adaptação. Pelo contrário, os que sentem que nada está ao seu alcance e que não há qualquer ação possível para alterar o curso da doença, apresentam maior vulnerabilidade e conseqüentemente potenciam o desenvolvimento de quadro desfavoráveis à sua recuperação (Cardoso et al., 2011).

Na fase terminal, os doentes enfrentam perdas concretas decorrentes do avanço da doença, mas também perdas antecipadas, ligadas à consciência da morte iminente. A sensação de perda de controlo torna-se mais acentuada, à medida que a doença progride e os sintomas persistem, muitas vezes, apesar dos tratamentos instituídos (Cardoso et al., 2011).

Podem ainda surgir sentimentos de diminuição da autoestima e de desvalorização, frequentemente associados à redução da capacidade funcional, à perda de estatuto social e às alterações da imagem corporal. Estas vivências contribuem para um sofrimento psicológico significativo, que deve ser reconhecido e abordado de forma adequada no âmbito dos cuidados prestados (Wise & Rundell, 2018).

4. Avaliação da dor

A dor é uma experiência subjetiva e deve ser reconhecida como tal, sendo aquilo que o doente diz sentir. Por este motivo, deve ser avaliada com a mesma importância que os restantes sinais vitais (Freire et al., 2021).

Segundo a norma Nº 09/DGCG, da Direção-Geral da Saúde, daqui em diante referida como DGS, *“Importa, assim, que a Dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas, de todas as idades, que sofram de Dor Aguda ou Dor crónica, qualquer que seja a sua origem, elevando o registo da sua intensidade à categoria equiparada de sinal vital.”* (DGS, 2003, pag.4).

As principais ferramentas para essa avaliação consistem em diferentes escalas, que serão abordadas posteriormente.

Para que o tratamento da dor seja eficaz, é fundamental uma história clínica bem organizada, que inclua uma caracterização detalhada da dor e um diagnóstico baseado na sua origem fisiopatológica (Freire et al., 2021).

Para isso, é fundamental compreender o tipo de dor, a sua evolução temporal, a localização e irradiação, fatores de alívio ou agravamento, intensidade, sintomas associados, impacto nas atividades diárias e resposta a tratamentos anteriores. Identificar a causa e reavaliar a resposta à terapêutica permite ajustar o plano de cuidados de forma eficaz (Ferreira et al., 2024).

Neste sentido, é essencial que o doente consiga descrever com clareza a dor que sente, pois, essa descrição é determinante para um diagnóstico mais acertado. Utilizar palavras simples e objetivas ajuda os profissionais a compreender melhor a experiência dolorosa e a traçar um plano terapêutico adequado (Ferreira et al., 2024).

Assim, o profissional poderá questionar sobre a localização da dor, se é difusa ou localizada, se irradia, quando começou, como varia ao longo do dia, que tipo de dor é, qual a sua intensidade, o que agrava ou alivia, e de que forma interfere no sono, apetite, autocuidado, vida social e estado emocional (Batalha, 2016).

Além disso, é importante avaliar se existe dor contínua e episódios mais intensos e súbitos, que podem surgir mesmo quando a dor habitual está controlada. Sempre que possível, a intensidade da dor deve ser quantificada, o que ajuda a personalizar o tratamento. Também se deve considerar a existência de outros sintomas associados, que podem ajudar a compreender melhor a origem da dor (Ferreira et al., 2024).

A manutenção de um registo diário da dor, do seu impacto, da medicação utilizada e da sua eficácia é uma ferramenta valiosa para acompanhar a evolução

do estado clínico e ajustar as intervenções de forma eficaz e individualizada (Castanheira et al., 2015).

Sistematizando o que foi descrito anteriormente, a avaliação rigorosa, contínua e sistemática da dor é essencial para garantir um controlo eficaz e humanizado dos sintomas. Reconhecer a dor como um sinal vital implica não só escutá-la, mas também quantificá-la, registar a sua evolução e reavaliar periodicamente a sua intensidade e impacto. Só assim será possível ajustar, de forma individualizada, o plano terapêutico, promovendo a qualidade de vida do doente e uma resposta clínica adequada às suas necessidades.

4.1. Regras e escalas utilizadas para a avaliação da dor

A utilização de escalas de avaliação da dor é reconhecida como uma norma de boa prática na prestação de cuidados de saúde em Portugal (DGS, 2003).

Serão abordadas as escalas de avaliação da dor de acordo com a norma nº09/DGCG do ano 2003 da Direção-Geral da Saúde, utilizadas no contexto do estágio em cuidados paliativos, tais como, a escala numérica, qualitativa, visual analógica e a escala de FLACC. A escala de faces, embora mencionada pela DGS como importante ferramenta para avaliação da dor não será incluída, uma vez que não foi utilizada neste contexto específico. Contudo, importa referir que cada doente é único e, caso se justificasse, esta poderia ter sido aplicada.

A avaliação da dor é reconhecida como uma prioridade nos cuidados de saúde, sendo considerada o 5.º sinal vital. Neste sentido, a norma nº09/DGCG, referida anteriormente, define regras fundamentais para a aplicação das escalas de avaliação da dor, garantindo a sua correta utilização na prática clínica (DGS, 2003).

A intensidade da dor pode avaliar-se com recurso a qualquer das escalas propostas. Primeiramente a intensidade da dor é sempre a referida pelo doente. Seguidamente à semelhança dos sinais vitais, a intensidade da dor registada refere-se ao momento da sua colheita. Para além disso, as escalas propostas aplicam-se a doentes conscientes e colaborantes, com idade superior a 3 anos (DGS, 2003).

Existem, contudo, outros métodos de avaliação específicos, não incluídos na presente norma, para doentes que não preencham estes critérios.

É necessário entender que a escala utilizada, para um determinado doente, deve ser sempre a mesma e que para uma correta avaliação da intensidade da dor é necessária a utilização de uma linguagem comum entre o profissional de saúde e o doente, que se traduz por uma padronização da escala a utilizar e pelo ensino prévio à sua utilização (DGS, 2003; dor.com.pt, n.d.).

Por último, é fundamental que o profissional de saúde assegure que o doente compreenda, corretamente, o significado e a utilização da escala utilizada (DGS, 2003).

Importa referir que estas regras não se aplicam à escala de FLACC visto que, são utilizadas em crianças menores de 4 anos, não capazes de expressar a sua dor e que não sejam capazes de comunicar (DGS, 2010).

Contudo, esta escala foi também aplicada no estágio de cuidados paliativos nomeadamente em utentes que não possuíam capacidade de expressar a sua dor.

A Escala Numérica é constituída por uma régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10. Esta pode ser apresentada ao doente na posição horizontal ou vertical. O doente deve associar a intensidade da sua dor a um valor numérico, sendo que o 0 corresponde a “Sem dor” e o 10 a “Dor máxima” (dor de intensidade máxima imaginável). O valor numérico indicado pelo doente deve ser assinalado na folha de registo (DGS, 2003) (Anexo 1).

Na Escala Qualitativa, é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua dor utilizando os seguintes adjetivos: “Sem dor”, “Dor ligeira”, “Dor moderada”, “Dor intensa” ou “Dor Máxima” (DGS, 2003) (Anexo 2).

A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que apresenta, numa das extremidades, a indicação “Sem dor” e, na outra, “Dor máxima”. O doente deve assinalar, com uma cruz ou um traço perpendicular à linha, o ponto que melhor representa a intensidade da sua dor. Estabelece-se, assim, uma correspondência entre a intensidade da dor e a posição marcada na linha. Posteriormente, mede-se em centímetros a distância entre o início da linha, correspondente a zero, e o ponto assinalado, obtendo-se uma classificação numérica que deve ser registada na folha respetiva (DGS, 2003) (Anexo 3).

A escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC), avalia cinco indicadores: face, pernas, atividade, choro e consolabilidade.

No indicador face, atribui-se 0 pontos quando não há expressão particular ou sorriso; 1 ponto se há careta ocasional ou franzir de sobranceiras, estando o doente alheio ou desinteressado; e 2 pontos quando existe constante franzir de sobranceiras, maxilares cerrados e queixo trémulo. No indicador pernas, são atribuídos 0 pontos quando se encontram em posição normal ou relaxadas; 1 ponto se estão inquietas, agitadas ou tensas; e 2 pontos quando o doente dá pontapés ou mantém as pernas encolhidas. Relativamente à atividade, atribuem-se 0 pontos quando o doente está deitado calmamente, em posição normal e mexe-se facilmente; 1 ponto se se contorce ou se vira para trás e para a frente, estando tenso; e 2 pontos se se encontra arqueado, rígido ou com movimentos bruscos. No indicador choro, a pontuação é de 0 pontos na ausência de choro (estando acordado ou adormecido); 1 ponto quando há gemidos, lamentos ou queixas ocasionais; e 2 pontos em caso de choro persistente, gritos, suspiros ou queixas frequentes. Por fim, no indicador consolabilidade, são atribuídos 0 pontos quando o doente está contente e relaxado; 1 ponto se se deixa encorajar por toques

ocasionais, abraços ou conversas, distraíndo-se; e 2 pontos se for difícil de consolar ou confortar (DGS, 2010) (Anexo 4).

Para concluir, importa reforçar que a utilização adequada das escalas de avaliação da dor, é fundamental para garantir um cuidado de qualidade e centrado no utente. A escolha da escala, deve respeitar as características individuais de cada doente, promovendo uma abordagem personalizada e eficaz no controlo da dor.

4.2. Vantagens e desvantagens das escalas de avaliação da dor

A sensibilidade e especificidade das escalas varia consoante o estilo de instrumento utilizado, e todos podem induzir falsos positivos, bem como falsos negativos. Ademais, nenhuma escala ou instrumento tem mostrado ter um uso apropriado transversal a todos os tipos de população. Como consequência destas limitações, as escalas e instrumentos não devem ser determinantes no tratamento que é proposto para o doente (Sousa, 2017).

Em seguida seguem algumas das vantagens e desvantagens das diferentes escalas analisadas.

A Escala Numérica é frequentemente a mais recomendada, pois oferece um equilíbrio muito positivo entre vantagens e desvantagens, destacando-se por apresentar muitas vantagens e poucas limitações. Tem uma forte correlação com outras escalas de avaliação da intensidade da dor e já foi comprovada a sua facilidade de aplicação e boa adesão por parte dos utentes. Em termos de rapidez e simplicidade, a sua execução demora menos de um minuto e é fácil de aplicar e interpretar (Sousa, 2017).

Uma das principais vantagens da EN é a sua versatilidade, podendo ser aplicada de forma escrita, verbal ou até por telefone, além de ser adequada para diferentes culturas e idiomas. Para além desta flexibilidade, a escala revela-se sensível a pequenas variações na intensidade da dor relatada, sendo que uma alteração de 20% a 30% é considerada clinicamente significativa, o que corresponde a uma mudança de 1 a 2 pontos na escala (Sousa, 2017).

Apesar das suas várias vantagens, a Escala Numérica apresenta uma limitação importante: não é adequada para a maioria dos doentes com défices cognitivos, uma vez que exige que o próprio doente consiga atribuir um número à intensidade da dor que sente (Paliativa, n.d.).

Embora muitos doentes com dor crónica prefiram este tipo de escala face a outras, pelas vantagens já referidas, há casos em que certas patologias, devido às características particulares dos sintomas, tornam difícil para o doente resumir a sua dor apenas a um valor numérico (Sousa, 2017). Essa dificuldade acaba por restringir a aplicabilidade da escala em algumas situações clínicas.

A Escala Visual Analógica é geralmente simples de aplicar e compreendida com facilidade pelos doentes, desde que a abordagem seja cuidadosa por parte do

profissional de saúde. Apesar de poder exigir algum tempo na sua preparação, esse obstáculo pode ser superado através da utilização de versões digitais ou informatizadas (Sousa, 2017).

Uma das suas principais vantagens, à semelhança da Escala Numérica, é a sua aplicabilidade universal, já que não depende do idioma nem da cultura, podendo ser utilizada em diferentes contextos geográficos e linguísticos (Sousa, 2017).

Contudo, ao contrário da EN, a EVA não permite a aplicação verbal ou escrita, o que pode limitar a sua utilização em determinados ambientes clínicos. Além disso, está sujeita a imprecisões na leitura da pontuação, o que pode afetar a fiabilidade dos resultados. A sua aplicação é também pouco adequada em pessoas com défices cognitivos ou com limitações visuais, o que restringe a sua utilização a determinados grupos de doentes (Paliativa, n.d.; Sousa, 2017).

Tal como a EN, esta escala não é recomendada para crianças com menos de 8 anos, uma vez que exige um nível de desenvolvimento cognitivo que lhes permita compreender e utilizar corretamente este tipo de medição (Sousa, 2017).

A Escala Qualitativa é frequentemente recomendada pela sua simplicidade de aplicação, podendo ser utilizada com doentes de qualquer faixa etária. Apresenta boas propriedades psicométricas e é considerada apropriada para contextos de investigação científica (Ourique, 2015).

De acordo com a literatura, esta escala é especialmente apreciada por pessoas com menor nível de escolaridade e por idosos, possivelmente por apresentar um número limitado de opções, o que facilita a sua compreensão.

Contudo, uma das principais limitações desta escala é a sua baixa sensibilidade para distinguir diferentes níveis de intensidade da dor, o que pode comprometer uma avaliação mais precisa (Ourique, 2015).

No que toca à escala de FLACC esta apresenta vantagens assinaláveis como facto de oferecer um método sistemático para avaliar a dor em doentes não verbais. Isto é importante por várias razões. Primeiramente permite uma avaliação precisa da dor, os enfermeiros podem aplicar intervenções adequadas para aliviar o desconforto. Além disso facilita uma melhor comunicação entre os profissionais de saúde relativamente ao estado de dor do doente. Proporciona ainda uma forma padronizada de registar os níveis de dor, o que é essencial para o seu planeamento (Nursing Science, n.d.).

Embora a escala FLACC seja uma ferramenta útil, apresenta algumas limitações devido ao facto de ser subjetiva pois baseia-se exclusivamente na interpretação do comportamento do doente por parte do observador (Nursing Science, n.d.).

As diferenças culturais constituem uma limitação relevante na aplicação da escala FLACC, uma vez que a expressão da dor pode variar significativamente entre culturas distintas. Estas variações culturais podem influenciar a forma como

os comportamentos de dor são manifestados e interpretados, afetando, assim, a fiabilidade e a precisão da avaliação feita com esta escala (Nursing Science, n.d.).

Além disso, a necessidade de formação específica é outro fator a considerar. A correta aplicação da escala FLACC requer que os profissionais de saúde recebam formação adequada e adquiram experiência prática. Só assim é possível garantir que as observações sejam realizadas de forma coerente, padronizada e precisa, assegurando avaliações consistentes entre diferentes profissionais e em diferentes contextos clínicos (Nursing Science, n.d.).

Ainda assim, nenhum destes métodos consegue, por si só, dar resposta eficaz a todas as situações clínicas, razão pela qual continuam a surgir alternativas destinadas a colmatar as suas limitações. Um dos principais desafios nesta área é a inexistência de um padrão de referência universal, que permita uniformizar a avaliação da dor de forma sistemática e, ao mesmo tempo, impulsionar o desenvolvimento de novos instrumentos ou a revisão crítica dos já existentes (Sousa, 2017).

É evidente que ainda há um longo caminho a percorrer no que diz respeito à análise das propriedades psicométricas e à identificação clara das vantagens e limitações de cada escala, sobretudo em populações com menor representação nos estudos, como pessoas com défices cognitivos, minorias étnicas ou culturais, e outros grupos cujas realidades diferem do padrão ocidental dominante (Sousa, 2017).

5. Estratégias de Intervenção no Controlo da Dor Crónica

A dor crónica em doentes oncológicos afeta a qualidade de vida, o bem-estar físico, emocional e social dos pacientes, e dessa forma, o seu controlo exige da equipa multidisciplinar, isto é, dos profissionais destinados ao cuidado desta patologia específica, uma abordagem integrada e centrada na pessoa, que vá além do alívio sintomático (Martins, 2024; Vicente, 2023). Como principal ponto de partida, é importante promovermos o conforto e dignidade do paciente, em contexto de cuidados paliativos.

“A dor é um dos sintomas mais comuns entre os doentes oncológicos, fazendo com que a avaliação e o tratamento desta sejam fundamentais para melhorar a sua qualidade de vida e os resultados em saúde.” (Martins, 2024, p.iii). A natureza multifatorial da dor crónica, resultante da própria evolução da doença, dos efeitos secundários dos tratamentos ou das condições próprias do paciente, exige intervenções individualizadas a cada caso em específico.

Neste sentido, o controlo da dor deve combinar estratégias que integrem intervenções farmacológicas, como os analgésicos e opioides, e intervenções não farmacológicas (Peixoto, 2016). Esta combinação de abordagens visa aumentar a eficácia da analgesia, reduzir os efeitos adversos dos medicamentos, promover a autonomia do paciente e responder às suas necessidades biopsicossociais. A OMS e diversos estudos indicam que a articulação das intervenções farmacológicas e não farmacológicas, quando implementadas de forma precoce, sistemática e centrada na pessoa, contribuem para a redução da intensidade da dor e melhoria do doente oncológico (Martins, 2024; Peixoto, 2016; Vicente, 2023).

5.1. Intervenções farmacológicas

A dor é um dos sintomas mais predominante em doentes oncológicos, afetando diretamente o bem-estar e qualidade de vida a nível multidimensional. Nestes doentes, a evolução da dor vai estar diretamente relacionada com a progressão da doença, com complicações do tratamento instituído ou pode até nem ter qualquer relação com a neoplasia, ainda assim, é necessário atuar no sentido de controlar a dor para aumentar o conforto e garantir a dignidade em fases mais avançadas da doença (Martins, 2024; Vieira et al., 2019).

Para haver eficácia no controlo da dor crónica em doentes oncológicos é necessário haver uma avaliação do doente de forma global, ou seja, deve-se obter a história clínica detalhada, incluindo antecedentes pessoais e familiares, exame físico, avaliação da parte psicológica, e avaliação da dor, para instituição do tratamento farmacológico adequado (Martins, 2024; WHO, 2018).

Desta forma, foi desenvolvida pela OMS (1986) uma Escada Analgésica com o objetivo de controlar a dor em pacientes oncológicos. Esta é uma escala simples, sintetizada e organizada de acordo com a intensidade da dor, sendo que cada “escada” da escala corresponde a uma intensidade de dor e a diferentes fármacos relacionados com essa intensidade (Martins, 2024; Máximo, 2018).

Como foi referido no capítulo anterior, há diferentes escadas de avaliação da dor, e dessa forma a utilização da Escada Analgésica desenvolvida é utilizada tendo em conta a avaliação do doente feita pelo enfermeiro através de técnicas adequadas para, posteriormente, depois de escolhida a escala de avaliação da dor, identificar a intensidade da dor e assim instituir a medicação corretamente (Martins, 2024).

De acordo com OMS (2019), “Uma escada de controlo da dor oncológica é útil como ferramenta de ensino e como guia geral para o controlo da dor com base na gravidade da dor. No entanto, não pode substituir o planeamento terapêutico individualizado baseado na avaliação cuidadosa da dor de cada paciente. O conceito de escada explica facilmente a necessidade de avaliação da dor e de gestão adequada da dor com base na avaliação da gravidade da dor” (WHO, 2018, p.40).

A Escada Analgésica apresenta 3 degraus (Anexo 5). O primeiro degrau diz respeito à dor ligeira, quantificada numa escala numérica de zero até três, e qualificada numa em dor leve. Esta diz respeito a fármacos intitulados de analgésicos não opioides, estando entre eles, os AINEs e paracetamol. O segundo degrau corresponde a dor ligeira a moderada, quantificada de quatro até seis, sendo este correspondente aos analgésicos opioides fracos, como a codeína, tramadol. Estes últimos referidos ainda se podem associar com os analgésicos não opioides ou fármacos adjuvantes. O último degrau desta Escada corresponde aos analgésicos opioides fortes, a morfina, buprenorfina, oxicodona, fentanilo, metadona, tapentadol, que também se podem associar aos analgésicos não opioides, mas não aos opioides fracos, e ainda, a fármacos adjuvantes. Estes fármacos são para o controlo da dor moderada a grave, quantificada na escala numérica de sete até dez (Martins, 2024; Máximo, 2018; WHO, 2018).

Por exemplo, “Se um doente apresentar uma dor ligeira deve-lhe ser administrado um analgésico não opioide e se a dor não for controlada, deve-se juntar um opioide para a dor ligeira a moderada. Se a combinação de um analgésico não opioide e um opioide do 2º degrau não for suficiente, deve ser administrado um opioide para a dor moderada a severa”(Martins, 2024).

Segundo a OMS (2018) no tratamento farmacológico deve-se considerar alguns critérios de administração, entre eles: a via de administração adequada, privilegiando a via oral, uma vez que esta garante maior conforto e autonomia do doente; via transdérmica ou subcutânea, dependendo da situação clínica do doente; o horário de administração, sendo que devem ser administrados os fármacos em horários fixos, com ajuste da dose de acordo com a intensidade da

dor; deve-se ter em conta que o objetivo central é o alívio contínuo da dor, e desta forma, quando o doente manifesta desconforto ou exacerbação da dor é antecipada a administração da terapêutica ou administrado um resgate; a escolha da escala de avaliação da dor adequada à situação clínica do doente; a aplicação da Escada Analgésica da OMS de acordo com a intensidade da dor; ter em conta que se podem administrar fármacos adjuvantes (corticoides, ansiolíticos, anticonvulsivantes ou antidepressivos) com os três degraus da escala; a implementação do tratamento vai depender da avaliação que é realizada a cada doente individualmente; ter em atenção a importância de manter a rotina do doente, adaptando o tratamento farmacológico aos seus horários; explicar o plano terapêutico ao doente e à família, quanto à via, dose, indicação terapêutica e efeitos adversos dos medicamentos (Martins, 2024).

5.1.1. Analgésicos não opioides

Os analgésicos não opioides constituem a base do primeiro degrau da Escada Analgésica da OMS, sendo especialmente indicados no controlo da dor ligeira, e ainda, podem ser associados com opioides em fases mais avançadas da dor. Dentro deste grupo de fármacos estão indicados os AINEs, a primeira linha de opção terapêutica, o paracetamol e o metamizol de magnésio (Ordem dos Farmacêuticos, 2023).

Os AINEs “são uma classe farmacológica com uma grande expressão de utilização em todo o mundo” (Ordem dos Farmacêuticos, 2023, p.1). Estes apresentam ação anti-inflamatória, antipirética e analgésica, sendo eficazes no controlo sintomático da febre, dor, inflamação, e também, de situações crónicas (artrite reumatoide) e agudas (fraturas, entorses, dores menstruais, cefaleias, enxaquecas, entre outros exemplos) (Ordem dos Farmacêuticos, 2023).

Segundo, (Ordem dos Farmacêuticos, 2023, p. 1) “O mecanismo de ação dos AINEs envolve a inibição competitiva e reversível de um grupo de enzimas - as ciclooxigenases (COX) – responsáveis pelo metabolismo do ácido araquidónico na produção de prostaglandinas”. Estas últimas substâncias estão envolvidas no processo inflamatório, na sensibilização dos nociceptores periféricos e na modulação da dor a nível medular (Ordem dos Farmacêuticos, 2023).

Existem três isoformas das enzimas COX: COX-1, COX-2 e COX-3. A COX-1 está envolvida em processos de hemóstase, manutenção da mucosa gástrica e do refluxo renal, a COX-2 é uma isoenzima que tem de ser induzida excecionalmente por citocinas, fatores de stress e promotores tumorais, sendo responsável pela produção de prostanoídes durante inflamações e processos tumorais. Por fim, a COX-3 está envolvida na regulação da temperatura corporal, em que o seu bloqueio promove um efeito antipirético (Ordem dos Farmacêuticos, 2023) (Anexo 6).

Os AINEs, apesar da eficácia no alívio da dor e inflamação, apresentam aspetos que requerem a nossa atenção, sobretudo em populações vulneráveis como os idosos. Os AINEs produzem mais efeitos adversos do que, por exemplo, o paracetamol, devido à sua toxicidade quando o tratamento com este tipo de fármacos passa a ser a longo prazo (Portela & Neto, n.d.).

A toxicidade mais comum afeta o trato gastrointestinal, destacando-se efeitos adversos mais comuns como, dor abdominal, náuseas e o risco de ulcerações gástricas e hemorragias, independentemente da via de administração. Este risco é reduzido com o uso de inibidores seletivos da COX-2 e pela associação de protetores gástricos como os inibidores da bomba de prótons (Ordem dos Farmacêuticos, 2023).

Os AINEs apresentam também toxicidade a nível renal, cardiovascular e hematológico (Ordem dos Farmacêuticos, 2023). A nível renal, promovem a retenção de sódio e água, aumento da pressão arterial e, em casos mais avançados, insuficiência renal aguda (IRA). No sistema cardiovascular, há um risco acrescido de eventos como enfarte do miocárdio ou AVC, especialmente com os inibidores seletivos da COX-2. Adicionalmente, a inibição da agregação plaquetária pode aumentar o risco de hemorragias, sendo crucial a monitorização em doentes medicados com anticoagulantes ou antiagregantes (Ordem dos Farmacêuticos, 2023; Portela & Neto, n.d.).

Segundo, o manual da Dor e Cuidados Paliativos, para reduzir o risco de haver toxicidade com a utilização destes fármacos, devemos ter em atenção alguns aspetos como: iniciar com doses baixas recomendadas e aumentá-las a cada 2/3 dias, dependendo da resposta clínica; usar AINE de semi-vida curta; utilizar um AINE que a sua toxicidade é conhecida e está bem definida; evitar este grupo de fármacos em pacientes com IRA, doentes com trombocitopenia, hipocoagulados ou debilitados (Portela & Neto, n.d.).

No que diz respeito ao controlo da dor ligeira, como referido anteriormente, os AINEs e o paracetamol são amplamente utilizados. Os AINEs, como por exemplo o ibuprofeno e o diclofenac, atuam através da inibição de enzimas ciclooxigenases, reduzindo a produção de prostaglandinas envolvidas na inflamação e na sensibilização à dor. São eficazes na dor de origem nociceptiva, como a dor músculo-esquelética, traumática ou inflamatória (Ordem dos Farmacêuticos, 2023).

Por outro lado, o paracetamol destaca-se pela sua ação analgésica e antipirética, com pouca ação anti-inflamatória (Martins, 2024). O paracetamol é a primeira-linha de medicamento em pacientes com hipersensibilidade à aspirina, e pode ser administrado em conjunto com AINEs (Twycross, 2003). Ainda assim, a associação de administração de paracetamol com outros medicamentos “pode provocar ou agravar lesão hepática, não sendo, no entanto, necessária redução de dose, apenas vigilância cuidadosa da função hepática.” (Vieira et al., 2019, pag.390).

5.1.2. Opioides

Os fármacos opioides constituem uma das principais estratégias farmacológicas na abordagem da dor moderada e intensa, sendo dor aguda ou crónica, independentemente da sua causa ou reversão da condição clínica do doente (Pedro & Silva, 2017).

Segundo (Pedro & Silva, 2017, p.9) “Desde 1986 a Escada analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS) teve o mérito de desmistificar a analgesia com fármacos opioides. Elaborada no início para a terapêutica da dor oncológica, rapidamente os seus princípios foram adotados pelas associações científicas especializadas também no controlo da dor de origem não oncológica baseando-se na eficácia demonstrada em ensaios clínicos controlados e em revisões sistemáticas da literatura”.

Dentro da Escada analgésica da OMS, os opioides fracos mais utilizados no controlo da dor moderada passam pelo tramadol e a codeína, e no controlo da dor intensa os opioides fortes mais usados são a morfina, o fentanilo, a buprenorfina, a hidromorfona e tapentadol (Ribeiro, 2019).

Apesar da eficácia reconhecida dos opioides, a sua utilização continua rodeada de receios, tanto por parte dos profissionais de saúde como dos doentes. O medo da dependência, da depressão respiratória e de outros efeitos adversos, bem como a associação de opioides ao fim de vida, juntamente com a insuficiente informação sobre estes fármacos, contribui para a subutilização ou o uso inadequado. Ainda assim, grande parte destes receios podem ser ultrapassadas com o conhecimento da farmacologia dos fármacos opioides e com a experiência clínica cuidada (Pedro & Silva, 2017).

Os opioides atuam diretamente sobre um sistema biológico específico do organismo humano – o sistema opioide endógeno. Este sistema é composto por substâncias naturalmente produzidas pelo corpo – os opioides endógenos - e pelos seus respetivos recetores, distribuídos ao longo do sistema nervoso central, e os opioides exógenos (morfina, fentanilo, oxicodona, buprenorfina) que imitam a ação destas substâncias naturais, ligando-se aos recetores opioides promovendo a inibição da transmissão dos sinais de dor (Pedro & Silva, 2017).

Os recetores estão localizados predominantemente em estruturas do sistema nervoso central, como a medula espinhal e o cérebro, mas também se encontram em nociceptores periféricos e em órgãos viscerais. Quando ativados, os recetores opioides desencadeiam uma cascata de reações intracelulares que culminam na inibição da libertação de neurotransmissores relacionados com a dor, resultando numa menor perceção do estímulo doloroso (Pedro & Silva, 2017).

A decisão de iniciar uma terapêutica com opioides exige uma avaliação clínica rigorosa e individualizada do doente. Esta deve incluir a análise da natureza e intensidade da dor, a resposta a tratamentos prévios, a sensibilidade a opioides, o

impacto na qualidade de vida, o contexto psicossocial e a presença de comorbilidades. É essencial que o doente seja previamente informado sobre a estratégia terapêutica a adotar, bem como dos benefícios esperados e dos riscos potenciais associados ao uso de opioides. A seleção do fármaco deve ser feita caso a caso. Assim, a escolha baseia-se numa abordagem de “tentativa-erro”, procurando o equilíbrio ideal entre eficácia analgésica e tolerância aos efeitos adversos. Segundo as recomendações da OMS, devem ser consideradas as propriedades farmacocinéticas, contraindicações e efeitos terapêuticos dos diferentes opioides, adaptando a dose à resposta individual do doente (Martins, 2024).

A utilização de opioides deve obedecer a princípios bem definidos que garantam a eficácia analgésica e, ao mesmo tempo, minimizem o risco de efeitos adversos.

Inicialmente, recomenda-se o uso de opioides de libertação imediata, com início em doses baixas e ajuste progressivo conforme a resposta clínica do doente, permitindo uma titulação segura e eficaz até se alcançar o controlo da dor. Após esta fase de estabilização, e sempre que possível, deve-se transitar para formulações de libertação prolongada, uma vez que estas não só promovem uma maior adesão à terapêutica como também reduzem o potencial de dependência. Independentemente da formulação escolhida, a instituição da terapêutica com opioides exige uma monitorização contínua, com reavaliação da eficácia, ajustes de dose ou rotação de fármacos, de forma a garantir um controlo eficaz da dor com o menor impacto negativo possível na qualidade de vida do doente (Martins, 2024; Pedro & Silva, 2017).

A administração deve ser feita, preferencialmente, por via oral e em horário fixo. A dor irruptiva deve ser tratada com doses extra de libertação rápida, ajustada conforme a necessidade, esta medicação normalmente está prescrita em SOS, sendo apenas administrada quando a prescrição de longa duração não controla a dor do doente (Freire et al., 2021).

Para a prevenção dos efeitos adversos mais frequentes dos opioides, como a obstipação e as náuseas, é recomendada a associação de fármacos adjuvantes, nomeadamente laxantes e antieméticos, desde o início da terapêutica analgésica. Deve evitar-se a associação simultânea de mais do que um tipo de opioide, exceto em situações que envolvam a utilização de sistemas transdérmicos, como o fentanil ou a buprenorfina. Quando necessário, a rotação de opioides ou a mudança de via de administração deve seguir protocolos específicos, considerando fatores de equivalência analgésica e a tolerância individual do doente [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)(Freire et al., 2021).

A rotação de opioides é uma estratégia essencial quando se verifica perda de eficácia analgésica, surgem efeitos adversos intoleráveis ou há necessidade de mudar a via de administração. O processo envolve o cálculo da dose equianalgésica do novo opioide, aplicando um fator de conversão baseado em tabelas específicas, seguido de uma redução de cerca de um terço da dose para

minimizar riscos de sobredosagem. Paralelamente, é fundamental estar atento aos efeitos adversos mais comuns dos opioides, como náuseas, obstipação, sedação, prurido e depressão respiratória. Estes devem ser prevenidos ou tratados desde o início da terapêutica, com recurso a antieméticos, laxantes, ajuste da dose ou rotação do opioide, garantindo assim maior conforto e adesão ao tratamento por parte do doente (Pedro & Silva, 2017).

5.1.3. Fármacos adjuvantes

Os fármacos adjuvantes desempenham um papel fundamental no controlo da dor crónica em doentes oncológicos, principalmente em situações em que os analgésicos convencionais, como os opioides, não são suficientes para proporcionar o alívio adequado. Estes medicamentos possuem propriedades que contribuem para a modulação da dor ou para o alívio de sintomas associados, como a depressão, ansiedade ou insónia (Martins, 2024).

Os fármacos adjuvantes devem ser usados em combinação com os analgésicos dos três degraus da Escada Analgésica de forma a otimizar o controlo da dor, tendo sempre em conta o tipo de dor para associação do fármaco mais adequado para a mesma (Gonçalves, Melo, Costa, & Neto, 2007).

Os principais grupos destes fármacos incluem os antidepressivos, corticosteroides, anticonvulsivantes, relaxantes musculares, antiepiléticos, anestésicos locais, bifosfonatos, entre outros (Twycross, 2003).

De acordo com a OMS, os medicamentos adjuvantes devem ser integrados no plano de cuidados realizado para o controlo da dor, sobretudo na presença de dor neuropática, dor óssea, ou até mesmo em situações de exacerbação da dor. Os fármacos adjuvantes mais utilizados são os antidepressivos (como a amitriptilina) e anticonvulsivantes (como a gabapentina, pregabalina, valproato de sódio), indicados principalmente para o controlo da dor neuropática, sendo também de referir que os corticosteroides (como a dexametasona e a prednisolona), são muito utilizados na redução do edema e inflamação associada à massa tumoral (Twycross, 2003; WHO, 2018).

Os antidepressivos tricíclicos, além de atuarem nos sintomas depressivos, aumentam os níveis de serotonina e noradrenalina, sendo estas substâncias envolvidas na modulação da dor na fenda sináptica. Por sua vez, os anticonvulsivantes, como a gabapentina, atuam nos canais de cálcio neuronais, reduzindo a excitação neuronal típica da dor neuropática (Martins, 2024).

A dor neuropática é caracterizada por uma lesão do sistema somatossensorial onde há uma invasão do nervo pelo tumor, pelas suas metástases ou através de uma neuropatia periférica causada pelos tratamentos do cancro (Martins, 2024).

No caso do controlo da dor neuropática, deve-se escolher apenas uma ou duas substâncias de cada grupo de fármacos, por exemplo, controlar este tipo de dor com um antidepressivo tricíclico ou antiepilético, ou então com ambos (Twycross, 2003). Nestes casos, a primeira ação passa por medicar o paciente para que consiga dormir bem, e, seguidamente, o próximo passo é a redução da intensidade da dor durante o dia. Estas situações devem ser avaliadas e planeadas pela equipa multidisciplinar de forma a obter os melhores resultados possíveis, sendo importante explicar ao paciente e à sua família os efeitos adversos e indicações medicamentosas de cada grupo de fármacos. Por exemplo, quando administrado uma substância psicotrópica, a dose deve ser inicialmente mínima e aumentada gradualmente, para evitar a sonolência excessiva (Twycross, 2003).

5.2. Intervenções não farmacológicas

As intervenções não farmacológicas representam um recurso importante e eficaz no controlo da dor em cuidados paliativos, atuando como adjuvantes úteis à terapêutica analgésica farmacológica, além de serem opções de baixo custo e com poucos efeitos secundários (Vicente, 2023). Estas medidas em simultâneo com a analgesia, potenciam o seu efeito, com menos quantidade de dose de fármaco, redução dos efeitos adversos e dos custos financeiros (Cunha, 2018).

Para complementar as intervenções farmacológicas utilizadas na gestão da dor crónica, é fundamental recorrer também a intervenções não farmacológicas que devem fazer parte integrante da prática clínica do enfermeiro, considerando-se a dor como quinto sinal vital e uma prioridade na prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

As intervenções não farmacológicas consistem na utilização de estratégias para prevenir ou controlar a dor sem recurso à administração de medicamentos (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Dessa forma a Ordem dos Enfermeiros (OE) recomenda que o enfermeiro tenha um papel ativo na promoção de cuidados direcionados para eliminar ou reduzir a dor utilizando intervenções não farmacológicas em complementaridade com a terapêutica farmacológica, tendo em conta as vontades da pessoa, os objetivos expectáveis do tratamento e a evidência científica disponível (Ribeiro, 2019).

As intervenções não farmacológicas podem ser classificadas em quatro categorias: intervenções cognitivo-comportamentais, intervenções físicas, intervenções ambientais e de apoio emocional (Cunha, 2018; Ribeiro, 2019).

As intervenções cognitivo-comportamentais visam modificar a perceção da dor através da mente e do comportamento (Correia, 2021). Entre as mais utilizadas destacam-se: a distração, o relaxamento, a meditação, a imaginação orientada, o treino de estratégias de *coping* e a reestruturação de pensamentos (Ribeiro, 2019). Todas estas estratégias são úteis na medida que a dor também tem uma

componente emocional e interpretativa, e dessa forma, estas técnicas ajudam o utente a recuperar o sentido de controlo da sua experiência (Correia, 2021).

As intervenções físicas incluem o uso de calor ou frio (termoterapia), a prática de exercício físico, a mobilização, o posicionamento terapêutico, a massagem e a estimulação elétrica transcutânea. Estas medidas contribuem para a redução do edema, relaxamento muscular, estimulação de fibras nervosas não dolorosas e melhoria da circulação sanguínea, potenciando o alívio da dor (Correia, 2021; Marinho, 2013).

No que diz respeito às intervenções ambientais, estas envolvem o controlo de fatores como a temperatura, a iluminação, o ruído e ainda a utilização da musicoterapia, que promovem estados de relaxamento e bem-estar (Correia, 2021; Ribeiro, 2019).

As intervenções de suporte emocional englobam o toque terapêutico, a escuta ativa, a promoção de conforto e segurança, bem como o apoio na procura de significado para a dor e gestão de expectativas. É também essencial incluir os cuidadores no plano de cuidados, contribuindo para uma maior eficácia na rede de apoio ao utente (Cunha, 2018; Ribeiro, 2019).

Importa ainda destacar a educação terapêutica como uma ferramenta transversal a todas as categorias de intervenção não farmacológica. O enfermeiro através da educação para a saúde, desempenha um papel essencial ao fornecer informação clara, acessível e baseada na evidência sobre as causas da dor, estratégias de alívio da dor e técnicas de autogestão. Esta abordagem permite que o doente oncológico adquira conhecimentos e competências que favoreçam a sua capacitação, promovendo uma maior autonomia e participação ativa no processo de controlo da dor (Ribeiro, 2019). Ao mesmo tempo, permite também envolver os cuidadores no plano terapêutico, reforçando a continuidade dos cuidados, especialmente no domicílio, e contribuindo para a humanização da prática clínica (Correia, 2021).

A relevância das intervenções não farmacológicas torna-se particularmente evidente na dor oncológica, frequentemente marcada por uma intensidade elevada, origem multifatorial e resposta limitada aos tratamentos farmacológicos.

Estas intervenções quando aplicadas de forma estruturada e sustentada por evidência científica, revelam-se eficazes no alívio da dor, e, também na melhoria do estado emocional, funcional e social do doente (Correia, 2021). As estratégias não farmacológicas como a imaginação orientada, o relaxamento, a musicoterapia, o toque terapêutico, a estimulação elétrica transcutânea e a massagem, têm demonstrado resultados positivos na redução da dor, ansiedade e sofrimento, especialmente em doentes em contexto paliativo (Correia, 2021; Cunha, 2018; Ribeiro, 2019).

Para além das estratégias referidas, existem ainda outras para o alívio da dor que cada vez mais são desenvolvidas pelos enfermeiros, como: acupuntura, hipnose, *reiki*, meditação, aromaterapia, ioga, entre outras (Cunha, 2018).

Apesar da eficácia comprovada das intervenções não farmacológicas, a sua aplicação sistemática na prática clínica continua limitada por diversas barreiras, entre as quais se destacam a escassez de formação específica dos profissionais de saúde, a falta de tempo, o desconhecimento dos protocolos existentes e a reduzida confiança na sua eficácia. No entanto, quando corretamente integradas no plano terapêutico, estas medidas revelam-se vantajosas não apenas para o alívio da dor, mas também a nível da comunicação em enfermagem, da humanização dos cuidados e da redução de custos em saúde. A sua implementação sistemática contribui ainda para reforçar a autonomia do doente, melhorar a perceção de controlo sobre a sua condição e promover a adesão ao plano terapêutico (Cunha, 2018).

Cuidar da dor não se limita ao alívio físico, pois exige um compromisso ético, humano e centrado na pessoa (Cunha, 2018).

Assim, investir na formação contínua dos enfermeiros, na implementação de protocolos baseados na evidência e na valorização das intervenções autónomas representa um passo essencial para garantir um controlo eficaz, seguro e multidimensional da dor no doente oncológico. E com isso, a integração das intervenções não farmacológicas na prática diária de enfermagem não é apenas uma opção terapêutica complementar, mas sim um dever profissional e um direito da pessoa, sobretudo no contexto da dor crónica associada à doença oncológica.

6. Papel do enfermeiro no controlo da dor

A vigilância ativa e precoce no contexto da oncologia constitui um eixo central para a redução da incidência e da mortalidade por cancro. Neste processo, o papel do enfermeiro assume uma posição estratégica, sendo determinante na realização de intervenções de Educação para a Saúde e no ensino estruturado durante as consultas de seguimento, com vista à promoção da saúde e prevenção da doença e da sua progressão.

O enfermeiro é um profissional habilitado com o curso de Licenciatura em Enfermagem, “legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (REPE, 1996, p. 3). A profissão de enfermagem, conforme delineado no Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, REPE (1996), tem como finalidade a prestação de cuidados que visem manter, melhorar ou recuperar o estado de saúde do ser humano, ao longo do ciclo de vida, promovendo a sua autonomia funcional e contribuindo para o bem-estar global (REPE, 1996).

Neste enquadramento, o enfermeiro não apenas executa cuidados, mas também detém competências que lhe permitem atuar como agente transformador na promoção da saúde e na capacitação dos cidadãos para a autogestão da sua condição clínica. As suas competências são essenciais para a prática clínica, abrangendo conhecimentos, capacidades e habilidades que podem ser implementadas em todos os níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), os domínios de competência dos enfermeiros de cuidados gerais distribuem-se por três áreas fundamentais: o Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; o Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados; e o Domínio do Desenvolvimento Pessoal.

Destaca-se particularmente o Domínio da Prestação e Gestão de Cuidados, que integra competências essenciais como a promoção da saúde, o uso sistemático do processo de enfermagem e o estabelecimento de relações terapêuticas eficazes com os utentes e as suas famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

O processo de enfermagem, enquanto metodologia estruturante da prática profissional, permite uma abordagem sistemática e individualizada. Envolve a recolha de dados relevantes, a formulação de diagnósticos de enfermagem, a definição de objetivos, a implementação de intervenções e a avaliação contínua dos resultados. Neste contexto, o enfermeiro adapta as suas intervenções às necessidades específicas do doente oncológico com dor crónica, utilizando estratégias farmacológicas e não farmacológicas, e respeitando os princípios da qualidade e segurança dos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Paralelamente, a educação para a saúde assume um papel central neste processo, ao capacitar os utentes para uma participação ativa na gestão da sua condição. Esta dimensão educativa, integrada na prática do enfermeiro, promove a literacia em saúde e estimula a adoção de estilos de vida saudáveis, contribuindo para o aumento da autonomia e da qualidade de vida dos doentes oncológicos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Neste enquadramento destaca-se a influencia da Carta de Ottawa (1986), que introduziu um novo paradigma na promoção da saúde. Este documento defende a capacitação das pessoas e comunidades para assumirem maior controlo sobre a sua saúde, através de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes de apoio, reforço da ação comunitária, desenvolvimento de competências pessoais e reorientação dos serviços de saúde. Estas diretrizes internacionais enquadram-se na atuação do enfermeiro, que, através da sua intervenção sistematizada e educativa, contribui para o empoderamento do doente oncológico. Ao promover o autocuidado, o controlo dos sintomas e a adaptação à condição de doença, o enfermeiro reforça o seu papel como agente de mudança e garante cuidados mais humanizados e centrados na pessoa (Instituto de Administração da Saúde, n.d.).

A aplicação prática da Carta de Ottawa reflete-se na criação de programas adaptados às necessidades de cada comunidade, baseados em estratégias de educação, prevenção e capacitação. Assim, o enfermeiro contribui de forma significativa para o cumprimento dos princípios da promoção da saúde ao intervir, desde o diagnóstico até ao fim de vida, com uma postura ética, empática e centrada na pessoa (Instituto de Administração da Saúde, n.d.).

Em suma, o enfermeiro desempenha um papel fundamental e insubstituível na gestão da dor crónica em doentes oncológicos, articulando conhecimentos técnico-científicos com competências relacionais e éticas. A sua intervenção contínua ao longo do percurso oncológico - desde a prevenção primária até ao controlo sintomático em cuidados paliativos - é uma garantia de qualidade e humanização dos cuidados para o conforto do utente.

6.1. Teorias de Enfermagem

Uma teoria é um sistema lógico que organiza observações, axiomas e postulados com o objetivo de explicar ou prever determinados fenómenos. Ela parte de hipóteses – suposições que podem ser testadas e verificadas – e, raciocínios, que permitem deduzir novos factos ou perceber melhor os já conhecidos (Conceito.de., 2021).

Segundo Kerlinger (1973), teoria é “um conjunto de conceitos inter-relacionados, definições e proposições que apresentam uma forma sistemática de ver os fatos/eventos pela especificação das relações entre variáveis, com a finalidade de explicar e prever o fato/evento” (George, 2000).

Em contexto científico, uma teoria é uma construção abstrata submetida a testes e validações, que oferece uma descrição coerente de um conjunto de observações ou experiências. Destacando-se que, para uma hipótese se tornar uma teoria ela precisa de ser amplamente corroborada por evidências e resistir a tentativas de refutação (Conceito.de., 2021). Ou seja, uma teoria visa compreender e explicar aspetos da realidade, sendo uma ferramenta essencial no avanço do conhecimento.

A história e evolução da enfermagem refletem um percurso de transformação profunda, tanto no papel do enfermeiro como no reconhecimento científico da profissão. Desde os seus primórdios, a enfermagem esteve ligada ao cuidado intuitivo e empírico, exercido maioritariamente por figuras femininas. No entanto, foi a partir do século XIX, com Florence Nightingale, que se começou a delinear uma visão mais estruturada e profissional do cuidar, assente em observação, higiene e organização do ambiente (Tomey & Alligood, 2004).

Com o avanço do conhecimento científico e das necessidades sociais, a enfermagem passou de uma prática baseada na experiência para uma disciplina sustentada por teorias próprias. Foi precisamente com este movimento que surgiram as teorias de enfermagem: tentativas de sistematizar o conhecimento, orientar a prática clínica e formar a base para o ensino e a investigação. Estas teorias nasceram da necessidade de afirmar a enfermagem como uma ciência autónoma, com uma linguagem própria e modelos que explicam o fenómeno do cuidar (Tomey & Alligood, 2004).

A teoria tem um grande significado para a enfermagem enquanto profissão, uma vez que é necessária para a existência da profissão, para a prática clínica e ensino. Através dela o conhecimento organiza-se de forma a explicar fenómenos, prever resultados e melhorar cuidados de enfermagem. O enfermeiro, a partir das teorias desenvolve o seu pensamento crítico e tomada de decisões, fortalecendo a sua autonomia profissional, reforçando a profissão de enfermagem como uma ciência (Tomey & Alligood, 2004).

Importa agora destacar uma abordagem teórica que se revela particularmente pertinente no contexto do nosso trabalho: a Teoria de Conforto de Kolcaba.

A teoria de conforto de Kolcaba é uma teoria de enfermagem de médio alcance, isto é, estas teorias são o nível menos abstrato do conhecimento teórico, centrando-se em conceitos mais específicos da prática de enfermagem (Tomey & Alligood, 2004). As teorias de médio alcance assumem um papel fundamental na estruturação do pensamento clínico e na personalização dos cuidados (Henriques & Cepeda, 2022).

A Teoria do Conforto foi desenvolvida por Katharine Kolcaba nos anos noventa com o objetivo de moldar a prática de enfermagem em torno da promoção do conforto, essencial no alívio do sofrimento em contextos como a dor em doentes

oncológicos (Henriques & Cepeda, 2022). Esta teoria é particularmente relevante pois orienta o enfermeiro na identificação das necessidades de conforto e na implementação de intervenções personalizadas que visam aliviar o sofrimento, promover o bem-estar e melhorar a qualidade de vida. O modelo de Kolcaba oferece, assim, uma base teórica sólida para práticas centradas no paciente, focadas não apenas na dor física, mas também nas dimensões emocionais e existenciais da experiência da doença (Tomey & Alligood, 2004).

Num contexto em que a dor crónica compromete significativamente o bem-estar físico, emocional e espiritual do doente, o conforto assume-se como um conceito central e transversal à experiência de cuidar. Esta teoria responde diretamente à necessidade de proporcionar cuidados centrados na pessoa, valorizando o conforto como um objetivo essencial da intervenção de enfermagem (Henriques & Cepeda, 2022).

Assim, optámos por integrar esta teoria no nosso trabalho, por considerarmos que oferece um enquadramento claro e aplicável para orientar estratégias de alívio da dor que respeitam a totalidade da pessoa e promovem a dignidade no processo de evolução da doença oncológica.

6.1.1. Teoria do Conforto Kolcaba

A dor crónica no doente oncológico representa um dos maiores desafios na prática de enfermagem, não só pela sua complexidade fisiopatológica, mas também pelo impacto profundo que exerce nas várias dimensões da vida da pessoa. Neste contexto, a Teoria do Conforto de Kolcaba surge como uma referência teórica pertinente, orientando os cuidados de enfermagem de forma a promover o bem-estar de forma holística, respeitando a individualidade e a totalidade da pessoa em sofrimento (Tomey & Alligood, 2004).

Segundo Kolcaba, conforto é um estado desejável de alívio, tranquilidade ou transcendência face às experiências de saúde que a pessoa vivencia. Esta abordagem assume especial relevância quando aplicada ao contexto da dor crónica em doentes oncológicos, uma vez que estes frequentemente experienciam dor persistente, sofrimento psicológico, alterações na imagem corporal, limitações funcionais e desafios existenciais (Tomey & Alligood, 2004).

Katharine Kolcaba elaborou a sua teoria centrando-se no conceito de conforto como elemento essencial e desejado no âmbito dos cuidados de enfermagem. Esta teoria parte da ideia de que o conforto não é apenas uma consequência natural do cuidado prestado, mas sim um objetivo concreto e mensurável da prática de enfermagem. O conforto é, portanto, considerado uma necessidade humana fundamental, transversal a qualquer fase da vida e condição de saúde.

A teoria estrutura-se em torno de três tipos de conforto, alívio, tranquilidade e transcendência e quatro contextos nos quais o conforto pode ser experienciado a nível, físico, psicoespiritual, ambiental e social (Tomey & Alligood, 2004).

Relativamente aos três tipos de conforto, o alívio representa a resposta imediata e eficaz a uma necessidade específica do doente. A tranquilidade, define-se como um estado de serenidade e bem-estar emocional. A transcendência, refere-se à capacidade do doente ultrapassar as suas dificuldades ou sofrimento (Tomey & Alligood, 2004).

No que concerne aos quatro contextos de conforto, o nível físico, está relacionado com as sensações corporais. Psicoespiritual, abrange aspetos como a autoestima, fé, o significado da vida e outras dimensões ligadas à identidade e espiritualidade do doente. Quanto ao nível ambiental, este pertence ao meio, às condições e influências externas. Por último o nível social, diz respeito às relações interpessoais e envolvimento da família (Tomey & Alligood, 2004).

De forma geral, a Teoria do Conforto de Kolcaba é útil na abordagem à dor crónica no doente oncológico, pois orienta os cuidados de enfermagem para promover o conforto em todas as áreas da vida da pessoa. Esta teoria ajuda a planear intervenções que respondem às necessidades sentidas pelo doente, com o objetivo de aliviar o sofrimento e melhorar o bem-estar. Ao considerar a pessoa como um todo, permite cuidados mais humanos e adequados, contribuindo para uma melhor qualidade de vida e respeito pela dignidade do doente.

6.2. Integração da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba na Prática de Enfermagem

Integrar esta teoria na prática clínica implica reconhecer que o conforto não se limita à dimensão física, mas também às esferas psicoespiritual, ambiental e social exigindo do enfermeiro uma abordagem sensível, individualizada e fundamentada. O modelo de Kolcaba orienta a tomada de decisão e a planificação dos cuidados, permitindo identificar necessidades de conforto específicas e implementar intervenções de enfermagem que favoreçam o bem-estar da pessoa em todos os seus contextos.

No âmbito dos cuidados ao doente oncológico com dor crónica, a aplicação desta teoria revela-se particularmente pertinente, pois contribui para humanizar os cuidados, reforçar a relação terapêutica e garantir que o alívio do sofrimento se concretize de forma ética, competente e empática.

Na sua prática clínica, o enfermeiro inicia o processo de cuidados pela identificação das necessidades de conforto do utente, tendo por base os quatro contextos anteriormente referidos: físico, psicoespiritual, social e ambiental. Esta avaliação é realizada à luz dos três tipos de conforto definidos por Kolcaba — alívio, tranquilidade e transcendência. Após esta identificação, o enfermeiro deve planear os cuidados de forma individualizada, tendo em consideração as especificidades e preferências de cada utente. Segue-se a implementação das intervenções de enfermagem, que podem ser de natureza farmacológica ou não farmacológica,

sempre com o objetivo de responder eficazmente às necessidades identificadas. E, por fim, procede-se à reavaliação do nível de conforto atingido, com o objetivo de saber se as intervenções implementadas tiveram o impacto desejado: o conforto total.

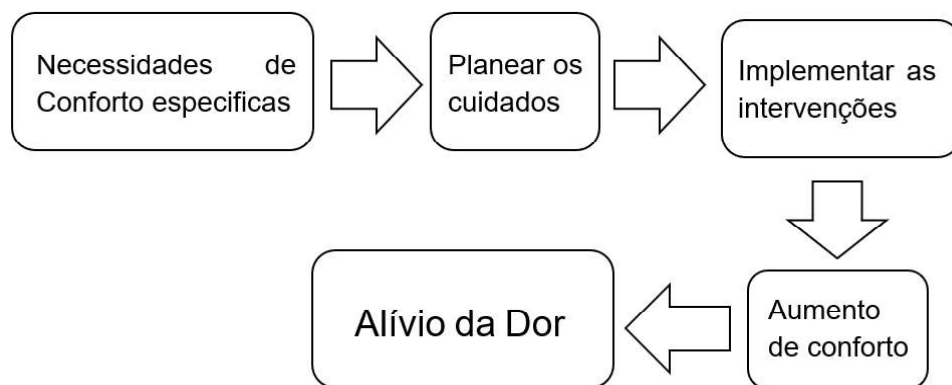


Figura 2- Contextualização da Teoria de Conforto

Fonte: Adaptado de Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. Portugal: Lusociência.

No âmbito deste trabalho, será dado particular ênfase ao controlo da dor, e, conseqüentemente, ao alívio da mesma, situando-se esta dimensão no contexto físico do modelo proposto por Kolcaba.

De forma a sustentar a nossa pesquisa e fundamentação teórica, segundo Kolcaba, torna-se essencial reconhecer que o conforto não é apenas um resultado passivo da intervenção clínica, mas um objetivo proativo e mensurável do cuidar. Esta teoria permite operacionalizar o processo de enfermagem através de quatro etapas fundamentais: avaliação das necessidades de conforto, planeamento de intervenções personalizadas, implementação das mesmas e reavaliação sistemática do conforto alcançado (Kolcaba & Dimarco, 2005).

Neste sentido, a utilização de instrumentos de avaliação, pode apoiar a objetivação da experiência de conforto, contribuindo para uma prática clínica mais eficaz e baseada na evidência. Esta abordagem metodológica, centrada no conforto como resultado desejável, possibilita uma melhor monitorização da dor e uma resposta mais sensível e ajustada às reais necessidades da pessoa com doença oncológica (Kolcaba & Marguerite Ann, 2005; Ribeiro, 2019).

A literatura destaca ainda a importância de integrar cuidados farmacológicos e não farmacológicos, sempre sustentados numa avaliação holística e contínua. Estratégias como a aplicação de escalas específicas, a educação terapêutica da pessoa e da família, bem como intervenções de conforto ambiental e emocional — como o toque terapêutico, técnicas de relaxamento ou mindfulness — são

intervenções que, inseridas no modelo de Kolcaba, reforçam o papel autónomo e especializado do enfermeiro no controlo da dor (Costa, 2023; Ribeiro, 2019).

Além disso, a integração desta teoria favorece a criação de planos de cuidados que respeitam a individualidade e a dignidade da pessoa, sobretudo em contextos de cuidados paliativos, onde o sofrimento tende a manifestar-se em todas as dimensões do ser. De acordo com Kolcaba (2003), a transcendência — enquanto tipo de conforto — adquire especial relevância nestes contextos, pois permite à pessoa encontrar sentido e equilíbrio mesmo em situações de sofrimento persistente (Costa, 2023).

A adoção da Teoria do Conforto no planeamento e execução dos cuidados promove, assim, uma cultura de cuidado centrado na pessoa, humanizado, ético e cientificamente fundamentado. Ao articular as competências do enfermeiro especialista com os referenciais teóricos, reforça-se a identidade profissional da enfermagem como ciência do cuidar e garante-se uma resposta mais eficaz ao fenómeno complexo da dor crónica oncológica (Ordem dos Enfermeiros, 2022).

A evidência recolhida através de projetos de intervenção em contextos oncológicos, como os apresentados por Ribeiro (2019) e Costa (2023), demonstra melhorias significativas na qualidade dos registos de enfermagem, na escolha das escalas de avaliação e na eficácia das intervenções. Estes resultados traduzem-se num impacto direto sobre a perceção de conforto da pessoa cuidada, validando a importância da integração sistemática de referenciais teóricos como o de Kolcaba no quotidiano da prática clínica (Costa, 2023; Ribeiro, 2019).

Em suma, a teoria de conforto de Kolcaba baseia-se na avaliação do desconforto em vários contextos. É essencial que o enfermeiro observe a pessoa de forma holística, considerando todos os aspetos, identifique os fatores que podem influenciar o conforto, e realize intervenções de enfermagem possíveis para melhorar o conforto. Desta forma, esta teoria permite planejar os cuidados facilitando a implementação de estratégias baseadas em evidências para melhorar o bem-estar e qualidade de vida da pessoa.

7. Análise Crítica

A realização deste trabalho final de curso representou uma experiência profundamente significativa e transformadora, tanto do ponto de vista académico como pessoal. O tema escolhido - *Controlo da Dor Crónica no Doente Oncológico: Vigilância e Estratégias* - revelou-se não apenas pertinente, mas também desafiante, por se tratar de uma realidade clínica complexa, de elevada prevalência e com profundo impacto na qualidade de vida dos doentes.

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, tornou-se evidente que a dor crónica no doente oncológico é uma problemática que exige uma abordagem multidimensional, centrada na pessoa, e que implica um conhecimento sólido por parte dos profissionais de enfermagem. Foi precisamente com este objetivo - aprofundar o papel do enfermeiro na vigilância e controlo da dor - que este trabalho foi delineado e concretizado.

Através de uma revisão narrativa da literatura, procurou-se reunir, sistematizar e analisar informação relevante e atual sobre a temática em estudo. A opção por esta metodologia foi justificada pela necessidade de obter uma visão abrangente e integrada dos diversos contributos teóricos, normativos e clínicos disponíveis, tendo sido consultadas fontes institucionais reconhecidas, como a Direção-Geral da Saúde, a Organização Mundial da Saúde, a Ordem dos Enfermeiros e a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, entre outras. Para facilitar a visualização e consulta dos principais documentos utilizados, foi elaborada uma tabela, da nossa autoria, que se encontra no Apêndice 1, onde constam as fontes mais relevantes que sustentam o nosso trabalho.

Ao nível do conteúdo, o trabalho revelou-se estruturado e coerente, com uma progressão lógica entre os capítulos que permitiu aprofundar, de forma gradual, os vários aspetos relacionados com a dor crónica no doente oncológico. A análise da dor - desde a sua definição, classificação, causas e impacto - foi desenvolvida com base em literatura científica e guias clínicos atualizados, o que permitiu compreender a complexidade desta experiência humana. Foi também dado especial destaque à avaliação da dor, com recurso a diferentes escalas, e à explicitação dos critérios que orientam a sua escolha e aplicação.

A análise dos diversos conteúdos teóricos permitiu-nos refletir de forma crítica a complexidade da dor crónica no doente oncológico, uma condição que ultrapassa largamente a dimensão física do sofrimento. A dor, tal como contextualizada ao longo do trabalho, apresenta-se como um fenómeno multidimensional e subjetivo, cuja persistência compromete o bem-estar psicológico, social, funcional e espiritual da pessoa. A literatura analisada reforça a necessidade de uma abordagem global e contínua, na qual o enfermeiro assume um papel central e insubstituível.

Após a análise de diversos documentos, verificamos que a avaliação rigorosa da dor, através do uso sistemático de escalas adaptadas à condição do doente, revela-se um pilar essencial na prestação de cuidados eficazes. Esta prática exige

não só o conhecimento técnico, mas também sensibilidade e capacidade de escuta ativa por parte do enfermeiro, que deve interpretar os sinais verbais e não verbais do doente.

Outro aspeto evidente na análise é a importância de combinar estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da dor. A escada analgésica da OMS continua a ser uma referência válida, sendo que a sua aplicação deve ser feita com base numa avaliação individualizada, adaptada à resposta de cada doente. O recurso a técnicas não farmacológicas, como a massagem, relaxamento ou a criação de um ambiente terapêutico adequado, destaca a dimensão holística do cuidar em enfermagem.

Neste contexto, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba contribui ao reconhecer o conforto como objetivo e indicador do cuidado, permite ao enfermeiro planear intervenções alinhadas com as necessidades do doente.

A sua estrutura permite perceber a importância de cuidar para além do alívio físico da dor, valorizando igualmente o conforto psicoespiritual, ambiental e social do doente. A sua aplicação orienta os cuidados para o alívio e a transcendência, em fases terminais, onde a cura já não é possível, mas o conforto permanece plenamente alcançável.

Ao longo dos capítulos, foi também evidente o impacto profundo da dor crónica na saúde psicológica do doente, nomeadamente nas manifestações de ansiedade, depressão, incerteza quanto ao futuro e perda de autoestima. Estes aspetos, devem ser objeto de intervenção por parte da equipa de enfermagem, reforçando a importância do acompanhamento próximo, da escuta ativa e da criação de uma relação terapêutica de confiança.

A educação para a saúde, aliada à vigilância ativa, surgiu como outra dimensão essencial no trabalho: empoderar o doente, promover a sua literacia em saúde e envolver o doente ativamente no processo de decisão terapêutica. Estes são aspetos que, segundo os dados analisados, contribuem significativamente para o aumento da adesão terapêutica e para o controlo da dor.

Assim, esta análise crítica demonstra que o papel do enfermeiro no controlo da dor crónica no doente oncológico vai muito além da mera execução de cuidados técnicos. A prática baseada na evidência deve caminhar lado a lado, com uma prática baseada no conforto, conforme proposto por Kolcaba, de modo a garantir não só a eficácia clínica, mas também a dignidade e o alívio do sofrimento da pessoa em todas as suas dimensões.

Outro aspeto relevante foi a articulação dos conhecimentos sobre a avaliação e o controlo da dor crónica como também da escuta ativa enquanto ferramenta de apoio ao doente, com a experiência adquirida durante o estágio em cuidados paliativos. Esta vivência prática proporcionou uma compreensão mais profunda e realista das dificuldades sentidas pelos doentes oncológicos, bem como das

estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, no controlo da dor. A observação da aplicação das escalas de avaliação da dor e a participação ativa em intervenções farmacológicas e não farmacológicas permitiram integrar teoria e prática de forma efetiva. Esta articulação contribuiu não só para a consolidação dos conhecimentos adquiridos, mas também para o desenvolvimento de competências clínicas, relacionais e éticas fundamentais para o exercício profissional. Embora durante o estágio não fosse seguida uma teoria de enfermagem, foi evidente que grande parte dos cuidados prestados assentava na promoção do conforto do doente em sofrimento. Esta constatação levou-nos a reconhecer a relevância da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba, cuja aplicação revelou-se coerente com a prática observada e adequada aos princípios que orientam os cuidados paliativos, motivo pelo qual foi selecionada como referência deste trabalho.

8. Considerações finais

A dor crónica no doente oncológico constitui um dos sintomas mais prevalentes e incapacitantes, com impacto significativo na qualidade de vida, quer a nível físico, emocional e psicológico. A sua gestão eficaz assume, por isso, um papel central nos cuidados de enfermagem, exigindo uma abordagem holística e centrada na pessoa.

Ao longo da realização deste trabalho, foi possível compreender que o controlo da dor crónica deve basear-se numa vigilância rigorosa e contínua, numa avaliação sistemática e na implementação de estratégias adaptadas às necessidades individuais de cada doente. A vigilância em saúde e a educação para a saúde revelam-se ferramentas indispensáveis, permitindo identificar precocemente fatores de risco e promover o autocuidado.

Respondendo à questão central deste trabalho “Quais são as principais estratégias de controlo da dor crónica no doente oncológico”, conclui-se que estas devem englobar intervenções farmacológicas e não farmacológicas. No âmbito farmacológico, destacam-se os analgésicos não opioides, os opioides e os fármacos adjuvantes, cuja utilização deve respeitar a Escada Analgésica da OMS, garantindo uma abordagem gradual e individualizada. Paralelamente, as intervenções não farmacológicas oferecem um contributo fundamental, com técnicas focadas no conforto.

Tanto o objetivo geral como os objetivos específicos definidos na introdução foram devidamente abordados e desenvolvidos ao longo do trabalho, permitindo concluir, com sucesso, aquilo que inicialmente nos propusemos alcançar.

A avaliação da dor revelou-se outro pilar essencial, sendo imprescindível o uso adequado de escalas validadas, como a Escala Numérica, Qualitativa, Visual Analógica, e FLACC, que permitem quantificar e monitorizar a evolução da dor, promovendo uma intervenção eficaz e ajustada.

Neste contexto, o enquadramento teórico assumiu também um papel fundamental na estruturação dos cuidados. A Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba revelou-se uma ferramenta teórica de elevado valor para a prática de enfermagem, ao orientar os cuidados com base nas necessidades de conforto da pessoa, em todas as suas dimensões, física, psicoespiritual, ambiental e social, reforçando a importância de prestar cuidados personalizados, humanizados e centrados na pessoa, especialmente em situações de sofrimento persistente como a dor crónica no doente oncológico.

No que concerne às dificuldades encontradas na realização deste trabalho, a principal limitação prendeu-se com a escassez de documentos científicos atualizados e fidedignos disponíveis *online*. Para colmatar esta dificuldade, recorreremos à consulta de diversas obras físicas, previamente requisitadas, de forma a garantir a fiabilidade e a qualidade da informação utilizada. Alguns dos

documentos mais relevantes encontram-se listados no Apêndice 1, permitindo uma melhor contextualização das fontes. Ainda que tenha sido o obstáculo mais evidente, todo o processo implicou um elevado grau de rigor e empenho, sobretudo no que respeita à investigação e à análise crítica dos conteúdos. Todavia, esta exigência representou também uma oportunidade relevante de desenvolvimento académico, permitindo aprofundar conhecimentos e desenvolver uma visão mais abrangente e sustentada sobre a temática.

Acresce ainda que, a experiência prática adquirida durante o nosso estágio em unidade de cuidados paliativos teve um impacto particularmente enriquecedor. Enfrentar situações reais, contactar com doentes em sofrimento e observar a aplicação concreta das estratégias abordadas permitiu-nos compreender, de forma mais clara e humana, os desafios enfrentados pelos profissionais e a eficácia das intervenções. Sem esta vivência, muitos dos conceitos teriam permanecido apenas teóricos, sem o mesmo nível de compreensão e sensibilidade.

Em suma, a dor crónica no doente oncológico deve ser encarada como uma prioridade nos cuidados de enfermagem, exigindo competência técnica, sensibilidade humana e integração de estratégias múltiplas e complementares. Através da vigilância ativa, avaliação contínua e intervenção adequada, é possível promover o alívio do sofrimento, o conforto e, acima de tudo, a dignidade da pessoa em todas as fases da doença.

Referências Bibliográficas

- APED. (n.d.). *Definição de dor aguda*. Retrieved July 16, 2025, from <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Assembleia da República. (2009). *Lei n.º81/2009*.
- Assembleia da República. (2023). *Despacho n.º 13227/2023*. 50–80. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13227-2023-835712442>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (n.d.). *Cuidados Paliativos*. Retrieved July 16, 2025, from <https://apcp.com.pt/cuidados-paliativos/>
- Barbosa, A., & Neto, I. G. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos: Vol. 1a edição* (Faculdade Medicina de Lisboa, Ed.; Faculdade M. Lisboa).
- Batalha, L. (2016). *Avaliação da dor: Manual de estudo- Versão 1*.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica 2 a edição: Vol. 2.a* (Santos Editora).
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2011). *Tese de Mestrado: Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico*. <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/4007/3002>
- Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameiras, M., & Faustino, S. (2015). *DOR 5o SINAL VITAL*.
- Cordeiro, H., Carvalho, M., Pinto, A. M., Barbosa, A., & Dias, I. (2022). *Dor no doente oncológico ABORDAGEM E TRATAMENTO Especialistas em Medicina Geral e Familiar*.
- Correia, P. R. R. (2021). *Intervenções de Enfermagem para o controlo da dor no doente em cuidados paliativos: uma revisão integrativa*.
- Costa, S. de F. S. (2023). *Tese Mestrado ESEL - Controlo da Dor na Promoção do Conforto do Doente Oncológico em Situação Paliativa-Intervenção Especializada do Enfermeiro*.
- Cunha, H. M. P. (2018). *Dissertação de Mestrado - INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO CONTROLO DA DOR NO PÓS-OPERATÓRIO*.
- DGS. (2003). *Circular Normativa no09/DGCG. A Dor como 5o sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- DGS. (2010). *Orientação no014/2010*. www.dgs.pt
- DGS. (2019). *Manual de boas práticas: Literacia em saúde*. 1–57.
- DGS. (2021). *ESTRATÉGIA NACIONAL DE LUTA CONTRA O CANCRO*.

DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s* Diretora-Geral da Saúde.

https://pns.dgs.pt/files/2023/02/PNS2021-2030_Saude-da-Populacao-em-Portugal.pdf

Diniz, A., Calado, B., Almeida, M., Para, A. P., Da Dor, E., Rodrigues, N., Caseiro, J. M., Bastos, Z., Cristina, A., Fernandes, F., Leonor, A., António, R., Ferreira, G., Melo, A., Gonçalves, A., Lopes, B. C., Salgado, J. A., Carlos, J., Ludovina, P., ... Bouças, S. B. (2001). *Direcção-Geral da Saúde*.

<http://www.dgsaude.ptTel.:218430500Fax:218430530>

Direcção-Geral da Educação. (n.d.). *PROGRAMA DE APOIO À PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE*.

dor.com.pt. (n.d.). *Como avaliar e comunicar a dor: conheça as escalas*. Retrieved July 16, 2025, from <https://www.dor.com.pt/como-avaliar-e-comunicar-a-dor-conheca-as-escalas>

Ferreira, A. C., Félix, A. P., Raposo, C., Ribeiro, C., Barata, E., Barreira, E., Morais, I., Santos, J., Gomes, S., & Mesquita, T. (2024). *(SOBRE)VIVER AO CANCRO: Guia de Apoio (AEOP)*.

https://www.aeop.pt/ficheiros/SobreViverCancro_A5_26fev2024.pdf

Freire, E., Fernandes, R., Pires, C., Gonçalves, E., Saavedra, M., Rocha, M. do C., Cipriano, P., Monteiro, N. F., Silva, S. V., Araújo, A. R., Mota, T., Gonçalves, F., Almeida, P., Pinto, J., Fernandes, R., Ramos, A. R., Monteiro, P., Carneiro, R., Guterres, E. A., ... Cadavez, A. M. M. (2021). *GUIA PRÁTICO de Controlo Sintomático*. https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf

Gonçalves, F. (2019). *Dor crónica*.

Hospital da Luz. (2019, May 13). *Cuidados paliativos: saiba quando são necessários*. <https://www.hospitaldaluz.pt/pt/dicionario-de-saude/cuidados-paliativos-saiba-quando-sao-necessarios>

IASP. (n.d.-a). *Chronic pain*. Retrieved July 16, 2025, from <https://www.iasp-pain.org/resources/topics/chronic-pain/>

IASP. (n.d.-b). *Definitions of chronic pain syndromes*. Retrieved July 16, 2025, from <https://www.iasp-pain.org/advocacy/definitions-of-chronic-pain-syndromes/>

IASP. (n.d.-c). *IASP TERMINOLOGY*. Retrieved July 16, 2025, from <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>

IASP. (2020, July 16). *IASP announces revised definition of pain*. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>

- Instituto de Administração da Saúde. (n.d.). *A PROMOÇÃO DA SAÚDE A CARTA DE OTTAWA*. Retrieved July 16, 2025, from <https://www.iasaude.pt/index.php/informacao-documentacao/promocao-da-saude/152-carta-de-ottawa>
- Kolcaba, K., & Marguerite Ann, D. (2005). Comfort Theory and Its Application to Pediatric Nursing. *Pediatric Nursing*, 187–194.
- Last, J. M. (2001). *A dictionary of epidemiology* (Oxford U. Press).
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (n.d.). *Factores de risco*. Retrieved July 16, 2025, from <https://www.ligacontracancro.pt/factores-de-risco/>
- Loureiro, I., & Miranda, N. (2010). *Promover a saúde- Dos Fundamentos à Ação* (Edições Almedina, SA).
- Marinho, L. A. G. (2013). *A GESTÃO DA DOR EM CUIDADOS PALIATIVOS: SABERES E PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS*.
- Martins, C. F. (2024). *Tese Mestrado - A Dor Oncológica. Intervenção Farmacológica e não Farmacológica. Ocorrência de efeitos adversos no uso de opioides*.
- Máximo, J. C. O. (2018). *Estudo Comparativo na abordagem da dor entre um doente em tratamento de dor crónica não oncológica e um doente em tratamento de dor crónica oncológica*.
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem: Vol. 1.a* (Lidel). Nursing Science. (n.d.). *Why Is the FLACC Scale Important in Nursing*. Retrieved July 16, 2025, from <https://nursing-science.com/knowledgebase/why-is-the-flacc-scale-important-in-nursing>
- OECD. (2023). *Perfil sobre cancro por país 2023 European Cancer Inequalities Registry*. <https://www.oecd.org/termsand->
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *Dor- Guia Orientador de boa prática* (Ordem dos Enfermeiros, Ed.; 1.a).
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Regulamento Do Perfil de Competências Do Enfermeiro de Cuidados Gerais*, 1–24.
- Ordem dos Farmacêuticos. (2023, December 13). *Revisão sobre a utilização de Anti-inflamatórios não esteroídes*. Bentham Science Publishers Ltd. <https://doi.org/10.2174/187152312803476255>
- Ourique, A. (2015). *Aplicação e avaliação de quatro escalas unidimensionais para avaliação da intensidade da dor*. 33.
- Paliativa, M. (n.d.). *Avaliação da dor*. Retrieved July 16, 2025, from <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/210910170751.pdf>

- Pedro, A., & Silva, M. P. (2017). *Manual de rotação de opióides: Vol. 3.a* (Laboratórios Vitória, Ed.).
- Peixoto, S. D. A. (2016). *Tese Mestrado - Métodos Não Farmacológicos de Controlo da Dor*.
- Pimentel, A., Agrelo, A., Aguiar, A., Fontanete, D., Cardoso, G. A., & Fragoso, M. (2022). Dor Irruptiva Oncológica. *APED*, 1–30.
- Portela, J. L., & Neto, I. G. (n.d.). *Dor e Cuidados Paliativos* (PERMANYER PORTUGAL).
- Raposo, C., Santos, J., Ribeiro, A. L., Correia, I., Freitas, M. J., Santos, C., Oliveira, M., & Bidarra, A. (2015). *Entender a dor oncológica -informação de apoio para doentes*.
- Ribeiro, S. da S. (2019). *Tese Mestrado ESEL - Intervenção de Enfermagem na Gestão da Dor Crónica da Pessoa com Doença Oncológica*.
- Rodrigues, A. M. F. M. (2007). *Dissertação: O DOENTE COM DOR CRÓNICA: ESTUDO DA REPERCUSSÃO NA ANSIEDADE, NA DEPRESSÃO E NAS ACTIVIDADES DE VIDA DIÁRIA*.
- Santos, M. da C. J. P. L. dos. (2008). *Dissertação de Mestrado: DOR NO DOENTE ONCOLÓGICO EM FASE TERMINAL - Análise de uma Experiência de Cuidar*.
- Serra, É. A. M. do N. (2011). *Tese de Mestrado: O impacto da dor na qualidade de vida do doente oncológico: factores psicossociais na dor*.
<https://repositorio.cespu.pt/handle/20.500.11816/89>
- SNS. (2016, November 15). *Estratégia Nacional para a Literacia em Saúde*.
Estratégia Nacional Para a Literacia Em Saúde.
- SNS. (2021, October 21). *Cuidados Paliativos*.
<https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/>
- SNS 24. (2025, April 3). *Fatores de risco para o cancro*.
- Sousa, A. M. N. de. (2017). *Tese de Mestrado - Escalas e instrumentos para a avaliação da dor*.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (A. R. Albuquerque, Trans.). 5.a edição.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos: Vol. 2.a* (Climepsi).
- Vicente, A. P. G. (2023). *Tese Mestrado - IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS NO ÂMBITO DO CONTROLO DA DOR À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA: VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS*.
- Vieira, C., Brás, M., & Fragoso, M. (2019). Opióides na Dor Oncológica e o seu Uso em Circunstâncias Particulares: Uma Revisão Narrativa. In *Acta Medica*

Portuguesa (Vol. 32, Issue 5, pp. 388–399). CELOM.
<https://doi.org/10.20344/amp.10500>

WHO. (n.d.). *Health promotion*. Health Promotion.

WHO. (2018). *WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents*. World Health Organization.

Wise, M. G., & Rundell, J. R. (2018). *Textbook of Consultation- Liaison Psychiatry* (American P. Press).

ANEXOS

ANEXO 1 – ESCALA NUMÉRICA

Escala Numérica

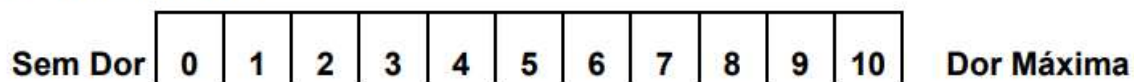


Figura 3 - Escala Numérica

Fonte: DGS. (2003). A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor. Obtido de Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED):

https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

ANEXO 2 – ESCALA QUALITATIVA

Escala Qualitativa

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

Figura 4 - Escala Qualitativa

Fonte: DGS. (2003). *A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor*. Obtido de Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED):

https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

ANEXO 3 – ESCALA VISUAL ANALÓGICA

Um doente com Dor Ligeira assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “Sem Dor” (posição A). Se sofrer de uma Dor Média assinalará uma cruz na zona central da linha (posição B). Se sofrer de uma Dor Intensa assinalará uma cruz próximo da extremidade com a classificação “Dor Máxima” (posição C).

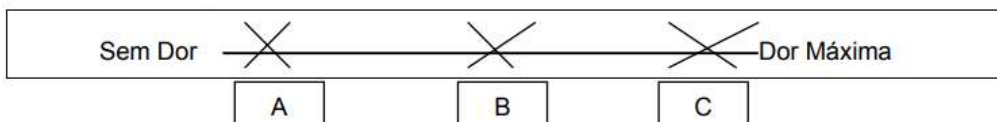


Figura 5 - Escala Visual Analógica

Fonte: DGS. (2003). *A dor como 5ª sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor*. Obtido de Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED):

https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

ANEXO 4 – ESCALA DE FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY

FACE, LEGS, ACTIVITY, CRY, CONSOLABILITY (FLACC)

IDENTIFICAÇÃO			DATA																				
			HORA																				
	0	1	2																				
FACE	Nenhuma expressão particular ou sorriso.	Caretas ou sobrancelhas franzidas de vez em quando, introversão, desinteresse.	Tremor frequente do queixo, mandíbulas cerradas																				
PERNAS	Posição normal ou relaxadas	Inquietas, agitadas, tensas	Aos pontapés ou esticadas																				
ACTIVIDADE	Deitado calmamente, posição normal, mexe-se facilmente	Contorcendo-se, virando-se para trás e para a frente, tenso	Curvado, rígido ou com movimentos bruscos																				
CHORO	Ausência de choro (acordado ou adormecido).	Gemidos ou choramingos; queixas ocasionais.	Choro persistente, gritos ou soluços; queixas frequentes.																				
CONSOLABILIDADE	Satisfeito, relaxado	Tranquilizado por toques, abraços ou conversas ocasionais; pode ser distraído	Difícil de consolar ou confortar																				
Pontuação total																							

© The Regents of the University of Michigan

Figura 6 - Escala de Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

Fonte: DGS. (2010). Orientação nº014/2010. Obtido de Sociedade Portuguesa de Pediatria:

https://www.spp.pt/userfiles/file/evidencias%20em%20pediatria/orientacao%20dgs_014.2010%20de%20dez.2010.pdf

ANEXO 5 – ESCADA ANALGÉSICA OMS



Figura 7 - Escada Analgésica OMS

Fonte: WHO. (1 de Janeiro de 2019). WHO. Obtido de WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents:

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>

ANEXO 6 – MECANISMO DE AÇÃO DOS AINES

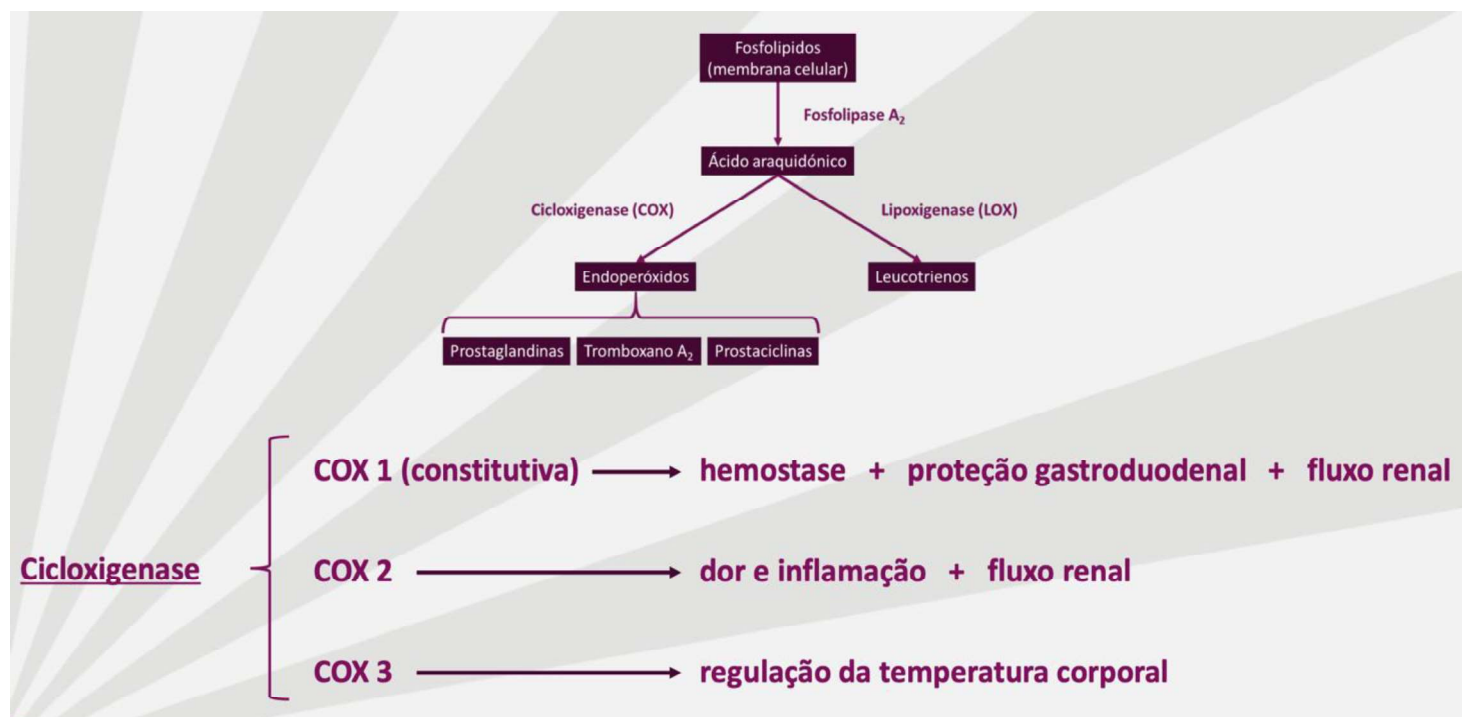


Figura 8 - Mecanismo de ação dos AINEs

Fonte: Ordem dos Farmacêuticos. (13 de Dezembro de 2023). Ordem dos Farmacêuticos. Obtido de Revisão sobre a utilização de anti-inflamatórios não esteróides:

<https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/eventos/cim-a-tarde-na-sociedade-farmaceutica-revisao-sobre-a-utilizacao-de-anti-inflamatorios-nao-esteroides/>

ANEXO 7 – ESTRUTURA TAXONÓMICA DO CONFORTO

		Tipo de Conforto		
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contexto no qual ocorre o conforto	Físico			
	Psico-espiritual			
	Ambiental			
	Social			

Tipo de conforto:

Alívio: Estado do doente que viu satisfeita uma necessidade específica.

Tranquilidade: Estado de calma ou contentamento.

Transcendência: Estado no qual alguém suplanta os seus problemas ou sofrimento.

Contexto no qual ocorre o Conforto:

Físico: Pertencente às sensações corporais.

Psico-espiritual: Pertencente à consciência interna do *self*, incluindo a estima, o conceito, o sexual e o significado na vida de alguém; a relação de alguém com uma ordem ou um ser mais elevados.

Ambiental: Pertencente ao meio, às condições e influências externas.

Social: Pertencente às relações interpessoais, familiares e sociais.

Figura 24-3 Estrutura taxonómica do conforto. (Reimpresso com autorização de Kolcaba, K. & Fisher, E. [© 1996]. "A holistic perspective on comfort care and an advance directive". *Critical Care Nursing Quarterly*, 18 [4], 66-76. Aspen Publishers, Inc.)

Figura 9 - Estrutura taxonómica do conforto

Fonte: Adaptado de Ann Marriner Tomey, Martha Raile Alligood. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra*. LUSOCIÊNCIA.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – SÍNTESE DOS DOCUMENTOS SELECIONADOS

Tabela 2 - Síntese dos documentos selecionados

Autor/ Ano	Título de Documento	Tipo de Documento	Objetivo Principal	Conclusão
(Loureiro & Miranda, 2010)	Promover a saúde: dos fundamentos à ação	Livro	Apresentar os fundamentos teóricos da promoção da saúde e educação para a saúde	Defende que a educação para a saúde deve capacitar os indivíduos para decisões conscientes, através do desenvolvimento de competências críticas e participativas.
(Portela & Neto, n.d.)	Dor e Cuidados Paliativos	Livro	Compreender a dor no contexto dos cuidados paliativos, analisando a sua dimensão total e explorando os princípios da abordagem paliativa	A abordagem paliativa da dor assenta numa visão holística do sofrimento, considerando a dor como um fenómeno total.

<p>(Barbosa & Neto, 2006)</p>	<p>Manual de Cuidados Paliativos</p>	<p>Livro</p>	<p>Caracterizar os diferentes tipos de dor presentes no contexto dos cuidados paliativos</p>	<p>A dor em cuidados paliativos apresenta-se frequentemente como uma experiência complexa e multifatorial, sendo essencial reconhecer e distinguir os diferentes tipos de dor, para compreender adequadamente a vivência do doente e planear cuidados ajustados às suas necessidades.</p>
<p>(Cordeiro et al., 2022)</p>	<p>Dor no doente oncológico: abordagem e tratamento</p>	<p>Documento website</p>	<p>Caracterizar os diferentes tipos de dor no doente oncológico, explorando a sua fisiopatologia, manifestações clínicas; Apresentar orientações para uma abordagem terapêutica adequada, no âmbito dos cuidados paliativos</p>	<p>A dor oncológica é frequente e complexa, exigindo uma abordagem individualizada, baseada na identificação do tipo de dor e numa avaliação contínua.</p>
<p>(Pimentel et al., 2022)</p>	<p>Dor irruptiva oncológica</p>	<p>Documento website</p>	<p>Caracterizar a dor irruptiva oncológica, explicando os seus mecanismos fisiopatológicos</p>	<p>A dor irruptiva oncológica é um tipo de dor intensa, de início súbito e curta duração. Exige uma abordagem específica e diferenciada, uma vez que impacta significativamente a qualidade de vida do doente oncológico.</p>

(Freire et al., 2021)	Guia Prático de Controlo Sintomático	Documento website	Fundamentar a avaliação, classificação e intervenção da dor e outros sintomas em doentes de cuidados paliativos, promovendo uma vigilância ativa e multidisciplinar para melhorar o conforto e qualidade de vida	Este guia prático oferece uma abordagem prática e baseada em evidências para o controlo dos sintomas, fortalecendo a qualidade dos cuidados paliativos.
(Cardoso et al., 2011)	Aspetos Psicológicos do Doente Oncológico	Revista	Sintetizar os principais desafios emocionais enfrentados por doentes oncológicos	O estudo evidencia que o ajuste psicológico do doente oncológico depende de uma abordagem integradora que valorize tanto o suporte emocional como o desenvolvimento de estratégias de coping.
Sousa (2017)	Escala e instrumentos para a avaliação da dor	Monografia de Mestrado	Identificar ferramentas de avaliação da dor, de forma a orientar a seleção da escala mais adequada para diferentes tipos de doentes	A avaliação sistemática da dor, através de escalas adaptadas às características do doente, é fundamental para melhorar os resultados terapêuticos.

<p>Martins (2024)</p>	<p>A dor oncológica. Intervenção farmacológica e não farmacológica. Ocorrência de efeitos adversos no uso de opioides</p>	<p>Dissertação de Mestrado</p>	<p>Analisar as intervenções farmacológicas e não farmacológicas disponíveis, com foco na utilização de opioides</p>	<p>A dor normalmente moderada a grave, sendo os opioides a base do tratamento. Contudo, destaca-se a necessidade de uma escolha criteriosa do opioide, equilibrando a eficácia analgésica com a minimização de efeitos adversos, a fim de melhorar a qualidade de vida do doente.</p>
<p>Pedro & Silva (2017)</p>	<p>Manual de rotação de opioides</p>	<p>Documento website</p>	<p>Fornecer uma abordagem prática e fundamentada para a rotação de opioides no tratamento da dor crónica, abordando desde os princípios básicos da farmacologia dos opioides até as estratégias clínicas para a transição de diferentes fármacos, otimizando o controlo da dor e minimizar efeitos adversos</p>	<p>O manual destaca a importância de uma avaliação clínica rigorosa e uma abordagem personalizada na rotação de opioides.</p>

<p>Tomey & Alligood (2004)</p>	<p>Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)</p>	<p>Livro</p>	<p>Orientar a prática dos enfermeiros, fornecendo uma base científica e humanizada para o cuidado. Estas teorias ajudam a compreender melhor o ser humano e o papel da enfermagem, promovendo decisões mais conscientes e eficazes na assistência</p>	<p>As teorias de enfermagem são fundamentais para uma prática profissional reflexiva e fundamentada. A teoria de Kolcaba, ao enfatizar o conforto como um objetivo central do cuidado, reforça a importância de uma abordagem holística e centrada na pessoa, promovendo empatia e eficácia.</p>
------------------------------------	--	--------------	---	--

