



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

RAÉRCIA DOS SANTOS CARNEIRO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS ADULTAS E IDOSAS EM
CUIDADOS PALIATIVOS COM DOR CRÔNICA: *SCOPING REVIEW*

SALVADOR

2024

RAÉRCIA DOS SANTOS CARNEIRO

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS ADULTAS E IDOSAS EM
CUIDADOS PALIATIVOS COM DOR CRÔNICA: SCOPING REVIEW**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Orientador: Prof. Dr. Rudval Souza da Silva.

SALVADOR

2024

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA-SIBI, pela Bibliotecária Maria de Fátima Martinelli CRB5/551, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C289	Carneiro, Raércia dos Santos
cuidados	Intervenções de enfermagem para pessoas adultas e idosas em paliativos com dor crônica: scoping review/Raércia dos Santos Carneiro.
	Salvador, 2024.
	92 f.: il.
	Orientador: Prof. Dr. Rudval Souza da Silva.
	Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde,

RAÉRCIA DOS SANTOS CARNEIRO

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS ADULTAS E IDOSAS EM CUIDADOS PALIATIVOS COM DOR CRÔNICA: *SCOPING REVIEW*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para obtenção do grau de mestra em Enfermagem e Saúde na Área de concentração “Enfermagem, cuidado e Saúde”, na Linha de Pesquisa “O Cuidado no Processo de Desenvolvimento Humano”.

Aprovada em 15 de Abril de 2024

BANCA EXAMINADORA

Rudval Souza da Silva – Orientador *Rudval Souza da Silva*
Doutor em Enfermagem – Universidade do Estado da Bahia e PPGEnf/Universidade Federal da Bahia.

Elaine de Oliveira Souza – Primeira examinadora *Elaine de Oliveira Souza*
Doutora em Enfermagem e Saúde-Universidade do Estado da Bahia.

Erica Brandão de Moraes - Segunda examinadora *Erica Brandão de Moraes*
Doutora em Ciências – Universidade Federal Fluminense.

Nuno Damácio de Carvalho Félix – Suplente *Nuno Damácio de C. Félix*
Doutor em Enfermagem – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

DEDICATÓRIA

Aos meus pais Rozalina dos Santos Carneiro e Erivaldo Pedro Carneiro.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus pela saúde e inspiração me concedida para pesquisar, escrever e me manter motivada na construção desta dissertação. Em seguida, agradeço aos meus pais Rozalina e Erivaldo, por investirem tudo que possuem em minha educação, por sempre acreditarem em meu potencial e por me incentivarem a sempre buscar mais e dar o meu melhor no que me proponho a fazer. Espero que estejam orgulhosos com a primeira mestra da família.

Às minhas irmãs, Raícia Carneiro e Janaiara Carneiro, que estiveram sempre presentes nesta caminhada, me incentivando e compartilhando as angústias e conquistas. Obrigada Raícia, por sempre dizer que vai dar certo, e que sente muito orgulho do meu processo.

Ao meu esposo, Johaan Boness, por ser o primeiro incentivador desse sonho, mesmo antes de ser aprovada no Mestrado. Obrigada por acreditar e compartilhar de todos os meus sonhos. Obrigada por ser parceiro, por me fazer enxergar que sempre posso ir além, e por me apoiar, independente das circunstâncias. Obrigada por me motivar, quando algumas coisas pareciam muito distantes.

Às minhas amigas Lorena, Ruthe e Andreia, por todo apoio ao longo dessa jornada, por ficarem orgulhosas e comemorarem cada conquista, por menor que fossem. Obrigada pela amizade de mais de 10 anos de história, e por estarem sempre disponíveis quando precisei.

Às minhas companheiras de jornada Ana Carolaine Souza, Aila Passos e Julia Soares, por todo companheirismo e dedicação. Em especial, agradeço a Carol e Aila, que viraram amigas e que muito me ajudaram na construção desta dissertação, sempre colaborativas, solícitas e empenhadas no processo. O futuro de vocês é brilhante, e quero fazer parte dele como amiga e apoiadora.

Ao meu orientador Rudval Silva, por ter abraçado o meu sonho e por ter me apresentado o mundo dos Cuidados Paliativos, me fazendo querer sempre pesquisar mais sobre o tema e colocar em prática os conhecimentos adquiridos. Obrigada pela paciência, compreensão, ensinamentos constantes e por acreditar na minha pesquisa. É uma honra ser orientada por um doutor referência em Cuidados Paliativos.

Ao meu eterno orientador Nuno Félix, que desde a graduação me ajudou a traçar o caminho que eu desejava e acreditou no meu potencial. Obrigada por ter enfrentado tantas batalhas ao meu lado, e por me apoiar, mesmo quando outros colegas não permaneceram. Você é luz na minha vida, e sempre será o meu orientador e amigo.

Às minhas companheiras de mestrado, Bruna Carneiro e Brenda Cunha. Brenda, obrigada pela companhia nas viagens de Ferry Boat, lancha rápida e afins. Bruna, obrigada pelo teto em Salvador e pela sua amizade.

Ao meu professor do Ensino Médio, Evando Oliveira por, mesmo sem ter noção, contribui muito na minha escrita acadêmica e interesse pela área acadêmica, realizando cursos de escrita e redação, mesmo fora do seu horário de trabalho. Obrigada por “pegar no pé” e nos fazer sermos melhores.

Obrigada por serem sempre presentes em minha vida e por apoiarem os meus sonhos e me acolherem no processo. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001".

O presente trabalho foi realizado com apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

This study was financed in part by the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB).

“Cuidados Paliativos não é sobre morrer, é sobre como viver até lá”
(Ana Michelle Soares)

RESUMO

CARNEIRO, Raércia dos Santos. Intervenções de Enfermagem para Pessoas Adultas e Idosas em Cuidados Paliativos com Dor Crônica: *Scoping Review*. 2024, p f.92. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2024.

Identificar as intervenções de enfermagem no manuseio da dor crônica em adultos e idosos em cuidados paliativos. Trata-se de um estudo de revisão do tipo *Scoping Review* em conformidade com as recomendações propostas pelo *Joanna Briggs Instituto*, sendo incluídos estudos nos idiomas inglês, português, francês e espanhol, sem recorte temporal pré-estabelecido, com adultos e idosos em CP em 05 bases de dados: MEDLINE/PubMed, Scopus, *Web of Science*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* e *National Grey Literature Collection*. Na busca inicial, encontrou-se 1530 estudos e, após remoção dos estudos duplicados, restaram 1147. Posteriormente, após leitura do título e resumo, excluiu-se 117, restando 30 para leitura completa. Ao final, 15 estudos compuseram o corpus da análise qualitativa. As intervenções encontradas foram categorizadas conforme os fatores da Teoria dos Sintomas Desagradáveis: fisiológicas, psicológicas e situacionais. No que tange aos fatores fisiológicos, encontrou-se trinta e nove intervenções de enfermagem e, dentre elas, as que mais predominarem dizem respeito a: “Administrar medicação para dor”, “Monitorar o estado respiratório”, “Estimular períodos alternados de repouso e atividade”, “Monitorar sinais vitais” e “Orientar toque terapêutico”. Nos fatores psicológicos, identificaram-se trinta e sete intervenções, com predomínio das seguintes: “Orientar sobre a realização de massagem”, “Escuta ativa”, “Estabelecer confiança”, “Proporcionar orientação para a realidade”. Quanto aos fatores situacionais, observou-se vinte e oito intervenções de enfermagem, com maior citação das apresentadas a seguir: “Manter a dignidade e a privacidade”, “Orientar sobre musicoterapia”, “Garantir a continuidade dos cuidados” e “Criar um ambiente seguro para o paciente e remover problemas ambientais”. Os achados do estudo incluem intervenções do cotidiano da enfermeira, possibilitando uma visão ampliada e reforçando a importância dessas intervenções no alívio da dor, sendo essas IE de cunho farmacológico e não farmacológico. Cabe a enfermeira utilizar-se dessa diversidade de IE associadas ao raciocínio crítico que engloba todas as dimensões, físicas, psicológicas e situacionais que envolvem o paciente cuidado, avaliando não apenas sua doença.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Dor Crônica; Processo de Enfermagem; Revisão.

ABSTRACT

CARNEIRO, Raércia dos Santos. Nursing Interventions for Adults and Elderly People in Palliative Care with Chronic Pain: Scoping Review. 2024, p f.92. Dissertation (Master's in Nursing and Health). Postgraduate Program in Nursing and Health, Federal University of Bahia, Salvador, 2024.

Identify nursing interventions in managing chronic pain in adults and elderly people receiving palliative care. This is a Scoping Review study in accordance with the recommendations proposed by the Joanna Briggs Institute, including studies in English, Portuguese, French and Spanish, without a pre-established time frame, with adults and elderly people undergoing PC in 05 databases: MEDLINE/PubMed, Scopus, Web of Science, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature and National Gray Literature Collection. In the initial search, 1530 studies were found and, after removing duplicate studies, 1147 remained. Subsequently, after reading the title and abstract, 117 were excluded, leaving 30 for complete reading. In the end, 15 studies made up the corpus of qualitative analysis. The interventions found were categorized according to the factors of the Theory of Unpleasant Symptoms: physiological, psychological and situational. Regarding physiological factors, thirty-nine nursing interventions were found and, among them, the most predominant ones relate to: "Administering pain medication", "Monitoring respiratory status", "Stimulating alternating periods of rest and activity", "Monitor vital signs" and "Guide therapeutic touch". In terms of psychological factors, thirty-seven interventions were identified, with a predominance of the following: "Guidance on performing massage", "Active listening", "Establishing trust", "Providing guidance on reality". Regarding situational factors, twenty-eight nursing interventions were observed, with the most cited ones presented below: "Maintaining dignity and privacy", "Guiding on music therapy", "Ensuring continuity of care" and "Creating an environment safe for the patient and remove environmental problems." The study findings include interventions in the nurse's daily life, enabling a broader view and reinforcing the importance of these interventions in pain relief, with these IE being pharmacological and non-pharmacological in nature. It is up to the nurse to use this diversity of EI associated with critical reasoning that encompasses all physical, psychological and situational dimensions that involve the patient being cared for, evaluating not only their illness.

Keywords: Palliative care; Chronic Pain; Nursing Process; Revision.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Linha do tempo sobre as gerações do Processo de Enfermagem.....	9
Figura 2 - Fluxograma da Teoria dos Sintomas Desagradáveis.....	25
Figura 3 - Fluxograma PRISMA para seleção dos estudos.....	35

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Estratégia PCC.....	29
Quadro 2- Chaves de busca das respectivas bases de dados.....	31
Quadro 3- Informações extraídas dos estudos.....	32
Quadro4- Informações extraídas dos artigos incluídos na revisão.....	36
Quadro5- Intervenções de enfermagem dos fatores fisiológicos.....	37
Quadro 6- Intervenções de enfermagem dos fatores psicológicos.....	38
Quadro 7- Intervenções de enfermagem dos fatores situacionais.....	39

LISTA DE ABREVIATURAS

- AVC- Acidente Vascular Cerebral
- BVS- Biblioteca Virtual em Saúde
- CCC- Classificação de Cuidados Clínicos
- CIE- Conselho Internacional de Enfermeiras
- CID- Classificação Internacional de Doenças
- CIPE®- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- COFEN- Conselho Federal de Enfermagem
- CP- Cuidados Paliativos
- DE- Diagnóstico de enfermagem
- DCNT- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
- EUA- Estados Unidos da América
- IASP- *International Association for the Study of Pain*
- IE- Intervenções de Enfermagem
- ICN- *International Council of Nurses*
- ISO- *International Organization for Standardization*
- JBI- *Joanna Briggs Institute*
- MeSH- *Medical Subject Headings*
- NIC- *Nursing Interventions Classification*
- NLM- *National Library of Medicine*
- NOC- *Nursing Outcomes Classification*
- OMS- Organização Mundial da Saúde
- PE- Processo de Enfermagem
- PIBITI- Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação
- SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SC- Subcutânea
- SLPE- Sistemas de Linguagem Padronizada da Enfermagem
- SUS- Sistema Único de Saúde
- TSD- Teoria dos Sintomas Desagradáveis
- WoS- *Web of Science*
- CINAHAL- *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*
- MEDNAR- *National Grey Literature Collection*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DA LITERATURA	20
2.1 CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM	20
2.2 SISTEMAS DE LINGUAGEM PADRONIZADA DA ENFERMAGEM (SLPE).....	24
2.3 IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM	27
2.4 A DOR E O PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	29
2.4.1 A dor crônica	30
2.4.2 A dor crônica e o paciente em palição	32
3 TEORIA DOS SINTOMAS DESAGRADÁVEIS	36
4 MÉTODO	41
4.1 TIPO DE ESTUDO	41
4.2 QUESTÃO DE PESQUISA	41
4.3 FONTES DE INFORMAÇÃO	42
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E DE EXCLUSÃO	42
4.5 ESTRATÉGIAS DE BUSCA.....	43
4.6 SELEÇÃO DE DADOS	43
4.7 EXTRAÇÃO DOS DADOS.....	44
4.8ANÁLISE DOS DADOS	44
4.9ASPECTOS ÉTICOS	45
5 RESULTADOS	46
5.1 BUSCA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS	46
6 DISCUSSÃO	53
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	74
APÊNDICE A- Referências dos estudos incluídos e excluídos na revisão de escopo	86
APÊNDICE B- Motivo da exclusão dos estudos	89
APÊNDICE C- Título e resumo do protocolo de revisão de escopo aceito para publicação na Revista Baiana de Enfermagem	90
APÊNDICE D- Título e resumo do artigo submetido à Revista Anna Nery	91

1 INTRODUÇÃO

O Processo de enfermagem (PE) é uma ferramenta de tecnologia leve que tem possibilitado à equipe de enfermagem pensar, organizar, direcionar e documentar suas ações a partir das necessidades específicas de cada paciente, num contexto em que o indivíduo é observado de forma integral. Com base nas primeiras discussões sobre o PE, iniciadas nos anos de 1950, essa metodologia assistencial tem se tornado cada vez mais necessária às instituições de saúde que desenvolvem o cuidado profissional de enfermagem, a fim de oferecer o cuidado integral às pessoas em situação de doença (Silva *et al.*, 2016).

Respaldado por resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen, 2009; Cofen, 2012), o PE visa possibilitar que a assistência seja planejada para alcançar as necessidades específicas do paciente nos seus diferentes contextos de cuidado, possuindo um enfoque na integralidade, o qual ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas, respeitando a individualidade de cada clientela (pessoa, família ou comunidade).

O Diagnóstico de Enfermagem (DE) é a segunda etapa do PE e é considerada essencial por ser a base para a seleção das Intervenções de Enfermagem mais bem adequadas para cada paciente. Atualmente, existem diferentes sistemas de classificação, conhecidos como Sistemas de Linguagem Padronizada da Enfermagem (SLPE), que tem o propósito de uniformizar uma linguagem expressada pelos enfermeiros para problemas de saúde e/ou doença vivenciados por pacientes.

Dentre as Classificações existentes, podemos citar as mais conhecidas: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]) e o Sistema NNN (NANDA-I) NANDA Internacional, NOC- Classificação de Resultados de Enfermagem (*Nursing Outcomes Classification*) e NIC- Classificação de Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification*) (Cofen, 2009; Mata *et al.*, 2012; Silva, 2016; Silva; Bandeira, Lima, 2016; Argenta *et al.*, 2020).

O estabelecimento de um DE acurado leva o enfermeiro a elaborar um plano de cuidados com intervenções de enfermagem adequadas a cada caso, com enfoque nas particularidades de cada clientela. Tais intervenções referem-se às ações de cuidado, baseadas no julgamento e conhecimento clínico do enfermeiro, tendo por base uma ação fundamentada cientificamente, realizada e prevista em benefício do paciente.

Ainda no tocante às ações/intervenções de enfermagem, observa-se que as linguagens padronizadas anteriormente descritas têm como finalidade direcionar a documentação clínica,

melhorar a comunicação do cuidado, integrar dados em sistemas informatizados, e sua utilização por enfermeiros de diferentes áreas. Além disso, é possível gerar fonte de dados para pesquisas, indicador de produtividade, subsidiar a avaliação de competência, os pagamentos por serviços e a estruturação curricular. Sendo assim, elas assumem tal importância no contexto de controle da dor, uma vez que este sinal vital, quando não tratado adequadamente, afeta a qualidade de vida dos pacientes e de seus cuidadores nas dimensões física, emocional, social e espiritual (Amaral *et al.*, 2012; Argenta *et al.*, 2020).

As intervenções de enfermagem desenvolvidas pela Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) possuem um padrão a ser seguido e representam tratamentos ou cuidados de enfermagem a serem desenvolvidos, formados por várias atividades. Na NIC, as intervenções são estruturadas em três níveis, a saber: sete domínios; trinta classes, inseridas nos domínios e 554 intervenções de enfermagem, desenvolvidas e agrupadas de acordo com os domínios e classes existentes. Em sua constituição, estas intervenções possuem componentes que não podem ser alterados, representados pelos títulos e definições, e componentes que variam de acordo com o raciocínio clínico e a condição clínica do paciente, sendo esses as atividades relacionadas às atividades profissionais na execução das intervenções (Mata *et al.*, 2012; Argenta *et al.*, 2020).

Já com relação à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE[®]), as intervenções de enfermagem possuem o mesmo conceito da NIC, entretanto, a sua estruturação difere quando na NIC há um conceito voltado para cada intervenção seguido por uma relação de atividades, sendo que essas últimas correspondem as intervenções da CIPE[®].

Outra particularidade de CIPE[®] é que esta segue uma estruturação a partir do Modelo de Sete Eixos: foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente. Para estruturar uma intervenção de enfermagem que esteja de acordo com a CIPE[®], recomenda-se a utilização de um termo do eixo ação e, no mínimo, um termo dos demais eixos, excluindo-se o eixo julgamento (Mata *et al.*, 2012; Argenta *et al.*, 2020).

Ainda no tocante à CIPE[®], é importante destacar que esta Classificação segue a norma *International Organization for Standard – Organização Internacional de Padronização (ISO) 18104*, publicada no ano de 2014 e apresentada ao Brasil em sua versão traduzida no ano de 2016, a qual possui como denominação: “Informática em saúde – estruturas de categorias para representação de diagnósticos de enfermagem e ações de enfermagem e sistemas de terminologia” (Argenta *et al.*, 2020). Esta organização, de caráter internacional, tem por finalidade preparar normas internacionais, agrupando as variadas terminologias e classificações

utilizadas. Um de seus idealizadores corresponde ao Conselho Internacional de Enfermagem (CIE) (Marin, 2009;ISO, 2014).

Baseado nesta organização, as terminologias devem ser estruturadas a partir de conceitos clínicos que possibilitem a leitura tanto por máquinas, quanto por seres humanos, havendo a necessidade de conceitos e estrutura de categorias. O conceito é entendido como uma unidade que pode apresentar um ou vários termos, e estrutura de categorias refere-se à forma utilizada para organizar os conceitos, de acordo com as características comuns. (Argenta *et al.*, 2020; ISO, 2014).

Nessa perspectiva, pode-se inferir que uma das dificuldades para manuseio adequado da dor é a inadequação dos modelos de sua avaliação e as lacunas na formação dos profissionais de saúde sobre dor e analgesia, resultando no uso incorreto de terapias analgésicas que podem ser consideradas como possíveis causas do insuficiente alívio da dor, bem como negligência relacionada ao paciente que apresenta sintomas álgicos (Calil; Pimenta, 2005; Nascimento *et al.*, 2016).

A dor segundo sua definição revisada em 2020 é conceituada como uma experiência sensitiva e emocional desagradável, que pode estar associada ou ser semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial, abrangendo as mais variadas experiências de dor, sendo válida tanto para dor aguda como crônica (Williams; Craig, 2016; Raja, *et al.*, 2020; Santana, *et al.*, 2020).

A dor crônica não está relacionada apenas com a permanência ou aparecimento de alterações neurovegetativas, os sinais de alerta. É mais que um sintoma, é a persistência da doença, permanecendo após a cura da lesão, podendo ter relação também com processos patológicos crônicos que são comuns durante a avaliação para a indicação dos cuidados paliativos. O tempo para ser considerado como indicativo de “dor crônica” apontado pela literatura corresponde a um tempo igual ou superior a três meses da vigência da dor (Sallum; Garcia; Sanches, 2012; Raja, *et al.*, 2020).

Ainda no tocante à dor crônica, observa-se ser esse um sinal clássico nos pacientes em Cuidados Paliativos (CP). Os CP visam proporcionar ao indivíduo e família um cuidado voltado para aspectos fisiológicos, emocionais, espirituais, sociais e culturais no processo de morrer e morte, a fim de proporcionar qualidade de vida na condição de uma doença terminal vivenciada por este indivíduo. Além disso, deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar em saúde, com o intuito de controlar e aliviar a dor crônica e outros sintomas biopsicossocioespirituais (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2019).

A equipe de enfermagem tem papel fundamental no cuidado ao indivíduo em palição, haja vista que são os profissionais que possuem contato direto com o paciente, nas vinte e quatro

horas do dia. Entretanto, o cuidado para estes indivíduos deve estar voltado não só para a parte técnica e científica, mas também para um cuidado integral, envolvendo a escuta, ajuda, o toque e a sensibilidade no cuidar do outro, a fim de proporcionar bem-estar nos últimos anos de vida (Silva; Pereira; Mussi, 2015).

Além disso, a enfermeira pode lançar mão de práticas de cuidados como a comunicação adequada, tanto com a equipe, quanto com o paciente e família, gerenciamento de conflitos, bem como uma postura humanística, flexível e de autonomia, a fim de contribuir positivamente para uma maior qualidade no processo de morrer e morte (Silva; Amaral; Malagutti, 2019).

A motivação para o desenvolvimento desta pesquisa decorre da aproximação da mestranda com estudos utilizando-se da CIPE[®], que remonta desde a graduação, ao participar como bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação (PIBITI), no qual integrou a equipe de pesquisa que desenvolveu a avaliação de um aplicativo móvel para o ensino da CIPE[®] (Carneiro *et al.*, 2021). Além disso, foram desenvolvidos trabalhos com a temática, sendo um deles premiado em evento acadêmico (Ramos *et al.*, 2020; Carneiro *et al.*, 2021), bem como a inserção em projetos para criação de aplicativo para o cuidado cardiovascular, alicerçado na CIPE[®].

Nessa perspectiva, este estudo torna-se relevante e se justifica na medida em que se observa o número reduzido de intervenções de enfermagem voltadas para o paciente com dor crônica, o que foi desenvolvido nesta pesquisa, fortalecendo o conhecimento no campo da enfermagem e contribuindo positivamente para o cuidado dos indivíduos que sofrem com a dor crônica. Além disso, o estudo possibilita alcançar amplo espectro de conhecimento sobre a temática, bem como ofertar recomendações de campos de pesquisa na área de enfermagem e saúde.

Após busca de protocolos de revisão de escopo na *International prospective register of systematic reviews* (PROSPERO) para identificação de possíveis revisões em andamento, identificou-se 20 protocolos, mas nenhum deles apresenta a mesma estratégia PCC que a desenvolvida neste estudo.

Além disso, foi realizada uma busca preliminar para identificar possíveis revisões de escopo, sobre o objeto de estudo da presente dissertação, na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na Pub Med, e não foi localizado qualquer outro estudo de revisão semelhante.¹

¹A busca na BVS ocorreu no mês de novembro de 2022, e a busca na PubMed foi realizada em março de 2023, nos idiomas português, inglês, francês e espanhol.

Após busca assistemática com aplicação dos descritores “Intervenções de Enfermagem “e “dor” na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), voltada para publicações dos últimos dez anos, foram identificados apenas três estudos que abordassem diretamente as intervenções de enfermagem para o adulto ou idosos com dor crônica. Os estudos são voltados para as práticas de enfermagem ao paciente com dor crônica, realizado por meio de uma revisão integrativa, com recorte temporal de 2008 a 2018 (Antunes *et al.*, 2018); revisão integrativa acerca dos cuidados de enfermagem voltados para o manejo da dor em indivíduos adultos e idosos em cuidados paliativos (Rodrigues *et al.*, 2020), e uma revisão de escopo sobre as intervenções realizadas pela enfermagem para gerir a dor da canulação da fístula arteriovenosa do doente em hemodiálise (Pereira, 2020).

Assim, têm-se como **questão de pesquisa**: identificar na literatura quais intervenções de enfermagem são realizáveis no cuidado da dor crônica em indivíduos adultos e idosos em cuidados paliativos na área da Enfermagem?

Dessa forma, a presente dissertação tem por **objetivo** mapear e sumarizar as intervenções de enfermagem no manejo da dor crônica em adultos e idosos em cuidados paliativos.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 CONTEXTUALIZANDO O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O uso do processo de enfermagem (PE) como estratégia de pensar o cuidado de enfermagem originou-se nos Estados Unidos da América (EUA), na década de 1950, através da implementação de ações voltadas para o cuidado, agregando elementos da prática de enfermagem com sistemas teóricos (Cruz, 2008; Toney-Butler; Thayer, 2022). No Brasil, o PE foi implementado pela enfermeira Wanda Aguiar Horta, na década de 70, na qual rompeu paradigmas da época, já que o modelo de enfermagem que era voltado para o gerenciamento das ações de enfermagem passou a ser um modelo clínico centrado na pessoa. Entretanto, somente a partir da década de 1980 é que o PE começou a ser respaldado no país (Ribeiro *et al.*, 2020; Barros *et al.*, 2022).

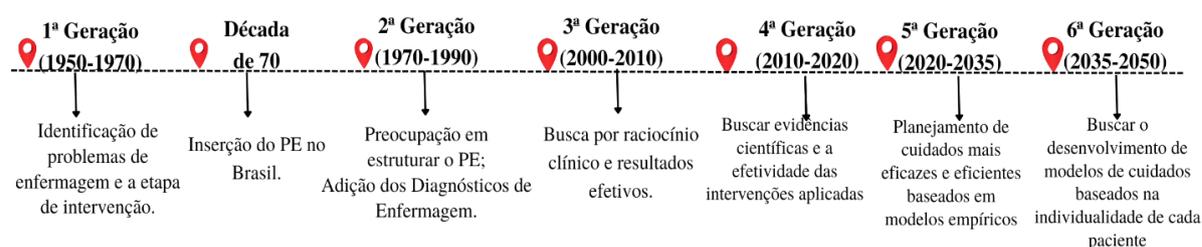
No que se refere à evolução do PE, Barros *et al.* (2022) classifica-o em três gerações, quais sejam: a primeira geração, desenvolvida no período de 1950 e 1970, voltada para a identificação de problemas de enfermagem e a etapa de intervenção, buscando justificar a sua realização. A segunda geração, ocorrida entre 1970 e 1990 é destacada pela preocupação em estruturar o PE, na qual ocorre a adição de uma etapa ao Processo, ao incluir o diagnóstico de enfermagem (Gonzalez-Castillo; Monroy-Rojas, 2016). A última geração diz respeito ao período de 2000 e 2010, que inclui, além das cinco etapas do PE, a busca por raciocínio clínico e resultados efetivos (Barros *et al.*, 2022).

Os mesmos autores enfatizam, ainda, que há sinais do surgimento de uma quarta geração do PE, iniciada em 2010 até o ano de 2020, que tem se debruçado em buscar evidências científicas resultantes de estudos que envolvem a validade dos diagnósticos e intervenções desenvolvidos, assim como da efetividade das intervenções aplicadas. Outra preocupação dessa geração corresponde a distinguir, de forma clara, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) do PE, a fim de que essa distinção possa contribuir positivamente para a prática de enfermagem e para o entendimento das ações de enfermagem no Brasil, com uma prática baseada em evidências (Barros *et al.*, 2022).

A partir do conhecimento baseado em evidências científicas, começa a surgir uma quinta geração do PE, dentro do período de 2020 a 2035, na qual as experiências possibilitam o reconhecimento de padrões utilizados, tendo um modelo de cuidado empírico que proporciona ao profissional desenvolver um cuidado holístico. Pode-se ainda pensar no surgimento de uma

sexta geração do PE, a partir de 2035 a 2050, evidenciada com o desenvolvimento de um modelo de cuidado baseado nas especificidades individuais de cada paciente e compará-las aos dados fornecidos nos diferentes sistemas, proporcionando o gerenciamento do conhecimento com o desenvolvimento das práticas relacionadas ao cuidado (Werveret *et al.*, 2006).

Figura 1 – linha do tempo sobre as gerações do Processo de Enfermagem. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024. Adaptado de Werveret *et al.*, 2006.

Nessa perspectiva, o PE configura-se como uma ferramenta importante na rotina de trabalho do enfermeiro, tendo em vista que organiza o cuidado prestado em saúde, por se tratar de um instrumento metodológico do trabalho, além de possibilitar a reaproximação dos profissionais da enfermagem com o indivíduo que demanda atenção e cuidados. Outra característica relacionada ao PE diz respeito à capacidade de permitir que a assistência seja realizada de forma crítica e sistematizada, com subsídios científicos sólidos, que contribuem para o fortalecimento da enfermagem enquanto Ciência (Souza; Santos; Monteiro, 2013; Soares, 2019; Lotfiet *et al.*, 2019).

No ano de 1989, foi iniciado pelo Conselho Internacional de Enfermeiros um projeto para o desenvolvimento e organização de um sistema internacional para a classificação de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem (Cruz, 2008). Segundo o *International Council of Nurses* (ICN), dentro dos serviços de saúde os profissionais de enfermagem em conjunto com a equipe multidisciplinar devem seguir etapas, a partir do planejamento, implementação e avaliação, garantindo uma assistência adequada do serviço prestado para a prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde pelo cuidado dos doentes (ICN, 2023). As etapas supracitadas remetem-se ao equivalente ao PE a nível internacional e a padronização das ações para garantir uma prestação de cuidado sistematizado.

Ressalta-se que, o profissional de enfermagem deve atuar de acordo com o contexto ao qual está inserido, o país, estado ou província. Dessa forma, deve atender a regulamentação e

as políticas propostas, no caso do Brasil o desenvolvimento do Processo de Enfermagem é respaldado na Resolução COFEN nº 736/2024. De maneira geral, o ICN caracteriza o enfermeiro como profissional capacitado para a prática de acordo com raciocínio crítico de avaliação e diagnóstico, o qual deve gerenciar um cuidado direto e especializado de acordo com as necessidades de quem o recebe (Schober, 2020).

Como exemplo, a Associação Americana de Enfermeiras traz entre as funções da profissional enfermeira, avaliar, diagnosticar e gerenciar as comorbidades apresentadas pelo paciente. Além disso, o Conselho de Enfermagem da Nova Zelândia destaca o papel do enfermeiro na avaliação baseada no pensamento crítico e diagnóstico para a identificação de problemas. A partir disso, planejar, implementar e avaliar as intervenções terapêuticas, sempre envolvendo o paciente nas tomadas e decisões (Schober, 2020).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado pelo COFEN conforme Resolução nº 564/2017 traz como um dos seus princípios fundamentais que

O profissional de Enfermagem atua com autonomia e em consonância com os preceitos éticos e legais, técnico-científico e teórico-filosófico; exerce suas atividades com competência para promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os Princípios da Ética e da Bioética, e participa como integrante da equipe de Enfermagem e de saúde na defesa das Políticas Públicas, com ênfase nas políticas de saúde que garantam a universalidade de acesso, integralidade da assistência, resolutividade, preservação da autonomia das pessoas, participação da comunidade, hierarquização e descentralização político-administrativa dos serviços de saúde (Cofen, 2017, p.1).

E, de acordo com a Resolução nº 736/2024 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), torna-se obrigatório a realização do Processo de Enfermagem em qualquer instituição que preste cuidados de enfermagem, seja ela pública ou privada, a exemplo das instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias e fábricas, de modo que o cuidado seja prestado de forma deliberada e sistemática (Cofen, 2024).

O PE é organizado em cinco etapas, que se apresentam de forma inter-relacionadas, interdependentes, cíclicas e recorrentes, a saber: Avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e evolução de enfermagem, apresentadas em ordem crescente (Cofen, 2024; Cruz, 2008; Loftiet *al.*, 2019; Ribeiro, 2020).

A primeira etapa, avaliação de enfermagem, anteriormente conhecida como coleta de dados, corresponde à fase de obtenção da história do paciente e de sua família, queixas atuais e pregressas, condições de moradia e de saneamento, bem como questões outras que dizem

respeito à coletividade e que se configuram como determinantes em saúde (Cofen, 2024). Nesta etapa, a enfermeira deve atentar-se às minuciosidades relatadas pelos pacientes, a fim de identificar aspectos relacionados com a queixa apresentada. Para que seja possível a realização desta etapa, a enfermeira pode lançar mão de métodos e técnicas variadas.

No que diz respeito ao diagnóstico de enfermagem, este está intimamente imbricado com a etapa descrita anteriormente, já que, é na etapa do diagnóstico que ocorre a interpretação e agrupamento das informações colhidas anteriormente. Além disso, a enfermeira deve lançar mão da escolha de diagnósticos de enfermagem que melhor representem o sujeito/família/coletividade, de acordo com a sua subjetividade (Cofen, 2024). Vale ressaltar que os diagnósticos podem sofrer alterações, de acordo com o processo em que se encontra o sujeito, não sendo, desta forma, fixo e imutável. Outro ponto a se destacar diz respeito ao caráter privativo do enfermeiro atribuído a esta etapa (Loftiet *al.*, 2019).

Ainda segundo o Cofen (2024), a etapa três, que corresponde ao planejamento de enfermagem, tem como finalidade determinar os resultados que se pretende alcançar, baseados na realização das etapas anteriores. Nesta fase, também é possível determinar as ações que serão realizadas, frente às respostas apresentadas pelo público-alvo, com foco na pessoa, família, coletividade e grupos especiais. A implementação de enfermagem compreende a realização de intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial de enfermagem, corresponde à execução das ações e cuidados previamente determinados na etapa do planejamento, respeitando as resoluções e pareceres dos Conselhos Regionais.

Por fim, na evolução de enfermagem, verifica-se se há respostas às intervenções realizadas na pessoa/família/coletividade, a fim de determinar se as ações estão sendo efetivas e de acordo com o estabelecido no planejamento de enfermagem. Além disso, nesta fase, a enfermeira deve avaliar a necessidade ou não de mudanças ou adaptações nas etapas anteriores do PE (Cofen, 2024).

A fim de validar as ações e cuidados prestados, o Cofen (2024) estabelece que deve haver o registro formal da execução do processo de enfermagem, abrangendo um resumo dos dados coletados, os diagnósticos estabelecidos, as intervenções traçadas, alicerçadas nos diagnósticos, e os resultados alcançados.

2.2 SISTEMAS DE LINGUAGEM PADRONIZADA DA ENFERMAGEM (SLPE)

Nos primórdios da prática em enfermagem, os cuidados eram prestados de forma individualizada, não havendo a padronização de uma linguagem pelas enfermeiras, o que, por sua vez, gerou o acúmulo de diferentes terminologias referentes ao mesmo cuidado prestado. Neste cenário, observou-se a necessidade de se desenvolver sistemas de linguagem padronizada que oferecessem uma linguagem em comum, a fim de orientar a assistência dessa categoria (Rutherford, 2008; Argenta *et al.*, 2020).

Os Sistemas de Linguagem Padronizada da Enfermagem (SLPE) são entendidos como estruturas que servem de subsídio para organizar os diagnósticos, as avaliações, intervenções e os resultados de enfermagem, inseridos em uma determinada terminologia. Nesse ínterim, o uso de uma linguagem padronizada interfere positivamente na prática em enfermagem, ao passo que impulsiona o estabelecimento de padrões e regulamenta a prática assistencial (Rutherford, 2008). Ainda, como o próprio termo sugere, a padronização de uma linguagem auxilia os profissionais no tocante à comunicação em saúde, o que fortalece a profissão enquanto ciência.

A padronização da linguagem de enfermagem possibilita, dentre outras características, a comunicação e o fortalecimento da profissão entre profissionais de diferentes hospitais, setores, estados e países, reiterando a capacidade de fortalecimento da profissão, oferecida pelos SLPE. Dentre as funções dos SLPE, pode-se destacar: facilitar a comunicação entre os enfermeiros, facilitar as comparações entre diferentes ambientes e avaliar a eficácia dos cuidados de enfermagem, através da medição dos resultados alcançados (Rutherford, 2008).

A autora citada acima destaca ainda que a padronização de uma linguagem para a enfermagem constitui-se como ferramenta necessária e possibilitadora da criação de bancos de dados, sendo que estes, por sua vez, podem gerar padrões baseados em evidências e, conseqüentemente, melhorar a assistência ao paciente, bem como os resultados esperados.

Dentre as linguagens padronizadas de enfermagem, pode-se destacar: a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a NANDA- I- Nanda Internacional, *Nursing Intervention Classification* (NIC) e a *Nursing Outcome Classification* (NOC), Sistema OMAHA e a Classificação de Cuidados Clínicos (CCC). No Brasil, as quatro primeiras linguagens apresentadas são as mais utilizadas (Marin, 2009; Barra; Sasso, 2011; Mata *et al.*, 2012; Argenta *et al.*, 2020).

Em se tratando de linguagem padronizada, tem-se a predominância do uso no ensino e na prática assistencial dos sistemas de classificação como NANDA Internacional, Inc.,

Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) e a Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), quando comparados à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), mesmo sendo esse último o único sistema de classificação em enfermagem oficialmente reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como inserido na família de classificações internacionais, enquanto classificação relacionada (ICN, 2009; Furuya *et al.*, 2011; Morais; Nóbrega; Carvalho, 2015).

De acordo com Nóbrega *et al.* (2008), a motivação inicial para o desenvolvimento das linguagens anteriormente referidas se deu pela verificação da necessidade de concretizar e ter domínio dos conceitos da disciplina, assim como nomeá-los e classificá-los. Além disso, almejavam reembolso pelos serviços prestados, documentar as ações realizadas pela enfermagem e o avanço e desenvolvimento da profissão. Em seguida, verificou-se que a documentação das ações de enfermagem servia de subsídios para fortalecer a profissão e se tornar elemento chave na demonstração do desempenho da profissão.

No que se refere à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), seu desenvolvimento remonta desde 1989 e permanece até os dias atuais. Após as realizações de conferências e de apresentações de diferentes versões da CIPE®, decidiu-se por, no ano de 2005, lançar a CIPE® Versão 1.0, a fim de apresentar um sistema de classificação que pudesse ser usado em todo o mundo e que contribuísse para o reconhecimento das contribuições que a enfermagem traz para a saúde e a atenção à saúde mundialmente. A versão 1.0 da CIPE® possui sete eixos: foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente (Nóbrega *et al.*, 2008; Argenta *et al.*, 2020).

As versões posteriores da CIPE® passaram a ser denominadas de acordo com o seu ano de publicação, sendo esses: 2011, 2013, 2015 e, por fim, 2017. Estas versões apresentam atualizações, inserção e exclusão de termos, de acordo com a hierarquia classificatória. Além disso, em virtude da complexidade desta Classificação, foram desenvolvidos subconjuntos terminológicos, a fim de atender às demandas de grupos de clientes com prioridades específicas (Argenta *et al.*, 2020).

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), um sistema de classificação validado e codificado, foi desenvolvida a partir do ano de 1987, apresentando em sua estrutura intervenções de enfermagem que estão relacionadas com os diagnósticos de enfermagem da Nanda Internacional. Em sua estrutura taxonômica, a classificação é subdividida em três níveis, no qual o primeiro deles é composto por sete domínios, a saber: fisiológico, fisiológico-complexo, comportamento, segurança, família, sistema de saúde e comunidade. O segundo nível diz respeito às classes, sendo agrupadas em trinta, que estão inseridos e organizados nos

domínios apresentados. Por fim, o terceiro nível corresponde às intervenções de enfermagem, que estão distribuídas com base nas classes e nos domínios, e que, por sua vez, são constituídas de título, definições e atividades (NÓBREGA *et al.*, 2008).

É inegável a importância e necessidade do desenvolvimento e adesão pelos profissionais de enfermagem dos sistemas de linguagem padronizada na enfermagem. Carvalho, Cruz e Herdman (2013) nos proporciona o direcionamento do olhar para a importância dos SLPE no que diz respeito ao raciocínio clínico, à produção de conhecimento e à prática clínica. Conseqüentemente, seu uso pode culminar em melhores resultados, mediante os cuidados oferecidos, que devem ser alicerçados em dados científicos.

Estudo realizado (Barra; Sasso, 2011) em uma revisão integrativa sobre padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação utilizados no cuidado em saúde e Enfermagem demonstrou que, para cada etapa do processo de enfermagem, descritas no item 2.1, existe um sistema de classificação ou terminologias que a enfermeira pode lançar mão em sua prática profissional (Argenta *et al.*, 2020).

Na etapa das intervenções de enfermagem, têm-se: NIC, HHCC, Sistema OMAHA, CIPE, NILT: *Nursing Intervention Lexicon Terminology* (Léxico e Terminologia para Intervenções de Enfermagem), PCDS e PNDS. Para as avaliações ou resultados de enfermagem os autores identificaram: NOC, HHCC, Sistema OMAHA, CIPE, PCDS e PNDS.

Os resultados do estudo citado acima evidenciam a qualidade e a completude dos sistemas de linguagem padronizada em enfermagem, tendo em vista que muitos dos sistemas identificados e utilizados na prática da enfermagem brasileira possuem não apenas uma etapa do PE, mas todas elas, o que contribui positivamente para o uso desses sistemas no cotidiano, e reconhecimento e crescimento da profissão.

2.3 IMPLEMENTAÇÃO DE ENFERMAGEM

Como mencionado no item 2.1, as Implementações de Enfermagem integram as etapas do Processo de Enfermagem (PE): Avaliação de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação de enfermagem e evolução de enfermagem, apresentadas em ordem crescente. A etapa da implementação engloba a realização das intervenções, ações e atividades de enfermagem previstas no planejamento do cuidado assistencial. Além disso, respeita as resoluções e pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem, com vistas à comunicação de qualidade de forma contínua, competência técnica de cada profissional e checagem da execução voltada para as prescrições de enfermagem (Cofen, 2024). Destaca-se que no presente estudo o foco é voltado para as intervenções de enfermagem (IE).

De forma simplificada, o início do desenvolvimento das intervenções de enfermagem, bem como a sua inserção na prática clínica da enfermagem, remonta desde o ano de 1967, quando Helen Yura e Mar B. Walsh descreveram o Processo de Enfermagem em quatro fases, incluindo as intervenções de enfermagem. Neste período, as intervenções eram pautadas em protocolos que descreviam ações, intervenções e procedimentos voltados para situações específicas. Entretanto, em determinadas situações, passaram a apresentar um cunho repetitivo e rotineiro, entendidos de forma generalizada, desconsiderando, assim, as especificidades de cada paciente e a situação em que ele estava inserido (Garcia, 2020).

Em 1973, após a incorporação do termo ‘diagnósticos de enfermagem’, o PE, incluindo aqui as intervenções de enfermagem, sofreram mudanças significativas, ao passo em que se começou a dar ênfase no raciocínio diagnóstico e pensamento crítico, adquirindo a característica de ser dinâmico, em espiral ascendente, o que auxilia de forma benéfica na tomada de decisões sobre as intervenções necessárias, de acordo com as demandas apresentadas (Garcia, 2020).

A partir de 1990 até os dias atuais, entende-se que, para que as intervenções de enfermagem sejam realizadas, necessita-se das outras etapas do PE, a fim de se prestar um cuidado adequado, seguro, digno e alicerçado cientificamente. Nessa perspectiva, inicia-se com o diagnóstico de enfermagem e, uma vez estabelecido, determina-se qual resultado se espera alcançar, criando a obrigação de intervir, a partir das intervenções de enfermagem, e avaliar se essa é, de fato, eficaz (Garcia, 2020).

A *International Organization for Standardization* – Organização Internacional de Padronização (ISO) 18104 estabelece um modelo de terminologia que serve de referência para as ações/intervenções de enfermagem. Segundo a ISO 18104, uma ação é compreendida como um serviço aplicado de forma intencional a um indivíduo que demande cuidados. Nesse sentido, para determinação de uma intervenção de enfermagem, deve-se buscar identificar cinco elementos necessários: ação, em quem age, local, via, meios e sujeito de registros. Dessa forma, deve-se ter um descritor para ação e, no mínimo, um descritor para alvo (aquilo que é afetado pela ação), excluindo-se quando o alvo for o próprio indivíduo (Marin, 2009; Marin, Peres, Sasso, 2013; ISO, 2014).

As ações são representadas pelo verbo no tempo infinitivo; os meios dizem respeito aos instrumentos e técnicas utilizadas para prestar o cuidado; vias são os percursos selecionados (oral, subcutâneo, intradérmico) (Marin, 2009; Marin, Peres, Sasso, 2013).

Estudo realizado por Marin, Peres e Sasso (2013), em uma análise da estrutura categorial da norma ISO 18104 referente aos diagnósticos e intervenções de enfermagem demonstrou adequação da referida norma no que tange à documentação em enfermagem e no auxílio na formação das duas etapas do PE referidas acima, independente da terminologia utilizada.

A Classificação das Intervenções de Enfermagem (*Nursing Interventions Classification*) (NIC) reúne, em sua última versão, 554 intervenções de enfermagem, tendo 1.300 atividades específicas associadas às essas intervenções, validadas por ensaios clínicos, o que confere confiabilidade às IE estabelecidas. As intervenções da NIC elencam ainda, subcategorias: intervenções diretas, indiretas e comunitárias. Além disso, cada IE está relacionada a uma situação clínica, configurando-se como uma ferramenta capaz de contribuir no aprimoramento das ações de enfermagem (Argenta *et al.*, 2020).

Em sua versão de 2017, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) apresenta 4.326 termos, sendo 10 conceitos organizadores, 2.041 conceitos primitivos e 1.915 conceitos pré-coordenados. Dentre os termos, 852 são conceitos de diagnósticos e resultados, e 1.063 conceitos referentes às IE, que podem ser utilizados mundialmente, o que confere caráter integrador a esta Classificação (Argenta *et al.*, 2020).

2.4 A DOR E O PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Raja e colaboradores (2020) da força tarefa da Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP – *International Association for the Study of Pain*), trazem a definição de dor como sendo uma experiência que está intimamente relacionada às sensações e emoções desagradáveis associadas a uma lesão tecidual que pode ser real ou ainda potencial. Esta definição foi desenvolvida no ano de 1979 e utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Em nota, a definição estabelece, ainda, que a dor é sempre subjetiva, estando associada a uma sensação em uma ou diferentes partes do corpo, com caráter sempre desagradável. Portanto, a dor é entendida como decorrente de lesões teciduais ou dores emocionais, evitando a correlação da dor unicamente a um estímulo (Raja *et al.*, 2020).

As discussões anteriores à aprovação da definição trazida pela IASP defendiam que ela deveria valer tanto para a dor aguda quanto para a crônica e a todas as condições de dor. Nesta nova definição a dor é entendida como sendo sempre uma experiência pessoal que é influenciada por fatores biológicos, sociais e psicológicos. Além disso, o termo traz em sua nota que a dor não está exclusivamente relacionada pela atividade dos neurônios sensitivos. Por fim, os revisores apontam que a dor pode ser expressa de diferentes formas, não apenas através da verbalização (Treede *et al.*, 2015; Raja, *et al.*, 2020).

É importante destacar a diferença existente entre a dor aguda e a crônica, de modo que a primeira se inicia com uma lesão ou injúria e as substâncias algogênicas são sintetizadas no local e liberadas, estimulando as terminações nervosas, conhecidas como nociceptores, de fibras mielinizadas finas ou amielínicas (Chen, 2022). Além disso, sua evolução natural é a remissão, porém, em decorrência da ativação de várias vias neuronais de modo prolongado, a dor que antes era caracterizada como aguda, pode se tornar crônica (Sallum; Garcia; Sanches, 2012; Santana *et al.*, 2020).

Dentre as repercussões oriundas da presença de dor aguda, Sallum, Garcia e Sanches (2012) enfatizam a presença de diminuição da saturação de oxigênio, sudorese, agitação, arritmias, taquicardias, diminuição da oferta de oxigênio aos tecidos, aumento da pressão arterial, medo, aumento da contração muscular, ansiedade e risco de sangramento. Associado a essas repercussões, têm-se os seguintes complicadores: diminuição do sono, perda ou diminuição do apetite, dificuldade para tossir, processos tromboembólicos e infecciosos, dificuldade para mexer-se na cama e para respirar profundamente (respiração superficial) e aumento nos níveis de cortisol e no tempo de internação.

A dor aguda pode ser desencadeada por diversas questões, a citar: subavaliação e subtratamento, formação inadequada dos profissionais de saúde frente aos eventos álgicos, bem como os tratamentos farmacológicos, reduzido uso de opioides, crenças e valores incoerentes quanto à dor, dificuldade em mensurar a dor e a ausência de sistematização da avaliação (Sallum; Garcia; Sanches, 2012).

Os instrumentos para a avaliação da dor aguda em adultos correspondem à escala numérica, escala analógica visual, escala de descritores verbais (sem dor/dor leve/ dor moderada/ dor intensa e dor insuportável) e, por fim, o diagrama corporal (Nascimento, Kreling, 2011; Sallum; Garcia; Sanches, 2012).

2.4.1 A dor crônica

Referente à dor crônica, o tempo para ser considerado como processo álgico crônico corresponde a um período igual ou superior a três meses. Em sua definição, a dor crônica é entendida como uma doença que persistente, não estando relacionada a sinais de alerta, mas sim a processos patológicos crônicos (Sallum; Garcia; Sanches, 2012; Raja, *et al.*, 2020).

Em revisão descritiva para verificar a prevalência de dor crônica em pacientes acompanhados nos serviços de saúde no Brasil, Vasconcelos e Araújo (2018) verificaram que a investigação acerca da dor crônica é recente, pois as publicações encontradas englobam o período de 2006 a 2015. Além disso, o estudo evidenciou que este tipo de dor pode acometer pessoas em diversas faixas etárias, que variam de 21,1 a 77,6 anos de idade, sendo mais prevalente em idosos, já que o aumento da dor é diretamente proporcional ao aumento da idade. Quanto à prevalência da dor e sua relação com os estudos realizados considerando os estados brasileiros, a pesquisa demonstrou que a prevalência da dor crônica é maior num estudo realizado na cidade de Jequié na Bahia, e menor em outro desenvolvido em Florianópolis - Santa Catarina. O que corrobora um estudo anterior realizado por Sá *et al.*, (2009), ao verificar a prevalência da dor crônica e fatores associados na população de Salvador – Bahia.

Esta condição afeta cerca de 20% das pessoas em todo o mundo, sendo responsável por 15% a 20% das causas de consultas médicas e, por isso, deve ser considerada um problema mundial de saúde. Observa-se na literatura que há dificuldades e desatualização relacionadas à Classificação Internacional de Doenças (CID), o que interfere diretamente na precariedade da assistência prestada a esse público. Nesse ínterim, desenvolveu-se na nova categoria do CID para a dor crônica os distúrbios comuns clinicamente mais relevantes, quais sejam: dor primária

crônica; dor oncológica crônica; dor crônica pós-traumática e pós-cirúrgica; dor neuropática crônica; cefaleia crônica e dor orofacial; dor visceral crônica; dor musculoesquelética crônica (Treede *et al.*, 2015).

Os autores destacam, ainda, que a presença de dor crônica pode comprometer o desenvolvimento de diversas atividades realizadas pelo indivíduo, a citar: alterações na vida sexual, no sono, nas atividades físicas, modificações no humor, pensamentos negativos e por vezes suicidas, baixa autoestima, alterações nas relações familiares, de lazer e de trabalho (Sallum; Garcia; Sanches, 2012; Darcoso; Darcoso, 2018; Silva *et al.*, 2021).

De acordo com Sallum, Garcia e Sanches (2012), a avaliação da condição de dor crônica se dá através de análise de diferentes campos da vida do sujeito, envolvendo aspectos sociais, comportamentais, valores, crenças, cognitivos, afetivos e expectativas. Dentre os instrumentos utilizados para a avaliação da dor crônica, pode-se citar o questionário de McGill, que corresponde a uma ferramenta utilizada mundialmente para a análise da dor, abordando aspectos tanto quantitativos quanto qualitativos, além das diferentes dimensões na vida do indivíduo, anteriormente citados.

Ainda, enquanto instrumento para análise deste tipo de dor, pode-se destacar: Inventário de Atitudes frente à Dor, composto por sete domínios relacionados às crenças e atitudes do sujeito frente à dor; *Chronic Pain Self-Efficacy Scale*, que busca avaliar a autoeficácia de pacientes com dor crônica (Sallum; Garcia; Sanches, 2012).

Quanto aos tipos de dor crônica citados anteriormente, classificados por Treede *et al.* (2015), a dor crônica primária ocorre quando o indivíduo sente dor em uma ou mais regiões anatômicas, com interferência na realização das atividades de vida diária, bem como sofrimento emocional significativo, com duração igual ou superior a três meses. Neste tipo de dor crônica pode-se destacar a dor crônica generalizada, fibromialgia, síndrome do intestino irritável, dor nas costas que não é identificada como dor musculoesquelética ou neuropática.

A dor oncológica crônica inclui a dor causada pela presença de câncer, bem como a presença da dor causada pelo tratamento para o câncer. Pode ser subdividida em óssea, visceral e somatossensorial, de acordo com a localização, e em contínua ou intermitente, de acordo com a duração.

No que se refere à dor crônica pós-cirúrgica e pós-traumática, esta é entendida como a dor decorrente de um processo cirúrgico ou de uma lesão tecidual, que persiste por um tempo igual ou superior a três meses após o procedimento. A dor crônica do tipo pós-cirúrgica, na maioria dos casos, é do tipo neuropática, interferindo negativamente na qualidade de vida dos indivíduos que a possuem.

A dor neuropática crônica é originada através de uma lesão ou doença no sistema nervoso somatossensorial, podendo ser espontânea ou decorrente de uma resposta aumentada a estímulo doloroso, em uma condição denominada de hiperalgia, ou como resposta dolorosa a um estímulo que normalmente não causaria dor (alodinia). Este tipo de dor pode ser decorrente de Acidente Vascular Cerebral (AVC), trauma de nervo e neuropatia diabética, o que requer diferentes exames para o seu diagnóstico.

No tocante à cefaleia crônica e dor orofacial, estas podem ser classificadas como pertencentes ao grupo da cronicidade quando ocorrem em pelo menos 50% dos dias durante no mínimo três meses. As dores orofaciais crônicas mais comuns são as disfunções temporomandibulares, dor neuropática trigeminal pós-traumática, a dor orofacial idiopática persistente e a síndrome da boca ardente.

A dor visceral crônica são dores originárias de órgãos internos na região da cabeça e pescoço e das cavidades torácica, abdominal e pélvica, sendo percebida em áreas que possuem as terminações nervosas comuns às dos órgãos afetados, a exemplo da pele, músculo e tecido subcutâneo.

Por fim, a dor musculoesquelética crônica é caracterizada como parte de um processo de doença que afeta diretamente articulações, músculos, ossos e tecidos moles relacionados. Possui caráter limitado à dor nociceptiva, sendo caracterizada por inflamações provenientes de infecções, processos autoimunes ou metabólicos, como a artrite reumatoide, além da osteoartrose sintomática.

2.4.2 A dor crônica e o paciente em palição

Como apontado anteriormente, a dor crônica é definida como um processo álgico crônico, que possui duração igual ou superior a três meses, sendo uma doença persistente, que não está relacionada a sinais de alerta, mas sim a processos patológicos crônicos (Raja, *et al.*, 2020).

Para entender os tipos, as características e as formas de avaliação da pessoa com dor crônica e em cuidados paliativos, se faz necessário compreender a dor na sua multidimensionalidade. Nessa perspectiva, Castro *et al.*, (2021), em seu estudo sobre as implicações da dor total e a Teoria do Conforto no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos, enfatizam a necessidade de compreender e cuidar do indivíduo que sofre, através de uma ótica multidimensional, na qual há desprendimento do cuidado apenas à dor física,

estendendo-se para o contexto espiritual, social, e às dificuldades emocionais enfrentadas pelo indivíduo em palição, de forma holística, compondo o conceito de Dor Total. Assim, necessitamos compreender que a dor ultrapassa as barreiras do físico, e que a compreensão dessa pode auxiliar na terapêutica adequada e na promoção de bem-estar (Munkombwe; Petersson; Elgán, 2020).

O atendimento multidimensional das necessidades de alívio da dor está intimamente imbricado com a Teoria do Conforto, desenvolvida por Katharine Kolcaba, haja vista que, para a teórica, existem três tipos de conforto: 1- conforto de alívio, que diz respeito ao atendimento de uma necessidade de conforto atendida; 2- conforto de tranquilidade, definido como um estado de calma; 3- conforto de contentamento ou bem-estar e transcendência, quando o indivíduo possui a capacidade de superar situações estressoras e planejar a sua vida (Castro *et al.*, 2021).

Entretanto, para proporcionar conforto e bem-estar ao paciente em palição é necessário compreender a definição dos CP. Estes são definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) como ações executadas pela equipe interdisciplinar, para proporcionar bem-estar ao indivíduo que encontra-se diante de uma doença ameaçadora ou que estejam em seus últimos anos de vida e sua família, a fim de proporcionar bem-estar e facilitar o processo de morte e morrer, a partir da execução do cuidado em diversas áreas da vida do sujeito, quais sejam: física, social, cultural e emocional, além de auxiliar na prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e dos outros problemas associados (WHO, 2002).

Os princípios filosóficos dos CP correspondem a: afirmar a vida e encarar a morte como um processo natural; proporcionar o alívio da dor e de outros sintomas que causem sofrimento; não interferir na morte (apressar ou adiar); cuidar envolvendo também os aspectos espirituais e psicológicos; contribuir para que os pacientes possam viver ativamente até a terminalidade; trabalhar em equipe, para atender as necessidades da pessoa e família; melhorar a qualidade de vida do sujeito, a fim de influenciar positivamente no curso da doença; conhecer a história do paciente, para compreender e gerir melhor as angústias e complicações clínicas, e ser aplicado no início da doença, associada a outras terapias que tenham como objetivo prolongar a vida (WHO, 2002; Robinson, 2017; Radbruch, 2020).

Os cuidados paliativos devem ser iniciados a partir do momento da tomada de decisão diagnóstica realizada pela equipe interdisciplinar, sendo que, para ser considerado CP, a pessoa deve ter o diagnóstico de uma doença crônica e progressiva. Dessa forma, os CP se desdobram em proporcionar qualidade de vida aos sujeitos que estão nesta condição, em seu processo de

terminalidade, até o momento da morte, através de ações que proporcionem o alívio da dor crônica e dos demais sintomas angustiantes vivenciados (Silva; Amaral; Malagutti, 2019).

Diante do cenário de avanços científicos e, sobretudo tecnológicos, Silva, Amaral e Malagutti (2019) enfatizam que os profissionais de saúde devem atentar-se para a não substituição das ações humanas por máquinas, o que necessita de especial atenção quanto à palição, tendo em vista que nestas condições, o contato humano deve sobressair, proporcionando momentos de conversa, abraços, apoio psicológico, aperto de mão e momentos de carinho, que têm demonstrado eficácia no cuidado ao indivíduo e família. Esse cuidado se respalda na Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson, a qual busca promover uma relação de cuidado transpessoal entre profissional-paciente e assegura um cuidado autêntico e empático (Robinson, 2017).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde que integram a equipe interdisciplinar, sobretudo os profissionais de enfermagem, passam a lidar com pessoas que se encontram em perda da vitalidade, sofrimento psicológico, social e espiritual, requerendo a execução de atividades de cuidado humanísticas (Oliveira; Sobrinho; Cunha, 2016). Cuidado é entendido pelos autores supracitados como o encontro entre o cuidador e aquele que recebe o cuidado, e que para que ele ocorra de forma efetiva, deve-se envolver a pessoa, família e comunidade, e estar alicerçado no conhecimento científico, aliado a valores humanísticos (Silva; Amaral; Malagutti, 2019).

Além disso, ao se deparar com uma pessoa que se encontra em cuidados paliativos, o profissional da enfermagem, em especial a figura da enfermeira, que passa vinte e quatro horas do dia em contato com o indivíduo, se depara com outros sofrimentos vivenciados por estas pessoas, a citar: medo, angústia, fragilidade, náuseas, vômitos, lesões cutâneas (Lesões Por Pressão- LPP), dispneia e dor (Abby; Turner, 2019).

Quanto a este último sintoma, o manejo da dor crônica é o mais difícil nos serviços de saúde, apesar de ser o sintoma mais comum na prática em saúde, por possuir caráter de ser impreciso, por haver estigma ao indivíduo e por profissionais de saúde associarem a dor crônica à dependência de opioides (Ross, 2017). Além disso, este sintoma integra a dimensão biológica dos sinais e sintomas mais prevalentes nos pacientes em cuidados paliativos e, em sua avaliação, devem ser considerados a intensidade/gravidade, o tipo de dor, a duração, aos fatores que exacerbam e o que alivia (Silva; Amaral; Malagutti, 2019; Castro *et al.*, 2021).

Em estudo realizado com a família/cuidador de pessoas em cuidados paliativos, Silva *et al.*, (2020) identificaram as perspectivas destes familiares sobre a dor crônica. O estudo evidenciou que os familiares possuem sentimentos de medo, medo do desconhecido, aqui

incluindo a morte, angústia e impotência em relação ao ente querido que apresenta dor crônica. Para alívio da dor, os familiares afirmaram seguir de forma rigorosa a prescrição médica de analgésicos, entretanto, não utilizaram medidas não farmacológicas para o controle algico. Nessa perspectiva, nota-se o quanto as ações de cuidado também devem estar voltadas para o familiar/cuidador, que experiêcia as angústias e a impotência de não poder agir diante da situação a qual encontra-se o seu ente querido. Além disso, observa-se a necessidade e importância de difundir as técnicas de prevenção e alívio da dor, já que essas são desconhecidas pelos familiares/cuidadores (Cengiz, 2021).

Concomitantemente, o estudo acima citado demonstrou que o manejo/controlado da dor crônica nos indivíduos que se encontram em CP ainda é subdimensionado e que, muitas vezes, as doses de analgésicos são insuficientes, o que gera sofrimento para o ente querido e para o familiar/cuidador que lhe acompanha diariamente. Assim, associa-se este fato à prescrição medicamentosa inadequada, haja vista que não consegue atender a real necessidade do indivíduo e, assim como evidenciado na pesquisa, ao não uso de opioides para o controle da dor crônica. Por sua vez, controle desta dor previne maiores complicações e, conseqüentemente, diminui o estresse da pessoa e do cuidador (Silva *et al.*, 2020).

Quanto aos cuidados de enfermeiras para com a pessoa em palição que sofre com dor crônica, Sá e Teixeira (2022) apontam em seu estudo sobre os aspectos valorizados pelos enfermeiros de uma unidade de cuidados de continuidade perante a dor crônica do indivíduo em CP que os aspectos mais valorizados consistem em: expressão facial, expressão comportamental, comunicação não-verbal, a exemplo de gritos e gemidos, e expressão corporal. Todavia, o estudo demonstrou que a comunicação verbal não é muito valorizada pelos enfermeiros, por alegarem que é difícil comunicar-se com uma pessoa que está em fase de terminalidade.

Dessa forma, compreende-se a importância do uso da comunicação no cuidado ao indivíduo com dor crônica em palição, procurando, na medida do possível, buscar o autorrelato da dor, bem como a associação a práticas humanizadas. Ainda, deve-se procurar conhecer e aplicar as diversas formas de comunicação existentes, com a finalidade de proporcionar bem-estar e alívio do sofrimento à pessoa e à sua família.

3 TEORIA DOS SINTOMAS DESAGRADÁVEIS

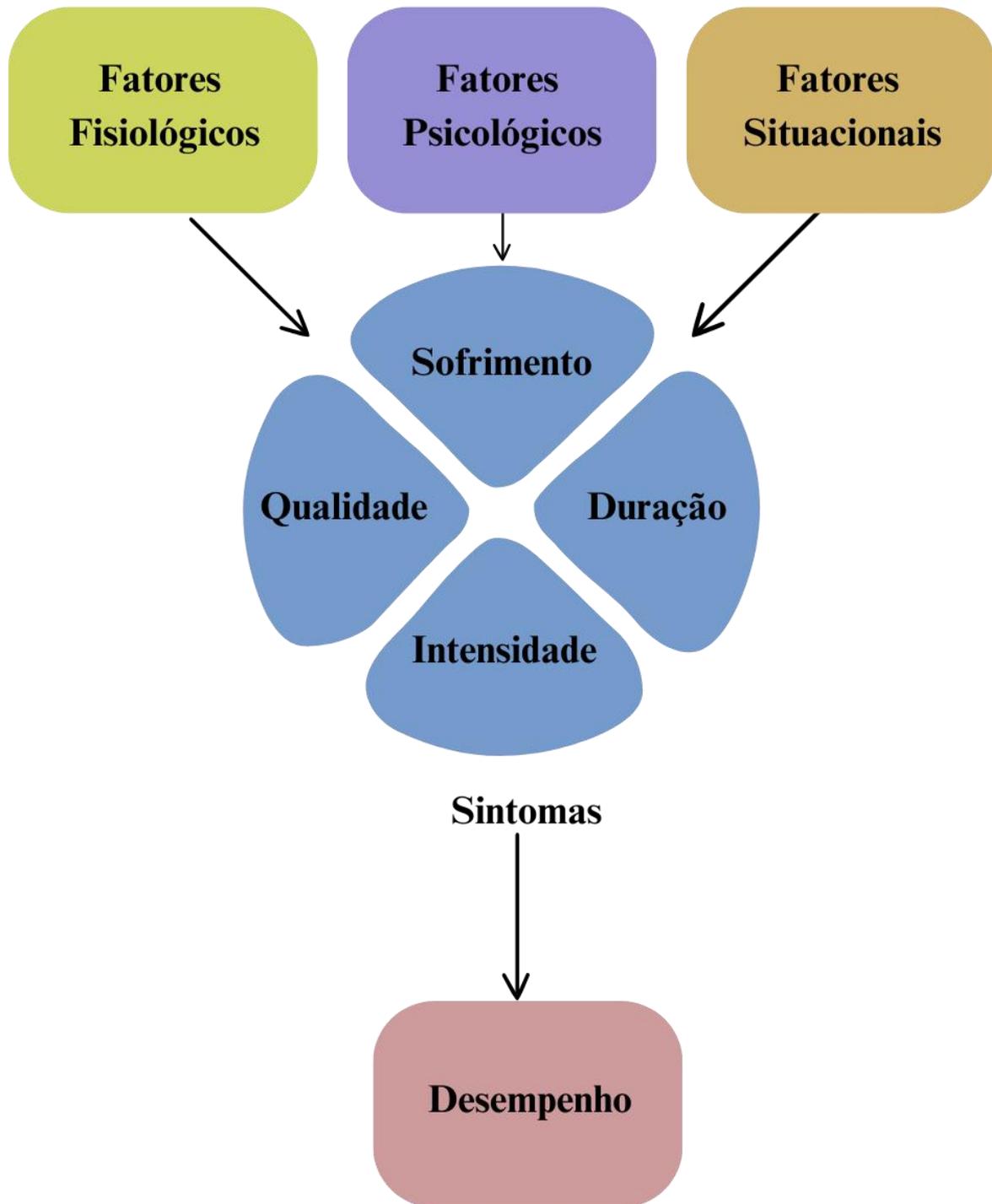
A Teoria dos Sintomas Desagradáveis (TSD), desenvolvida por um grupo de enfermeiras pesquisadoras no ano de 1995 e posteriormente revisada no ano de 1997 por Elizabeth Lenz e Frederick Suppe se configura como uma Teoria de Médio Alcance, a qual permite que os enfermeiros conheçam a multiplicidade de sintomas que podem perpassar a vida de um indivíduo e agir, através de intervenções de enfermagem não farmacológicas, para a melhoria destes sintomas. Esta Teoria pressupõe que a presença e consequente experiência de um sintoma contribui na forma de experienciar outros sintomas. Além disso, permite a presença de variados sintomas e implica que o manejo de um desses sintomas contribuirá para o manejo dos demais (Lenz; Pugh; Milligan, 2020).

O surgimento da Teoria dos Sintomas Desagradáveis se deu a partir de observações clínicas e pesquisas empíricas, com o objetivo de subsidiar a prática de enfermagem. Inicialmente, as pesquisadoras Linda Pugh e Audre Gift estudavam um único sintoma, sendo eles a fadiga e a dispneia, respectivamente. Posteriormente, uniram seus esforços e estudos, juntamente com Elizabeth Lenz para desenvolverem um modelo que fosse capaz de incluir elementos comuns aos dois sintomas investigados, o que despertou o interesse no desenvolvimento de uma Teoria de Médio Alcance nos anos seguintes.

Esta Teoria pode ser utilizada nos cuidados de enfermagem prestados à pacientes que vivenciam e experienciam sintomas relacionados a diversas doenças, a exemplo do câncer, da doença pulmonar obstrutiva crônica, artrite, cirrose, doenças cardíacas, cirurgias de transplante, esclerose múltipla, cirrose hepática, doença de Parkinson, dentre outras (Lenz; Pugh; Milligan, 2020). Nessa perspectiva, observa-se a importância das pesquisas usando esta Teoria para a enfermagem e para os pacientes que vivenciam sintomas, sejam eles únicos ou múltiplos.

A fim de analisar o impacto dos sintomas desagradáveis na vida dos indivíduos, as autoras (Lenz; Pugh; Milligan, 2020) dividem a teoria em três elementos que precisam ser conhecidos e entendidos, quais sejam: **os sintomas**, os quais constituem-se como foco central do modelo, por causarem mudanças na vida dos sujeitos. É conceituado como uma experiência que influencia os resultados do desempenho; **os fatores** que influenciam o surgimento e a evolução destes sintomas, a exemplo dos fatores fisiológicos, situacionais e psicológicos; e as **consequências** desses sintomas na vida daqueles que os apresentam, tanto a nível funcional, como cognitivos. Assim, a referida Teoria busca retratar a multidimensionalidade dos sintomas, as relações existentes entre eles e as possíveis estimulações entre os sintomas.

Figura 2- Fluxograma da Teoria dos Sintomas Desagradáveis. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.



Fonte:Dados da pesquisa, 2024. Adaptado de Lenz; Pugh; Milligan, 2020.

De acordo com as autoras supracitadas, alguns aspectos devem ser levados em consideração ao avaliarmos os sintomas, a saber: as dimensões mensuráveis de intensidade, observadas através da gravidade dos sintomas, o tempo (frequência, duração, padrão de

recorrência e relação estabelecida com eventos precipitantes), angústia, que corresponde à interpretação e reação do indivíduo à sensação causada pelo sintoma, que é diretamente relacionada ao significado que esse atribui a ele, e qualidade, que são descritores utilizados para caracterizar a maneira como sintoma é sentido e a sua localização, sendo esta difícil de ser mensurada, pois é relacionada a cultura, idioma e número de sintomas.

Além disso, as teóricas afirmam que o desenvolvimento dos sintomas é precedido pela união e interação direta entre os fatores de caráter fisiológico, psicológico e situacional, que apresentam dimensões referentes à intensidade ou gravidade, tempo, sofrimento ou grau de estresse e à qualidade dos sintomas apresentados. Quanto à dimensão intensidade ou gravidade, está diz respeito à gravidade ou força do sintoma experienciado, que pode ser quantificado através de escalas ou do que é verbalizado pelo paciente ou observado pela enfermeira (Lenz; Pugh; Milligan, 2020).

A dimensão tempo diz respeito à duração e frequência dos sintomas, podendo classificá-los em agudos ou crônicos, para melhor tratá-los. Assim, necessita-se que a enfermeira realize uma anamnese detalhada, acerca do início, duração e quando os sintomas ficam mais intensos. No que diz respeito ao sofrimento/ angústia, este refere-se ao grau de desconforto que o paciente enfrenta, bem como ao significado atribuído a determinado sintoma, sendo necessário compreender como o sofrimento interage com os demais sintomas e como os influencia.

Por fim, a dimensão da qualidade do sintoma se refere à natureza dos sintomas, à forma como ele é manifestado e vivenciado pelo indivíduo. Aqui, as teoristas reconhecem que cada sintoma possui características próprias, mas que podem interagir com outros sintomas. Assim, cabe à equipe de enfermagem investigar como o sintoma é entendido, como limita as atividades da vida diária e as necessidades humanas básicas (Lenz; Pugh; Milligan, 2020).

Ao analisar a Teoria dos Sintomas Desagradáveis, observa-se que os fatores que influenciam o surgimento, evolução e a experiência dos sintomas (fisiológicos, situacionais e psicológicos) podem estar relacionados uns com os outros, e são considerados como fatores antecedentes.

Concomitantemente, as mesmas autoras enfatizam que os **fatores fisiológicos** correspondem às alterações patológicas nos sistemas relacionadas ao tratamento, bem como dizem respeito à idade, constituição genética, doença precipitante, disfunções e etnia do indivíduo. Ainda, dizem respeito a presença de comorbidades, exames ou outros achados que permitam inferir atribuição à doença ou tratamento. Vale ressaltar que dentro deste mesmo fator pode haver interação entre os diferentes fatores fisiológicos apresentados por uma pessoa.

Os **fatores psicológicos** abrangem aspectos afetivos e cognitivos, a exemplo do humor apresentado antes e depois dos sintomas desagradáveis, estado emocional, reação afetiva à doença, grau de incerteza relacionado ao sintoma ou doença apresentada, nível de autoeficácia e o significado atribuído pela pessoa ao sintoma. Assim, quanto mais precários forem estes fatores, mais desagradável será a o sintoma apresentado.

Quanto aos **fatores situacionais**, as autoras da Teoria complementam que estes dizem respeito ao ambiente social e físico ao qual o sujeito está inserido, bem como o ambiente cultural vivenciado e recursos financeiros que podem influenciar diretamente a expressão dos sintomas. Em suma, dizem respeito ao contexto ao qual o sujeito está inserido. Estes fatores podem ser exemplificados com a natureza física do ambiente ao qual o indivíduo está, se há presença de ruídos, se a temperatura está adequada ou não. Se há apoio social, o estado civil, histórico-cultural, situação socioeconômica, ocupação e demandas familiares.

Nessa perspectiva, observa-se que a presença dos sintomas desagradáveis afeta diretamente a qualidade de vida dos indivíduos acometidos, ao passo em que pode comprometer o desenvolvimento cognitivo e funcional. Nesse sentido, entende-se que intervenções de enfermagem semelhantes podem contribuir no alívio de um ou mais sintoma desagradável (Lopes-Júnior, *et al.*, 2015; Gomes, *et al.*, 2019).

Para afirmar que a presença dos sintomas desagradáveis afeta diretamente a qualidade de vida dos sujeitos, Gomes *et al.*, (2019) em seu estudo que avalia criticamente a Teoria dos Sintomas Desagradáveis trazem as seguintes associações: 1- os sintomas correlacionam-se uns com os outros, tendo em vista que a presença de determinado sintoma pode afetar a experiência de outros sintomas; 2- o surgimento dos sintomas está intimamente relacionado à interação existente entre fatores fisiológicos, psicológicos e situacionais; 3- a quantidade de fatores relacionais é proporcional à influência nos sintomas desagradáveis; 4- o desempenho possui relação recíproca entre os fatores; 5- as dimensões dos sintomas estabelecem influência entre si.

Dessa forma, compreende-se que, embora um sintoma seja diferente do outro, existem dimensões comuns entre eles, que são influenciados por variados fatores, que interferem nas experiências vividas por diferentes sujeitos que apresentam sintomas iguais (Lopes-Júnior, *et al.*, 2015; Gomes, *et al.*, 2019).

Quanto ao componente final da Teoria (as consequências dos sintomas ou desempenho), estes podem incluir habilidades cognitivas, motoras e de comportamento social, podem incluir atividade física e deficiência, baixa concentração, aprendizado e desempenho, bem como a interação social. Nessa perspectiva, as consequências dizem respeito a como o sintoma afeta a

vida do sujeito, em diversas modalidades, sejam elas funcionais ou cognitivas (Lenz; Pugh; Milligan, 2020).

As autoras apontam que o desempenho funcional se refere à capacidade que uma pessoa possui para realizar as atividades físicas e da vida diária, auto cuidar-se e autogerenciar-se, bem como à capacidade de desempenhar papéis pessoais e sociais. Quanto ao desempenho cognitivo, este diz respeito à capacidade de lembrar, se concentrar, aprender, tomar decisões, resolver problemas e pensar. Nesse sentido, entende-se que os sintomas influenciam o desempenho dos sujeitos, ao passo que o segundo afeta a experiência do sintoma e pode alterar os fatores antecedentes, estabelecendo, desta forma, uma relação recíproca.

Diante disso, o propósito da Teoria consiste em melhorar a compreensão, sobretudo da equipe de saúde, acerca da compreensão das experiências relacionadas aos diferentes sintomas em diversos contextos, a fim de gerar informações úteis e, conseqüentemente, intervenções para prevenir e controlar os sintomas desagradáveis e seus efeitos. Além disso, as teóricas a partir de sua proposição nos ajudam a compreender como utilizar uma teoria de médio alcance na pesquisa, na prática, oferecendo subsídios para o desenvolvimento de modelos e outras teorias.

Dessa forma, observa-se que esta Teoria pode ser utilizada para o cuidado de pessoas que se encontram em cuidados paliativos, tendo em vista que estes indivíduos experienciam sintomas como dor, náuseas, fadiga, constipação, de variadas formas e de origem multifatorial. Nessa perspectiva, o manejo e controle adequado desses sintomas contribuem positivamente para proporcionar bem-estar aos sujeitos, o que está diretamente relacionado com os objetivos dos cuidados paliativos. Além disso, a compreensão desta Teoria permite que os enfermeiros possam avaliar e gerenciar melhor os sintomas de seus pacientes (Lenz; Pugh; Milligan, 2020).

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de revisão do tipo *Scoping Review* em conformidade com as recomendações propostas pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI). A revisão do tipo *Scoping Review*, também conhecida como “revisões de mapeamento” ou “estudo de escopo” passou por um processo de desenvolvimento ao longo dos anos, sendo refinada e avançada para a atual definição, requerendo rigor, transparência e confiança, seguindo o método científico e sistemático (Aromataris *et al.*, 2024).

Nessa perspectiva, a revisão de escopo é entendida como uma síntese de evidências sobre uma determinada temática, que visa mapear os principais conceitos relacionados ao objeto a qual deseja-se estudar, alicerçada nas melhores evidências disponíveis, possuindo, portanto, caráter amplo e exploratório (Aromataris *et al.*, 2024).

Dentre os objetivos pelos quais um pesquisador lança mão da pesquisa do tipo revisão de escopo, pode-se destacar: explorar a amplitude da literatura, mapear as evidências disponíveis sobre um tema, identificar e analisar as lacunas existentes e servir de subsídios para o desenvolvimento de estudos futuros. Vale ressaltar que uma mesma pesquisa pode demandar mais de um objetivo supracitado, não sendo um excludente do outro (Aromataris *et al.*, 2024).

O protocolo de revisão de escopo foi registrado na plataforma *Open Science Framework* (OSF), sob número doi.org/10.17605/OSF.IO/3HJFU e seguiu as normas e diretrizes estabelecidas pelo JBI.

4.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Para construção da questão da pesquisa e para direcionar o desenvolvimento de critérios de inclusão e exclusão específicos e nortear a coleta de dados, utilizou-se a Estratégia PCC (Quadro 1). A Estratégia PCC é um mnemônico que auxilia na identificação dos tópicos chave: População, Conceito e Contexto da temática a ser pesquisada (Aromataris *et al.*, 2024), observados a seguir:

Quadro 1 – Estratégia PCC. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.

População	Os participantes serão pessoas adultas e idosas, com idade igual ou superior a 18 anos, que estejam recebendo cuidados paliativos.
Conceito	Será incorporado à revisão estudos que contemplem intervenções de enfermagem para a dor crônica, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas.
Contexto	Aspectos que envolvem as intervenções no campo da Enfermagem, seja no ambiente hospitalar, na atenção primária à saúde, no atendimento domiciliar ou em instituições de longa permanência.

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

Nesse sentido, utilizou-se a estratégia descrita acima para desenvolver a seguinte questão de pesquisa: Identificar na literatura quais intervenções de enfermagem são realizáveis no cuidado da dor crônica em indivíduos adultos e idosos em cuidados paliativos no campo da Enfermagem?

4.3 FONTES DE INFORMAÇÃO

Para a realização desta revisão foram utilizadas as seguintes bases de dados: MEDLINE via Pubmed, Scopus, *Web of Science (WOS)*, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHAL)* e *National Grey Literature Collection (MEDNAR)*, sendo esta última voltada para a literatura cinzenta.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Partindo do exposto na estratégia PCC, têm-se os seguintes critérios de inclusão: população alvo: predomínio de estudos incluindo pessoas adultas e idosas em cuidados paliativos, que possuam o conceito: intervenções de enfermagem para a dor crônica, no contexto do campo da enfermagem. Além disso, foram incluídos estudos disponíveis na íntegra, do tipo pesquisas primárias, revisões, cartas, diretrizes e publicações em jornais, nos idiomas inglês, português, francês e espanhol, sem recorte temporal pré-estabelecido, assim como a literatura cinzenta (MEDNAR).

Foram excluídos artigos incompletos e estudos do tipo nota prévia, sem resultados, que não fazem referência à idade dos participantes e aqueles cujo objeto não corresponde à questão de pesquisa.

4.5 ESTRATÉGIAS DE BUSCA

Foi elaborado o mapeamento de conceitos utilizando o vocabulário controlado da saúde, o tesouro *Medical Subject Headings* (MeSH), produzido pela Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA (*National Library of Medicine*, (NLM)). Realizou-se o mapeamento utilizando os descritores principais e os termos alternativos, acompanhado dos operadores Booleanos AND (inclusão) e OR (alternativo) e o operador de truncagem Asterisco (*), a fim de recuperar todos os termos com o prefixo e/ou sufixo com o radical que o acompanha. Ressalta-se que a estratégia de busca foi realizada com a colaboração de uma bibliotecária.

Com o mapeamento de conceitos estruturado e as bases para busca escolhidas, no dia 24 de março de 2023 foram elaboradas chaves de busca utilizadas para cada base pesquisada, sendo respeitadas as premissas de pesquisa e peculiaridades de cada uma, apresentadas a seguir (Quadro 2). Inicialmente, realizou-se a seleção dos estudos em duas bases de dados, sendo estas Medline/PubMed e CINAHL. Posteriormente, a busca foi enriquecida com os termos descobertos na busca inicial e realizada nas demais bases a qual este estudo engloba, bem como a busca na lista de referências dos artigos selecionados.

Quadro 2 – Chaves de busca das respectivas bases de dados. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.

MEDLINE/Pubmed	https://doi.org/10.1079/searchRxiv.2023.00225
Scopus	https://doi.org/10.1079/searchRxiv.2023.00224
WOS	https://doi.org/10.1079/searchRxiv.2023.00223
CINAHL	https://doi.org/10.1079/searchRxiv.2023.00227
MEDNAR	https://doi.org/10.1079/searchRxiv.2023.00226

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

4.6 SELEÇÃO DE DADOS

Após a delimitação da estratégia de busca e seleção dos estudos iniciais partindo dos critérios de inclusão e exclusão, realizou-se a etapa da seleção dos estudos. Para isso, realizou-se retirada das duplicatas, seleção dos estudos no *Intelligent Systematic Review* (Rayyan) e posterior organização em planilhas do Excel. Em seguida, realizou-se a leitura do título e do resumo, adotando a organização dos achados nas planilhas referidas. Ressalta-se que esta etapa

foi realizada por dois pesquisadores independentes, utilizando-se do cegamento das informações, individualmente, em máquinas diferentes e de forma simultânea.

Ao final desta etapa houve a participação de um terceiro revisor com expertise no assunto, a fim de consensualizar as divergências encontradas no processo, conforme as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI).

Posteriormente, foram analisados os artigos por completo, de forma individualizada, em máquinas diferentes e com simultaneidade entre os avaliadores. Esta etapa também constou com um terceiro avaliador, para solucionar as divergências e com agrupamento em planilha do Excel dos estudos selecionados. Duplicatas foram excluídas em ambas as etapas com o auxílio do *Software Endnote Web*.

4.7 EXTRAÇÃO DOS DADOS

Os artigos selecionados para compor esta revisão foram lidos na íntegra por um par de revisores. Para a extração dos dados utilizou-se uma planilha do Excel contendo informações a serem investigadas nos artigos, a exemplo da referência do artigo, do ano, país/origem, tipo de estudo, doença apresentada, participantes, contexto/cenário e intervenções de enfermagem (Quadro 3). Anteriormente à realização da extração foi realizado um teste piloto de extração das informações supracitadas, com uma tabela construída previamente.

Destaca-se que este instrumento foi passível de sofrer alterações durante o processo de extração dos dados, caso fosse observada a necessidade tanto de inclusão dos itens, quanto de exclusão, com a intenção de obter melhores informações e atender ao objetivo deste estudo.

Quadro 3 – Informações extraídas dos estudos. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.

Referência	Ano/País	Tipo de estudo	Doença apresentada	Participantes	Contexto/cenário	Intervenções de enfermagem
------------	----------	----------------	--------------------	---------------	------------------	----------------------------

Fonte: Dados da pesquisa, 2024.

4.8 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram agrupados numa planilha a ser desenvolvida no programa *Microsoft Office Excel 2016* para posterior análise. Assim, nesta etapa será realizada a extração das

intervenções de enfermagem existentes nas publicações selecionadas nas bases de dados supracitadas e na literatura cinzenta.

Os resultados são apresentados por meio de tabelas, figuras e diagramas, a fim de facilitar a compreensão das informações colhidas e das intervenções de enfermagem associadas à dor crônica. Além disso, esta estratégia foi utilizada com a intenção de correlacionar os achados com a pergunta de revisão. Ainda, associou-se os achados desta pesquisa com a Teoria dos Sintomas desagradáveis, agrupando-os por categorias posteriormente apresentadas. Os resultados foram apresentados conforme o *Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRIMA-ScR) (Tricco *et al.*, 2018).

A estratégia PRISMA-ScR foi pensada e desenvolvida por diferentes especialistas em revisões de escopo, sendo considerada como uma extensão do Relatório Preferencial para Revisões Sistemáticas (PRISMA). Nela, os pesquisadores têm acesso ao *check-list* de itens que devem ser abordados em cada item da revisão de escopo (Aromataris *et al.*, 2024).

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

Por se tratar de um estudo do tipo revisão de escopo, verificou-se que não há necessidade de aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), por não envolver seres humanos. No entanto, os dados apresentados seguirão o método científico, com fontes referenciadas e rigor no tratamento dos dados que serão apresentados como fruto desta dissertação.

5 RESULTADOS

5.1 BUSCA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

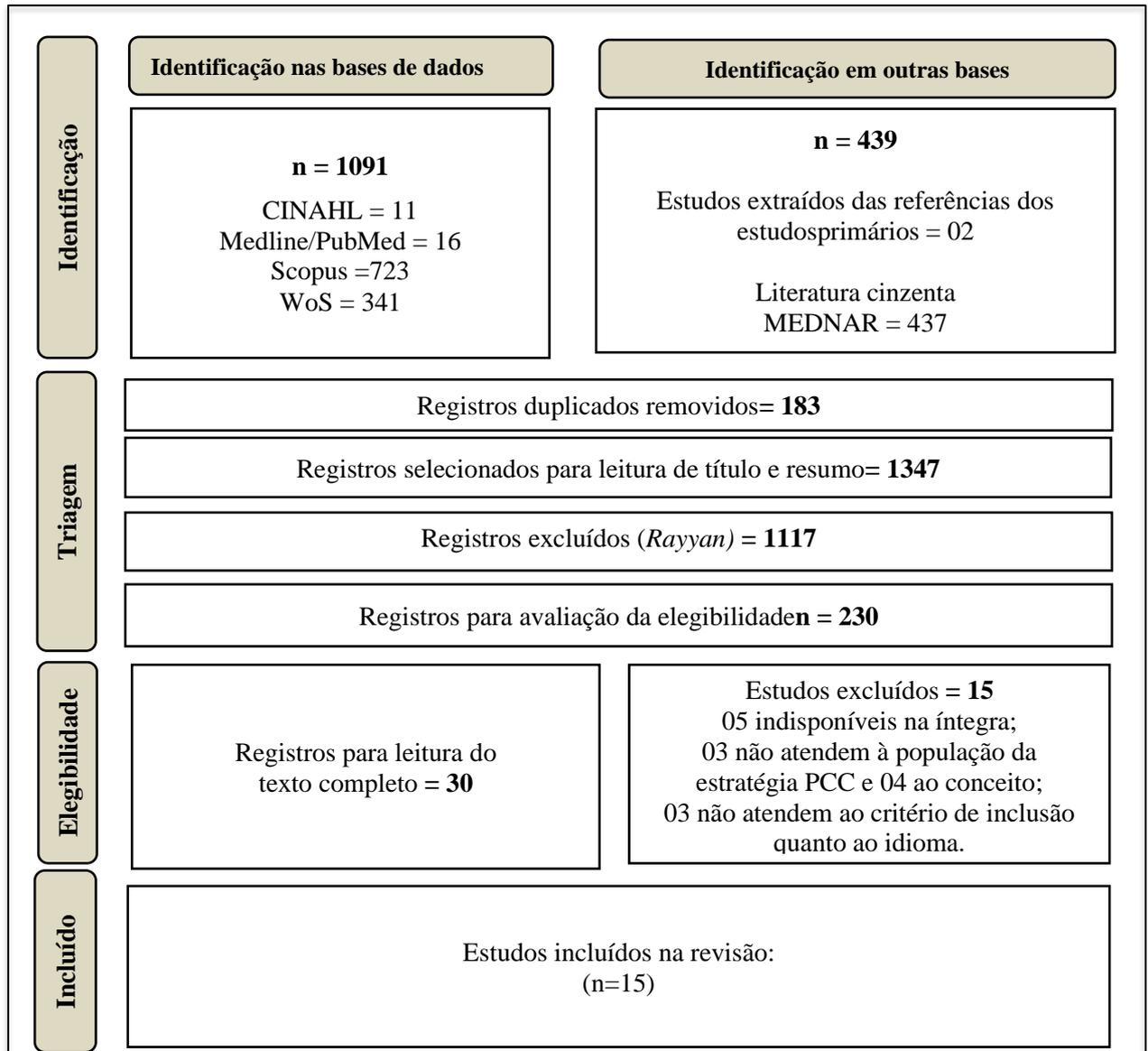
A busca pelos estudos foi realizada nas bases de dados MEDLINE/Pubmed, Scopus, WOS, CINAHL e MEDNAR e, após aplicação das estratégias de busca apresentadas anteriormente, a busca nas bases de dados contabilizaram o total de 1530 estudos. Destes, 16 da MEDLINE, 723 da Scopus, 341 da WOS, 11 da CINAHL e 439 da MEDNAR. Após a remoção dos 183 registros duplicados, selecionou-se 1147 estudos para leitura do título e resumo.

Para a leitura do título e resumo dos 1147 estudos utilizou-se o software *Rayyan*, com o propósito de estruturar os estudos e facilitar a seleção daqueles que atendessem aos critérios de inclusão e à pergunta de pesquisa. Excluiu-se 1117 estudos no *Rayyan*, restando 30 para a leitura do texto completo.

A leitura na íntegra dos artigos selecionados na etapa anterior foi realizada no mês de junho de 2023, por duas pesquisadoras independentes e utilizando o cegamento duplo dos artigos selecionados por cada pesquisadora. Dos 30 estudos selecionados para a primeira etapa da leitura do texto completo, 25 foram elegíveis para integrar este estudo. Após a segunda leitura detalhada e mais criteriosa, incluiu-se 15 estudos para compor o corpus da análise qualitativa desta revisão de escopo, de modo que os artigos que não atenderam aos critérios de inclusão e à pergunta de pesquisa foram excluídos.

A figura 3 demonstra uma descrição de forma detalhada do processo de seleção dos estudos, através da ferramenta PRISMA, utilizada para revisões de escopo, seguindo o preconizado pela JBI.

Figura 3- Fluxograma PRISMA para seleção dos estudos. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.



Fonte: Dados da pesquisa, 2024. Adaptado de PAGE *et al.*, 2021.

Após a seleção dos estudos, foram extraídas as características apresentadas em cada um deles, a saber: referência do estudo, o ano da pesquisa, país de realização, tipo de estudo, qual o diagnóstico relacionado à doença apresentada, os participantes do estudo e o contexto/cenário de aplicação dos cuidados, como demonstrado no Quadro 4. Destaca-se que foram observadas intervenções de enfermagem em todos os 15 estudos, com alto quantitativo de estudos publicados no Brasil (n=3), seguido de três estudos de Portugal, dois da Coreia do Sul, Portugal e Estados Unidos, cada. Quanto ao tipo de estudo, predominou aqueles do tipo descritivo (n=3). No que tange ao tipo de doença apresentada pelos participantes dos estudos analisados, a doença

oncológica foi a que mais apareceu nos estudos (n=5), juntamente com às doenças não especificadas. O perfil dos participantes que mais predominou foram os dos adultos.

Quadro 4- Informações extraídas dos artigos incluídos na revisão. Salvador, Bahia, Brasil, 2024.

Referência	Ano/País	Tipo de estudo	Tipo de doença apresentada	Participantes	Contexto/cenário
E1	2015/ Brasil	Caso clínico	Cardíaca	Adulto	Domiciliar
E2	2013/ Tailândia	Transversal de métodos mistos	NE	NE	Hospitalar
E3	2011/ Filipinas	Descritivo transversal	NE	Adultos	Hospitalar e ambulatorial
E4	2022/ Brasil	Metodológico	NE	Adultos	Domiciliar
E5	2011/ Portugal	Descritivo	Oncológica	Adultos e idosos	Hospitalar
E6	2011/ Coréia do Sul	Descritivo transversal	Oncológica	NE	Hospitalar e ambulatorial
E7	2014/ Coréia do Sul	Descritivo	NE	Adultos	Hospitalar
E8	1995/ Geórgia	Descritivo	NE	Adultos e idosos	Domiciliar
E9	2013/ Portugal	Revisão sistemática	NE	Adultos e idosos	NE
E10	2017/ Portugal	Revisão de escopo	Doenças crônicas não especificadas	Adultos	Domiciliar e hospices
E11	1998/ Austrália	Pesquisa-ação	Oncológica	NE	NE
E12	2010/ Romênia	Transversal	Doenças crônicas não especificadas	Adultos	Hospice
E13	1999/ Estados Unidos	Caso clínico	Oncológica	Idoso	Hospice
E14	1997/ Estados Unidos	Revisão de literatura	Oncológica	Adultos	Hospice
E15	2021/ Brasil	Prospectivo	Oncológica	Adultos e idosos	Hospitalar e Hospice

Fonte:Dados da pesquisa, 2024. **Legenda:** NE - Não especificado.

A seguir, são apresentadas as intervenções de enfermagem para o alívio da dor crônica, categorizadas de acordo com as três dimensões da Teoria dos Sintomas Desagradáveis (fisiológicas (Quadro 5), psicológicas (Quadro 6) e situacionais (Quadro 7). Destaca-se que a categorização das intervenções de acordo com os fatores foi realizada a partir de discussões no Grupo de Pesquisa.

Quadro 5-Intervenções de enfermagem dos fatores fisiológicos (Lenz; Pugh; Milligan, 2020). Salvador, Bahia, Brasil, 2024.

Fisiológicas- correspondem às alterações patológicas nos sistemas relacionadas ao tratamento, bem como dizem respeito à idade, constituição genética, doença precipitante, disfunções e etnia do indivíduo. Ainda, dizem respeito a presença de comorbidades, exames ou outros achados que permitam inferir atribuição à doença ou tratamento (Lenz; Pugh; Milligan, 2020).

- Administrar analgésicos (E5, E7);
- Administrar medicação intravenosa (ou endovenosa) e oral (E7)
- Administrar medicação para dor (E1, E2, E3, E4, E6, E7)
- Administrar terapia de fluidos e eletrólitos (E3, E7)
- Ajudar a pessoa a se alimentar, de acordo com as suas necessidades e aceitação (E15)
- Ajudar o cliente a posicionar-se de forma apropriada para alimentar-se (E9)
- Apoiar uso de terapia tradicional (E2)
- Comer refeições pequenas e fracionadas (E1)
- Encaminhar para fisioterapia (E2)
- Encorajar a realização de atividades físicas compatíveis com os recursos energéticos do paciente (E1)
- Ensinar o uso de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor (E1)
- Ensinar sobre o manejo da dispneia (E6)
- Estimular períodos alternados de repouso e atividade (E1, E2, E33, E4)
- Examinar a pele quanto a cor, temperatura, hidratação, crescimento dos pelos, textura e fissuras ou lesões (E1)
- Fornecer mobilização e posicionamento adequados, a fim de aliviar o sofrimento (E1, E9, E7)
- Gerenciar náusea (E7)
- Gerenciar sintomas (E8, E12)
- Gerenciar vômito (E5)
- Gerir a imobilidade (E7)
- Gerir o delírio (E7)
- Hidratar a pele (E5)
- Implementar abordagem multimodal no manejo da dor (E12)
- Implementar cuidados com a pele/feridas (E1, E7)
- Implementar diretrizes de dor (E2)
- Investigar problemas de mastigação e/ou deglutição (E15)
- Monitorar a pele, especialmente sobre as saliências corporais, na busca de sinais de pressão ou irritação (E1)
- Monitorar o estado respiratório (E2, E3, E4, E6, E7)
- Monitorar sinais vitais (E3, E4, E7)
- Oferecer informações sobre a dor, como suas causas, tempo de duração e desconfortos (E1)

- Orientar o paciente ou o(s) membros da família sobre os procedimentos de cuidados com a ferida (E1)
- Orientar o paciente sobre medidas de controle/minimização de sintomas (E1, E12)
- Orientar sobre escalda pés e reflexologia (E10)
- Orientar sobre o controle da dor (E6)
- Orientar sobre reiki (E10)
- Orientar toque terapêutico (E8, E10, E5, E13)
- Promover conforto físico (E7)
- Proporcionar um cuidado ativo englobando os aspectos físicos, emocionais e espirituais da morte, resultando em momentos transformadores para os pacientes (E12)
- Realizar assistência no autocuidado (E7)
- Realizar higiene oral (E9)

Fonte:Dados da pesquisa, 2024.

Quadro 6- Intervenções de enfermagem dos fatores psicológicos (Lenz; Pugh; Milligan, 2020). Salvador, Bahia, Brasil, 2024.

Psicológicas- abrangem aspectos afetivos e cognitivos, a exemplo do humor apresentado antes e depois dos sintomas desagradáveis, estado emocional, reação afetiva à doença, grau de incerteza relacionado ao sintoma ou doença apresentada, nível de autoeficácia e o significado atribuído pela pessoa ao sintoma (Lenz; Pugh; Milligan, 2020).

- Aliviar a angústia dos sintomas (E12)
- Apoiar manejo (controle), por si próprio (E8)
- Conversar com os pacientes e apoiá-los nesse processo (E5)
- Demonstrar respeito e comunicar-se com pacientes e familiares (E2)
- Encorajar afirmações positivas (E6)
- Escuta ativa (E3, E7, E11, E15)
- Estabelecer confiança (E2, E3, E5)
- Estabelecer objetivos realistas, proporcionando-lhes conforto, diminuindo o seu sofrimento e garantindo que a pessoa possa morrer com dignidade (E9, E12)
- Estabelecer relacionamento (E2, E3)
- Estimular o otimismo (E4)
- Explicar a fisiopatologia da doença e como ela se relaciona à anatomia e à fisiologia, quando adequado (E1, E8)
- Gerar sensação de leveza (E8)
- Gerenciar o luto (E7)
- Identificar expressões do paciente em relação ao alívio da dor, controle dos sintomas e participação nas tomadas de decisões sobre o próprio cuidado (E12)
- Incentivar a busca de sentido (E5)
- Incentivar a compartilhar suas esperanças e medos (E8)
- Incentivar a expressão emocional (E3, E5)
- Incentivar o paciente a expressar preocupações espirituais (E5)
- Facilitar a expressão de crenças e práticas espirituais (E12)
- Oferecer apoio emocional (E5)
- Orientar sobre a realização de massagem (E8, E1, E10, E11, E5, E7, E13)
- Orientar sobre aromaterapia (E10, E5, E13)
- Orientar sobre hipnoterapia (E10)
- Orientar sobre imaginação guiada, terapia do humor ou do riso (E10, E5)
- Orientar sobre meditação (E5)

- Orientar sobre relaxamento (E10, E11)
- Ouvir os pacientes com atenção (E5)
- Perceber a causa da perda do interesse pela comida (E9)
- Promover a autoestima (E5)
- Promover a comunicação verbal de empatia (E14)
- Promover assistência de enfrentamento (E7)
- Promover conforto psicológico (E7)
- Proporcionar orientação para a realidade (E5, E14)
- Proporcionar um cuidado ativo englobando os aspectos físicos, emocionais e espirituais da morte, resultando em momentos transformadores para os pacientes (E12)
- Reduzir a ansiedade (E7)
- Ter atitude gentil (E5)
- Tocar o paciente e segurar a sua mão (E5)

Fonte:Dados da pesquisa, 2024.

Quadro 7 – Intervenções de enfermagem dos fatores situacionais (Lenz; Pugh; Milligan, 2020). Salvador, Bahia, Brasil, 2024.

Situacionais- dizem respeito ao ambiente social e físico ao qual o sujeito está inserido, bem como o ambiente cultural vivenciado e recursos financeiros que podem influenciar diretamente a expressão dos sintomas. Em suma, dizem respeito ao contexto ao qual o sujeito está inserido (Lenz; Pugh; Milligan, 2020).

- Ajudar a recuperar/manter o interesse em hobbies, projetos e família (E8)
- Ajudar na aceitação da realidade (E5)
- Apoiar as famílias durante o processo de morte e após a morte para garantir bem-estar (E12)
- Aprimorar a comunicação (E7, E12)
- Auxiliar o paciente/família a identificar áreas de esperança em sua vida (E8)
- Auxiliar o paciente/pessoas significativas a estabelecer metas de atividade realistas (E1)
- Comunicar de forma verbal e não verbal o seu senso de esperança (E8)
- Consideração positiva e disponibilidade para ajuda prática (E14)
- Criar um ambiente seguro para o paciente e remover problemas ambientais (E1, E5)
- Encorajar o paciente a realizar atividades normais da vida diária de acordo com seu nível de capacidade (E1, E8)
- Facilitar a conexão com família e amigos e natureza (E5)
- Facilitar as reuniões familiares (E2)
- Facilitar um senso de conexão facilitada com os outros (E8)
- Garantir a continuidade dos cuidados (E3, E5)
- Implementar cuidados com repouso no leito (E7)
- Incentivar projetos de curto prazo (E5)
- Incorporar a família na modalidade de alívio da dor, se possível (E1)
- Informar o paciente sobre as pessoas, tempo e local, conforme necessário (E15)
- Intervir baseado na cultura do paciente (E12)
- Manter a dignidade e a privacidade (E2, E3, E4 E5)
- Obter dados sobre os desejos e necessidades do doente e da família (E9)
- Oferecer os alimentos que a pessoa gosta (E9)
- Orientar os familiares a encorajarem a independência do paciente e a interferirem apenas quando o paciente não conseguir executar algo (E8)
- Orientar sobre musicoterapia (E10, E5)

- Proteger a confidencialidade (E3)
- Proteger os direitos dos pacientes (E3)
- Prover apoio para viver com dignidade (E4)
- Providenciar higiene e conforto (E5)

Fonte:Dados da pesquisa, 2024.

6 DISCUSSÃO

Este estudo buscou identificar as intervenções de enfermagem no manuseio da dor crônica em adultos e idosos em cuidados paliativos. Nessa perspectiva, a presente revisão de escopo identificou 15 estudos que apresentam e discutem intervenções de enfermagem para o paciente adulto e idoso em cuidados paliativos com dor crônica. Considerando os resultados de estudos identificados a partir do percurso metodológico anteriormente apresentado, observa-se predomínio de estudos com pessoas adultas (sete estudos) e, com diagnósticos de doença oncológica, acompanhadas no contexto/cenário hospitalar.

Os resultados desta pesquisa apontam para um predomínio de publicações que tem identificado IE numa população em maior número de pacientes com doenças oncológicas e, numa faixa etária que compreende predominantemente a população adulta. Esse achado reforça que os CP ainda são ofertados, na maioria dos serviços de saúde, para pacientes com diagnósticos oncológicos, como também foi observado no estudo de Cordeiro et al., (2021), que aponta que dentre os 53 pacientes participantes do estudo, 89% deles apresentavam uma neoplasia como motivo de internação, e a idade desse grupo estudado variou entre 23 e 91 anos.

Assim como, o estudo de Mendes e Vasconcellos (2015) com objetivo de analisar a relação entre cuidados paliativos e os princípios doutrinários do SUS apontou que os pacientes acometidos por algum tipo de neoplasia são os mais assistidos pela equipe de Cuidados Paliativos.

Com relação a faixa etária, podemos citar o estudo de Loducaet al., (2021) que verificou o sofrimento associado às dores crônicas, utilizando o instrumento projetivo “Retrato da Dor” e, ao descrever os participantes, aponta que a média de idade dos 126 pacientes foi de 47,7 anos, demonstrando que a maioria dos pacientes com dor crônica são adultos.

Apesar do predomínio de estudos com pacientes com doença oncológicas, foi possível observar mesmo que em número menor, um estudo (Maia et al., 2017) com pacientes com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) que apresentam dor crônica e recebem CP. O citado estudo trata de pacientes com doença falciforme, que desencadeia dor crônica, com conseqüente absenteísmo social, piora na qualidade do sono, na qualidade de vida e nas relações, bem como depressão e estigma, demonstrando que a dor crônica afeta aspectos físicos, psicológicos e sociais na vida dos sujeitos.

Em relação ao período de publicação dos estudos, nota-se que nas últimas décadas, têm ocorrido um aumento de estudos que tratam de intervenções de enfermagem voltadas ao alívio

da dor em pacientes em CP, o que pode ser explicado pelo fenômeno de crescimento populacional no mundo, em que a expectativa de vida está cada vez maior, culminando num envelhecimento populacional e, conseqüentemente, no aumento de doenças crônicas que podem induzir à dor, necessitando de um cuidado integral e compassivo, assim como apresentado em estudo que buscou provocar uma reflexão sobre os CP, auxiliando na prática assistencial da enfermeira e no uso de intervenções relativas a dor que é exacerbada pelo agravamento de doenças (Alves *et al.*, 2019).

O aumento de estudos sobre esse tema nas últimas décadas vai além da identificação de problemas e implementação de intervenções de enfermagem, mas também é reflexo de um progresso voltado para o como pensar o cuidado pautado no Processo de Enfermagem (PE) que tem avançado nas suas gerações no decorrer dos anos, como discorrido no capítulo da revisão de literatura. Sendo assim, na última década (2010-2020) tem-se evidenciado uma transição entre a quarta e a quinta geração do PE, considerando que ainda são escassas as evidências científicas para a validação e efetividade dos diagnósticos e intervenções de enfermagem para o reconhecimento de padrões utilizados (Werweret *et al.*, 2006; Barros *et al.*, 2022). Vale destacar que a recém-publicada Resolução COFEN nº 736/2024, que trata sobre o PE destaca um modelo assistencial para a realização de um cuidado integral, atendendo ao que é proposto pela quinta geração do PE (COFEN, 2024).

Estudo (Silva *et al.*, 2022) traz que a utilização de intervenções de enfermagem possui um impacto positivo na comunicação, tomada de decisões clínicas e melhor documentação da prática profissional, além de atender às necessidades de cada paciente e sua família durante o processo de cuidar. Portanto, a busca e o desenvolvimento de evidências científicas sobre as intervenções de enfermagem, a forma de utilização e implementação destas, resultam em um cuidado direcionado a individualidade de cada paciente.

Assim, tais condições demandam cuidados progressivos e contínuos, sendo necessário assegurar a qualidade de vida ao paciente e o suporte às famílias por meio da oferta oportuna e adequada dos CP (Ghislein; Saavedra; Valandro, 2023). Tema esse que vem ganhando visibilidade, ressaltando a recente pactuação da Política Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) no Brasil, conforme Resolução nº 729, de 07 de dezembro de 2023, representando um avanço na oferta dos CP no Sistema Único de Saúde (SUS) em prol de uma política pública (CNS, 2023)

De modo geral, os resultados desse estudo apontam que a quantidade de pesquisas abordando intervenções de enfermagem voltadas à DC em pacientes em CP ainda é limitada. Dentre os estudos encontrados, observa-se que foi evidenciado um predomínio de estudos

realizados por pesquisadoras do continente Europeu, esse se destacou com maior número de publicações relacionadas a essa temática, seguido pelo continente Asiático. Vale destacar ainda, que os países da Ásia que desenvolveram pesquisa e seus resultados que compuseram a presente revisão de escopo ocuparam as melhores posições do ranking do Índice de Qualidade de Morte (IQM), conforme publicação (Finkelstein *et al.*, 2022) que apresentou o *ranking* realizado no ano de 2021 com 80 países, o que pode direcionar a uma reflexão para o avanço no olhar da enfermeira para um cuidado orientado por intervenções de enfermagem oriundas de um SLPE e geradoras de evidências científicas a partir das investigações acerca delas.

O mesmo estudo trouxe ainda que a maioria dos países subdesenvolvidos acabam ocupando posições mais baixas no *ranking*, enquanto a maioria dos países desenvolvidos ocupam posições mais elevadas. Santos e colaboradores (2022) realizaram uma pesquisa bibliográfica que aponta que mesmo a incidência de câncer sendo mais elevada nos países desenvolvidos, a mortalidade tem se apresentado mais alta nos países em desenvolvimento, o que se configura como reflexo de dificuldades no acesso e na oferta dos serviços de cuidados qualificados.

Além disso, o Brasil foi um dos países com elevado número de publicações identificadas na presente revisão, relacionadas ao fenômeno em estudo, com número de publicações que se iguala a Portugal. Sendo assim, o Brasil é um país em desenvolvimento que ocupa a 79ª posição do IQM o que direciona para a urgência de investimentos na melhoria na oferta dos CP em escala global e conseqüentemente um olhar para com as intervenções de enfermagem, sejam elas farmacológicas ou não farmacológicas para o alívio da dor em pacientes em CP, definidas pela enfermeira e documentadas no prontuário do paciente, com o objetivo de contribuir na melhoria das estatísticas negativas com relação a qualidade de vida e de morte das pessoas (Victor, 2016; Finkelstein *et al.*, 2022).

No que se refere ao tipo de estudo, dos 15 incluídos nesta revisão, houve maior número de estudos do tipo revisão e descritivos, sendo três de cada, seguido de dois estudos do tipo caso clínico, e dois estudos descritivos de corte transversal.

De acordo com o JBI (2013), os estudos descritivos possuem nível de evidência IV, correspondendo a uma categoria com baixa evidência. Por outro lado, os estudos experimentais e quase experimentais, incluindo as revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados e revisões sistemáticas de estudos quase experimentais são classificados como níveis I e II, respectivamente, evidenciando a importância dos estudos de revisão para a produção de conhecimento. Dos três estudos de revisões que compuseram a amostra deste estudo, um deles

é do tipo revisão de escopo, outro do tipo revisão de literatura e um do tipo revisão sistemática, o que representa um alto nível de evidência.

Entretanto, reforça-se a necessidade de mais estudos com nível de evidência elevado, através do desenvolvimento de estudos mais robustos, assim como preconizado pela quarta geração do PE, que busca evidências científicas de estudos que envolvem a validade dos diagnósticos e intervenções desenvolvidos, assim como da efetividade das intervenções aplicadas.

Quanto ao contexto, observou-se que a maior parte dos estudos foi realizada em ambientes hospitalares, sendo tal achado reforçado por Mota e colaboradores (2022), que buscaram identificar evidências científicas sobre as necessidades humanas básicas em idosos em cuidados paliativos, evidenciando que este ambiente compõe o lugar com maior número de atendimento e acompanhamento de pacientes em palição. No entanto, é importante destacar que os CP estão presentes nos diversos cenários assistenciais, incluindo atendimento domiciliar, ambulatorial e na modalidade hospices.

A partir dos estudos encontrados e da caracterização desses, foi possível analisar, categorizar e discutir as intervenções de enfermagem com base nos conceitos da Teoria dos Sintomas Desagradáveis (Lenz; Pugh; Milligan, 2020), referencial teórico assumido para apresentação dos resultados e discussão deles na presente revisão de escopo, sendo as intervenções encontradas categorizadas nas seguintes categorias: fisiológica, psicológicas e situacionais.

As intervenções de enfermagem relacionadas aos fatores fisiológicos

Em se tratando dos fatores fisiológicos inerentes ao fenômeno da dor crônica conforme a Teoria dos Sintomas Desagradáveis, estes incluem fatores anatômicos/estruturais, fisiológicos, variáveis genéticas, relacionadas à doença, ao tratamento realizado e reverberam no sofrimento, qualidade, duração e intensidade dos sintomas (Lenz; Pugh; Milligan, 2020).

A dor é o sintoma mais presente em pessoas em CP e o mais temido, sendo seu manejo primordial nos cuidados de fim da vida (Mota *et al.*, 2022). Visando controlar esse sintoma, a intervenção “**Administrar medicamentos para dor**”, como uma intervenção genérica, foi citada em seis estudos e a intervenção farmacológica mais estudada. Assim, o controle da dor pela administração de medicamentos é trazido como sendo uma das principais para a promoção do conforto e dignidade ao paciente durante o seu processo de morrer e morte, refletindo em

melhor desempenho deste, por meio da diminuição da intensidade e duração dos sintomas (Lenz; Pugh; Milligan, 2020; Oliveira *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2023).

Essa mesma intervenção apareceu em outro estudo de modo mais específico, destacando a via de administração, “**Administrar medicamento intravenoso (ou endovenoso) e oral**”, sendo citada em apenas um estudo. Mesmo a via intravenosa não sendo a mais indicada para pacientes em CP, é a via mais utilizada para a administração de medicamentos quando a via oral não é viável ou que seu uso possa ocasionar danos ao paciente. Sabe-se que a via subcutânea (SC) é a mais indicada, após a via oral, considerando os benefícios que trazem ao paciente, apesar de ainda ser pouco utilizada na prática profissional, muitas das vezes por desconhecimento teórico-prático durante a formação acadêmica dos profissionais de saúde (Silva; Amaral; Malagutti, 2019; Bolela *et al.*, 2022).

Mesmo os estudos atuais trazendo uma série de vantagens sobre o uso da via SC, como: possuir menores complicações, ser menos dolorosa, de baixo custo, mais eficaz para pacientes em CP ou em idade avançada, sendo que estes pacientes muitas vezes apresentam fragilidade da rede venosa que pode dificultar a punção de uma veia periférica, observa-se que a via intravenosa para a administração de medicamentos ainda continua sendo predominante, quando comparada com a via SC, reafirmando sua pouca utilização e conhecimento pelos profissionais, aumentando o sofrimento vivenciado e a má qualidade da assistência (Lago; Souza; Bolela, 2021).

Observou-se que a mesma intervenção aparece em outros estudos com uma redação diferente, a saber: “**Administrar analgésicos**” que segue também um *continuum* das anteriores para a melhora da dor. Mesmo sendo citada em apenas dois estudos, em outros achados essa intervenção está presente em cerca de 92% das prescrições totais para manejo da dor (Moreira; Faidiga; Krebs, 2021). O mesmo estudo traz que a administração de analgésicos puros é recomendada para reduzir a quantidade prescrita de opioides, bem como de seus efeitos colaterais. Um dos estudos encontrados na presente revisão de escopo traz que o mais importante para pacientes em CP é a ausência de dor, sendo a analgesia uma das opções que permite acalmar e distrair os pacientes (Silva *et al.*, 2022).

Ainda tratando de administrar medicamentos, vale salientar que “**Administrar terapia de fluidos e eletrólitos**” foi citada em apenas dois estudos os quais destacaram a pouca utilização desta intervenção, sendo utilizada em menos de 5% quando comparada a outras intervenções, não sendo identificada como uma das 10 principais intervenções de enfermagem utilizadas nos CP (Doorenbos *et al.*, 2013; Hong; Lee, 2014). O fato de ser pouco utilizado pode ser explicado pela condição dos pacientes em CP para os quais a administração de terapia de

fluidos e eletrólitos nem sempre é necessária, haja vista que muitos acabam alcançando um estado de hidratação adequado com menos fluidos que um paciente hígido necessitaria (Bottoni; Zaher-Rutherford, 2019).

Sobre esse prisma, “**Administrar medicamentos**” foi a intervenção que mais apareceu nos estudos da presente revisão (11), considerando a mais geral e as mais específicas o que reitera a importância da utilização dos SLPE na geração de dados epidemiológicos conforme preconiza a quinta geração do PE, a fim de garantir a padronização das intervenções de enfermagem nos diferentes serviços de saúde (Werweret *al.*, 2006).

O tratamento realizado pelo paciente em CP, mais especificamente nos pacientes em realizam quimioterapia ou radioterapia, muitas vezes pode desencadear sintomas desagradáveis, tanto devido aos efeitos colaterais experimentados pelo indivíduo, tanto pelo próprio procedimento realizado, assim, o ato de administrar medicamentos focaliza a mitigação dos sintomas inerentes ao processo patológico e objetiva o conforto e a dignidade do paciente e conseqüentemente da família, por isso é citada como uma das principais intervenções para o alívio da dor, já que permitem diminuição da intensidade e duração do sofrimento e melhoram o desempenho, conferindo conforto aos pacientes com sintomas desagradáveis (Lenz; Pugh; Milligan, 2020).

Gerenciar ou controlar os sintomas físicos e psicológicos dos pacientes é de substancial importância, já que este controle é considerado como um dos objetivos dos CP. No entanto, a avaliação e planejamento de intervenções que controle os sintomas desagradáveis vivenciados pelo paciente com dor em CP ainda permanece sendo um desafio (Afonso; Ferreira; Butcher, 2020). Portanto, como forma de minimizar o sofrimento, intervenções de enfermagem voltadas ao gerenciamento dos sintomas evidenciadas na literatura são discutidas a seguir.

A intervenção “**Estímulo à atividade e ao repouso do paciente**” foi citada em quatro estudos, sendo importante salientar que a mobilização por meio de exercícios ativos ou passivos, proporcionam a melhoria do bem-estar, tornando-se adequado sua implementação para pacientes em CP oncológicos (Fontes; Sá, 2020). Uma revisão sistemática observou que pacientes oncológicos em CP que realizaram exercícios, sofreram menor declínio da função cardiorrespiratória e funcional, além de melhorar os sintomas, como a dor, náuseas, vômitos e fadiga (Soares; Rattes; Allahdadi, 2021).

A náusea e o vômito, sintomas também presentes em pacientes em CP, interferem diretamente na qualidade de vida, principalmente em idosos hospitalizados com diagnóstico de doenças crônicas limitantes. Estes sintomas podem ter efeitos decorrentes do uso dos variados medicamentos ou devido à progressão da doença (Silva; Amaral; Malagutti, 2019). Nesse

sentido, um estudo (Rodrigues *et al.*, 2021) que analisou a fisiopatologia desses sintomas, trouxe que diversos medicamentos podem ser utilizados na prevenção e no tratamento de náuseas e vômitos, a depender da situação específica, o que corrobora com os estudos que citaram intervenções relacionadas ao gerenciamento de náuseas e vômitos através de antieméticos, com o objetivo de proporcionar conforto físico aos pacientes, através da diminuição do sofrimento causado por estes.

Na presente revisão, observou-se que cinco estudos trataram sobre a intervenção “**Monitoramento do estado respiratório**”, que engloba também o controle da dispneia, sendo evidenciada por alguns estudos como sendo uma das principais para a promoção de uma morte digna e qualidade de vida no processo de morrer dos pacientes, corroborando com outros achados que trazem está como sendo uma emergência nos CP (Severino, 2020). Mesmo citando a intervenção “**Monitoramento do estado respiratório**” um dos estudos não voltou destaque como os demais para ela (Hong; Lee, 2014).

A dispneia que é tida como uma experiência subjetiva de desconforto respiratório, é um sintoma frequente em pessoas com doença avançada, seja oncológica (com ou sem envolvimento pulmonar) ou não-oncológica. É um sintoma multidimensional, que se assemelha à dor no que tange ao desconforto, podendo ser conceituada como “dispneia total”, pois há a interação entre os fatores fisiológico, psicológico, social e espiritual (Severino, 2020). Deve ser considerada como uma emergência em potencial nos pacientes em CP, pois pode colocar em risco e/ou comprometer o desempenho e a qualidade de vida da pessoa cuidada, principalmente quando se relaciona à dor.

A alimentação para os pacientes em tratamento oncológica, como traz o estudo citado por Duarte *et al.* (2020), influencia diretamente à vida do paciente, devendo ser respeitada as necessidades biológicas e as relações socioantropológicas do paciente com a alimentação e seus anseios, sem desconsiderar as condições clínicas e todos os aspectos éticos envolvidos no processo, por isso as intervenções relacionadas a alimentação, como por exemplo “**Investigar problemas de mastigação e/ou deglutição**”, “**Ajudar a pessoa a se alimentar, de acordo com as suas necessidades e aceitação**” e as demais encontradas na presente revisão, devem ser observadas e implementadas para fornecer alívio da dor, como traz a Teoria dos Sintomas Desagradáveis, que visa.

Mesmo sendo um grande desafio controlar os sinais e sintomas experimentados pelos pacientes em CP, as intervenções aludidas acima se utilizadas e propagadas na assistência de enfermagem corretamente, por meio de uma adequada validação e documentação, contribuirão para o planejamento do atendimento às necessidades resultantes do processo da doença,

reafirmando o que Silva *et al.*, (2022) trouxeram ao estudarem intervenções de enfermagem, refletindo numa maior incorporação à quinta geração do PE.

Além disso, no que tange aos fatores fisiológicos, observa-se predominância de intervenções direcionadas para o toque terapêutico, orientações acerca de medidas de controle/minimização de sintomas, realização de atividades físicas e sobre a condição de saúde e dor associada. Nessa perspectiva, o estudo de Régis *et al.*, (2020) sobre a avaliação da dor crônica pela classificação dos resultados de enfermagem apresenta resultados semelhantes a esta revisão, ao demonstrar que os cuidados de enfermagem para os pacientes com dor crônica envolvem orientações para realizar exercícios de alongamentos, uso de terapias não farmacológicas para o alívio da dor, orientar para o manejo da dor, bem como investigação sobre as características e locais que apresentam dor.

No que se refere à IE **“Encorajar a realização de atividades físicas compatíveis com os recursos energéticos do paciente”**, estudo similar que buscou investigar as barreiras e facilitadores para a adesão à práticas de exercícios por pessoas que sofrem com dor crônica na APS observou que os facilitadores para a realização dizem respeito a: observação dos resultados positivos decorrentes da atividade física, alívio da dor, melhora do sono e da funcionalidade, sensação de bem-estar e de relaxamento. Em contrapartida, fatores como exacerbação da dor para iniciar o exercício físico e medo de lesão ou piora dos sintomas foram observados como barreiras para a prática de exercícios (Borges *et al.*, 2023).

Ainda no que diz respeito aos fatores fisiológicos, com foco no autocuidado, estudo de revisão de Gomes *et al.*, (2023) sobre ações de autocuidado realizada por adultos e idosos em CP destacou ações como colocar os negócios em dia, abordagem espiritual, expressar sentimento de esperança e participar das decisões terapêuticas acerca do seu tratamento. No entanto, o estudo destaca que uma das maiores dificuldades para o atendimento pleno das necessidades do paciente é conciliar a autonomia com as expectativas terapêuticas da equipe.

Observa-se que a promoção da autonomia nos pacientes em CP envolve o compartilhamento na tomada de decisão sobre o cuidado, sobretudo no campo da enfermagem, visando proporcionar bem-estar e qualidade de vida diante de uma doença ameaçadora da vida. Nesse sentido, o cuidar em situações de cuidados paliativos requer conhecimentos técnicos, bem como a integração entre a equipe multidisciplinar, pautado nas necessidades individuais e olhar holístico diante da condição apresentada (Guimarães; Magni, 2020).

Tendo em vista que o gerenciamento de sintomas se dá por meio de um conjunto de intervenções, a enfermeira deve reconhecer que os sintomas são definidos de forma subjetiva e que a maioria destes são experimentados como sensações desagradáveis que necessitam de uma

identificação eficaz e conseqüentemente de ações assertivas, com vista a reduzir os sintomas do processo vivenciado pelo paciente (Lenz; Pugh; Milligan, 2020). Ainda, cabe às enfermeiras identificarem que os sintomas desagradáveis estão intimamente relacionados aos fatores fisiológicos, psicológicos e sociais, de forma a influenciar na forma como o paciente sente este sofrimento, na qualidade, duração e intensidade da dor que, por sua vez, interfere no desempenho do paciente frente à forma de lidar com a dor.

As intervenções de enfermagem relacionadas aos fatores psicológicos

No que tange aos fatores psicológicos relacionados ao fenômeno da dor crônica conforme a TSD, observa-se que as intervenções evidenciadas estão voltadas para as orientações prestadas pela equipe de enfermagem para o autocuidado, a criação de vínculos, as relações empáticas e ao uso de práticas alternativas para o alívio da dor.

Concomitantemente, o surgimento de um sintoma desagradável central impacta de forma integral na qualidade de vida do indivíduo, abrangendo os fatores físicos, psicológicos e situacionais, as quais se somatizam e interagem formando um conjunto de sintomas, como esclarecido pela TSD (Lenz; Pugh; Milligan, 2020).

Vale ressaltar que Salvetti e Sanches (2022) trazem em seu estudo o conceito de cluster de sintomas como a presença de um conjunto de sintomas interligados que provocam alterações biopsicossociais. Além disso, refletem sobre os modelos teóricos e as intervenções e práticas de enfermagem focadas no gerenciamento dos sintomas, a partir da identificação do sintoma central. Como um dos exemplos desse agrupamento de sintomas, trazem a dor-depressão-fadiga, os quais podem originar de um fator psicológico, porém que resulta em conseqüências nas diversas dimensões, e que quando gerenciadas adequadamente em sua totalidade resultam no alívio e melhora do quadro.

Observa-se que a IE **“Orientar sobre a realização de massagem”**, apareceu em sete estudos, sendo a que mais se destacou nos fatores psicológicos. Segundo estudo de Camilo *et al.*, (2022) o qual verificou as evidências do uso da massagem em pacientes terminais, os autores descrevem em seus achados o benefício da massagem no alívio da dor, ansiedade e melhora do humor de pacientes em CP, trazendo ainda que, ao ser usada em associação com a aromaterapia ou a meditação, esta prática promove melhora na qualidade de vida e das relações interpessoais.

As IE voltadas para a criação de vínculos e relações empáticas evidenciam os gestos de gentileza e a importância de manter uma comunicação não violenta, baseada em diferentes

formas de se comunicar, sem necessariamente utilizar-se de palavras, mas saber utilizá-las quando for o momento, promover uma esculta ativa e ter sensibilidade para perceber aquilo que nem sempre é dito, porém expressado pelo corpo de outras formas.

Salienta-se que entre as IE, **“Promover uma esculta ativa”** e **“Estabelecer uma relação de confiança”** estiveram presentes, respectivamente em quatro e três dos estudos analisados, as quais juntamente com **“Conversar com o paciente de forma empática”** podem ajudar o profissional a estabelecer um relacionamento mais próximo ao paciente e família, incentivando que ele possa expressar suas emoções, como medos e angústias. Segundo Cunha, Soeiro e Campos (2023) uma comunicação empática adequada ajuda no gerenciamento de sintomas, permitindo a expressão de desejos e necessidades, garantindo a dignidade do paciente, a qual deve ser realizada com sensibilidade e compaixão, além de ser dinâmica e contínua pela equipe.

Além disso, a autoestima e o autocuidado são pontos importantes no âmbito psicológico do paciente em CP, tendo em vista que, com a progressão da doença se somatiza, associa-se a diminuição da autonomia, passando a ter, com o decorrer do tempo, as atividades do cotidiano realizadas por outras pessoas (Noguez; Muniz; Zillmer, 2022). Esse fato corrobora com achados desse estudo que trazem como IE **“Apoiar o manejo (controle) por si próprio”** e **“Promover a autoestima”**, com o intuito de preservar ações que possam ser realizadas pelo paciente dentro das suas limitações.

Diante disso, as intervenções visam fornecer formas pelas quais possibilite a enfermeira subsidiar as práticas de cuidar da equipe enfermagem, entendendo-se a necessidade de as enfermeiras conhecerem as necessidades psicológicas apresentadas pelos pacientes através da criação de vínculos e relações empáticas durante o percurso da doença, sendo possível elaborar um plano de cuidado com intervenções que resultem no controle da dor, ansiedade e das angústias.

No que tange às IE voltadas para o uso de práticas alternativas para o alívio dos sintomas, observa-se uma gama de possibilidade e ações que visam fornecer conforto, promover momentos de relaxamento e alívio ao paciente com dor crônica em CP, com uso de práticas e ferramentas alternativas que podem auxiliar o tratamento convencional com uso de fármacos.

Estudo de Cenzi e Ogradowski (2022) apresentam resultados semelhantes aos desta revisão de escopo, ao apontarem em seus resultados sobre o conhecimento da enfermagem acerca das Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) no CP que a associação das PICS aos métodos farmacológicos contribui na promoção do bem-estar, melhora da qualidade de vida, redução da dor, ansiedade e do estresse. Em se tratando da IE **“Orientar**

sobre imaginação guiada, terapia do humor ou do riso”, os mesmos autores afirmam que o uso do humor contribui na visão positiva relacionada às pequenas coisas da vida, no fortalecimento de vínculos, melhora da comunicação e como ferramenta que auxilia na abordagem de assuntos sensíveis e difíceis.

Tal achado corrobora com estudos que relacionam o uso das PICS com o autocuidado e melhora da saúde mental ocasionada pelo alívio da dor em pacientes com doenças crônicas. Além disso, descreve a importância de a enfermeira ter conhecimento técnico e científico para a implementação dessas práticas de cuidado à rotina dos pacientes (Mildemberget *al.*, 2023; Dorneles; Schlotfeldt; Moreschi, 2020).

Em uma revisão sistemática que buscou sintetizar o conhecimento e avaliar de forma crítica as evidências encontradas em ensaios clínicos controlados e randomizados sobre a eficácia das terapias complementares no manejo da dor oncológica em pacientes em CP, Lopes-Júnior *et al.*, (2020) identificaram a massagem terapêutica, relaxamento muscular e imagem guiada e o uso da acupuntura como técnicas que contribuem no alívio da dor. Destaca-se que a massagem terapêutica foi a terapia mais utilizada, demonstrando benefícios no alívio da dor, do sofrimento, da angústia, ansiedade, náuseas e na melhoria do humor, assim como demonstrado também em estudo de Cenzi e Ogradowski (2022) e de Silva *et al.*, (2023).

Outro achado dessa revisão é a IE **“Orientar sobre aromaterapia”** citada em dois estudos, a qual foi discutida no estudo de Silva *et al.*, (2020), que aborda o uso dos óleos essenciais no tratamento da dor oncológica de pacientes em CP e de forma benéfica na saúde mental das pessoas, visto que a aromaterapia atua em regiões do cérebro responsáveis pelas emoções e comportamentos, como dor, prazer e medo e, quando combinada com a massagem, pode trazer benefícios físicos e psicológicos.

No que se refere as IE voltadas ao processo de morrer e a morte do paciente, destacam-se que em quatro dos quinze estudos foram abordados os aspectos que perpassam o gerenciamento do luto e o enfrentamento do processo de finitude. Dessa forma, o luto pode ter início desde o momento do diagnóstico da doença até os cuidados de fim de vida e, intervir nesse momento enquanto profissional, garantir que memórias sejam criadas e prestar apoio aos familiares são ferramentas que podem ser utilizadas pelo profissional de saúde para gerenciar o luto vivenciado pelo paciente e seus familiares (Souza; Ferreira; Guedes, 2022).

Nessa perspectiva, Silva e Coutinho (2022) trazem o luto experienciado por familiares cuidadores de pacientes que estavam em CP e perderam seu ente querido como um processo pautado em sentimentos e emoções como a saudade, recomeço e retomada da vida marcada com a presença da perda. Ainda, antecedente a essa fase está o luto antecipatório, que nem

sempre é percebido pelo indivíduo que a vivência com o seu ente querido em vida. Dessa maneira, gerenciar o luto pode garantir maior tranquilidade àqueles que passam pelo processo, evitando complicações como a vivência de um processo de luto patológico. Assim, evidencia-se a complexidade que envolve o processo de morrer e a morte de um paciente em CP, destacando-se a necessidade da implementação do PE de enfermagem na prática assistencial, com foco no planejamento e na implementação de enfermagem, a fim de promover conforto no momento de luto, destacando as suas diferentes nuances.

Nota-se que as IE, ainda relacionadas aos fatores psicológicos, evidenciam a amplitude do conceito de dor, englobando os seus diferentes aspectos, incluindo o processo de morrer e as etapas posteriores ao momento pontual da morte, visando a promoção do bem-estar para o doente e seus familiares, pois o contexto social e o conforto dos que o cercam também são formas de promover alívio da dor. Nesse contexto, a equipe de enfermagem atua intervindo de forma a perceber as necessidades do paciente e daqueles que o cercam nesse momento de finitude, por estarem na maior parte do tempo junto ao paciente e seus familiares, possuindo, assim, um papel fundamental de comunicação e de planejamento das ações que garantam momentos de autonomia e conforto ao longo desse período (Prado *et al.*, 2019; Brasileiro; Brasileiro, 2017).

Segundo Aguiar e Silva (2021) as práticas religiosas e espirituais influenciam no cuidado, sendo fundamentais no processo de aceitação da doença e de entendimento do processo de finitude. Acreditar em algo nos momentos difíceis traz uma nova perspectiva sobre o momento vivenciado, proporcionando conforto e alívio das angústias. A presente revisão traz como resultado **“Incentivar o paciente a expressar suas preocupações espirituais”**, podendo a enfermeira perceber as suas necessidades e buscar estratégias que solucionem suas frustrações e garantam bem-estar emocional, social e espiritual.

A expressão de crenças e práticas espirituais também foi entendida como uma intervenção necessária em cuidados paliativos em estudo de Evangelista *et al.*, (2016) com enfermeiros, ao identificar que estes profissionais consideram a espiritualidade como parte essencial do ser humano; consideram ainda que a espiritualidade colabora com as práticas de CP ao promover melhora na situação do paciente, bem como auxiliar na aceitação da condição de saúde, ao observarem que estes pacientes possuem como necessidades espirituais o perdão, a esperança, o apoio familiar e a fé.

Em se tratando de intervenções de enfermagem que auxiliam na expressão de crenças religiosas e espirituais, Evangelista *et al.*, (2021) identificaram que os enfermeiros consideram a reza, leitura da bíblia, oração, presença, escuta e a inserção de líderes religiosos condizentes

com as crenças dos pacientes como práticas que auxiliam da dimensão religiosa e espiritual dos pacientes, pois contribuem no alívio dos sintomas, incluindo a dor. Ainda, consideram que apenas a administração de medicamentos não consegue abarcar as necessidades de cuidado dos pacientes, evidenciando a importância da abordagem situacional e psicológica da TSD ao considerar o paciente que sofre com dor crônica. Entretanto, os autores apontam que dificuldades como despreparo na formação acadêmica e atuação profissional, medo da morte e dificuldades estruturais comprometem a inserção de ações de enfermagem voltadas para esta dimensão do cuidar.

No que se refere a IE **“Perceber a causa da perda do interesse pela comida”** encontrada em um artigo que compõe essa revisão, Bittencourt *et al.*, (2021) ao identificarem os principais sinais e sintomas de pacientes oncológicos em CP no ambiente domiciliar, trazem em seus resultados a dor e a perda do apetite/anorexia como alguns dos mais citados na literatura, sendo importante conhecer sua causa, observando se antecede a doença ou se configura como uma causa secundária, que pode ser reversível se manejada adequadamente.

Nessa perspectiva, segundo estudo de Kanematsu *et al.*, (2022) os quais trazem em seus resultados que existe associação entre a intensidade da dor crônica e a qualidade de vida dos indivíduos, cerca de 34% relataram ter uma qualidade de vida ruim, 36% relataram ter uma qualidade de vida média e 26% relataram como boa, ambos diante de uma dor crônica severa. Observa-se ainda uma redução da qualidade de vida diante de uma dor severa, implicando diretamente na realização das atividades de vida diária, no surgimento de sentimentos negativos, no sono e no seu desempenho funcional.

Salienta-se que, o desempenho cognitivo também pode sofrer influência de acordo com a intensidade da dor crônica, como o surgimento de perda de memória e dificuldade de concentração no momento de uma crise algica. Assim, são inversamente proporcionais, quanto maior a intensidade, menor o desempenho cognitivo, associando-se ao surgimento de sintomas psicológicos como o sofrimento, medo e ansiedade (Prado *et al.*, 2022).

Diante do exposto, a dor crônica vivenciada por pacientes adultos e idosos em CP é multifatorial e envolve a necessidade de um olhar integral e equitativo relacionado as demandas do paciente e de todos que estão presentes no seu processo de saúde-doença. Em relação aos fatores psicológicos, nota-se a complexidade do cuidar, ao passo em que se entende que este fator é indissociável dos demais, como foi demonstrado acima. Dessa forma, um sintoma psicológico pode impactar de forma direta na saúde física, nas relações e no ambiente em que o indivíduo está inserido, assim como influenciar negativamente na forma de sentir, na duração e na intensidade da dor e dos demais sintomas não só no âmbito psicológico, mas também nos

aspectos físicos e situacionais. Assim, impacta também no desempenho do indivíduo, devido a redução da capacidade de realização de atividades do cotidiano, alterações cognitivas e de aspectos que envolvem o surgimento de sentimentos negativos, como ansiedade e depressão.

As intervenções de enfermagem relacionadas aos fatores situacionais

Com relação aos fatores situacionais tangenciados ao fenômeno da dor crônica, conforme a TSD, as intervenções de enfermagem selecionadas e categorizadas dizem respeito ao contexto ao qual o indivíduo está inserido, englobando o ambiente social e físico, associado a cultura e recursos financeiros disponíveis. Nesse sentido, as intervenções apresentadas a seguir estabelecem relações com o contexto social, cultural e financeiro dos indivíduos que estão em CP, podendo contribuir positivamente na melhora dos sintomas apresentados que dizem respeito a esta categoria, bem como interferir positivamente na melhora de sintomas físicos e psicológicos, tendo em vista que as autoras da TSD apontam que um sintoma pode interferir na forma de experienciar outro sintoma (Lenz; Pugh; Milligan, 2020).

Além disso, para entender a definição de dor proposta pela IASP citada anteriormente, necessita-se compreender que este sofrimento perpassa não só pelos aspectos físicos e psicológicos, mas também pelos situacionais e suas nuances.

As intervenções de enfermagem voltadas para o cotidiano e interação pessoal estão, em sua maioria, relacionadas as conexões com família, amigos, natureza, assim como às atividades desenvolvidas pelos pacientes que buscam a sua interação social e com o meio ao qual está inserido, com enfoque na busca da autonomia e na realização de atividades e projetos que estejam condizentes com a sua situação clínica. Aqui, nota-se que esta categoria se enquadra na dimensão situacional da TSD pois buscam a utilizar intervenções que ajudam a proporcionar um contexto social adequado que, por sua vez, ajuda na diminuição e alívio da dor crônica.

Nesse ínterim, estudo de Antunes *et al.*, (2019) que objetivou conhecer os benefícios das práticas de enfermagem aos pacientes com dor acompanhados em uma clínica de dor demonstrou que a interação pessoal e social se configura como um fator de melhora significativa da dor, tendo em vista que a verbalização do sofrimento sentido ajuda na redução da experiência desagradável sentida. Apontam, ainda, que a interação com a família proporciona melhora da dor, sendo a visita de familiares e pessoas queridas um fator benéfico na vida desse indivíduo, ao passo em que facilita a comunicação com a equipe e o atendimento mais adequado às suas necessidades e especificidades.

Nessa perspectiva, entende-se a necessidade das enfermeiras que cuidam de pacientes adultos e idosos com dor crônica e em cuidados paliativos voltarem o olhar para o binômio paciente/família, compreendendo os benefícios supracitados para a terapêutica da dor crônica, assim como entender que a família se configura como peça chave para o alcance do cuidado eficaz em CP, que pode ser melhor efetivado através das etapas do PE, com foco no planejamento de enfermagem, implementação e evolução de enfermagem.

Nesta revisão de escopo, a interação com a família, pessoas queridas e o paciente com dor crônica em cuidados paliativos se configurou como uma ferramenta importante e necessária para o alívio dos sintomas. Nessa perspectiva, estudo de Silva *et al.*, (2020) apresentam em seu estudo com familiar/cuidador de pacientes com dor crônica em cuidados paliativos que a família representa uma peça importante nas ações de palição, podendo associar o ente querido nos momentos de dor e aflição através da presença e da comunicação compassiva. Os autores destacam, ainda, que o familiar/cuidador também sofre ao enfrentar uma doença terminal em um membro da família, necessitando que ações e cuidados sejam voltados também para o cuidador, assim como apresentado na intervenção identificada nesta revisão de escopo **“Apoiar as famílias durante o processo de morrer e após a morte para garantir bem-estar”**.

No que tange à IE **“Criar um ambiente seguro para o paciente e remover problemas ambientais”**, um estudo sobre o conforto de pacientes em cuidados paliativos (Souza, Jaramillo e Borges, 2021) apontou que os pacientes consideram os cuidados prestados pelos enfermeiros e médicos como fatores que contribuem para a redução da ansiedade e da solidão. Neste estudo, as enfermeiras foram consideradas como elementos positivos no cuidado por apresentarem atitudes de empatia, ter habilidades de cuidar, serem presentes, gentis e dignas de confiança, o que demonstra a necessidade da prestação de assistência qualificada, individualizada e ética.

Em se tratando dos cuidados paliativos prestados no ambiente domiciliar, estudo de Golçalves, Mayr e Souza (2023) com pacientes idosos em cuidados paliativos identificou que o ambiente familiar é facilitador do tratamento eficaz, pois muitos idosos preferem enfrentar a condição de doença em seu lar, entendido como um ambiente conhecido e acolhedor. Entretanto, o cuidado prestado nesta modalidade requer recursos financeiros satisfatórios.

Em relação às intervenções voltadas para o cotidiano, sabe-se que a dor crônica e o processo de palição pode diminuir a autonomia do paciente. Nessa perspectiva, um dos papéis da enfermeira que atua em cuidados paliativos é promover maior autonomia para o paciente, através do incentivo à realização de atividades e projetos e à participação na tomada de decisões sobre os cuidados a serem prestados, aumentando a sua dignidade no processo de finitude (Brasil, 2022).

A importância da promoção da autonomia engloba diversos aspectos no cotidiano de quem sofre com dor crônica, considerando que muitos indivíduos que apresentam esta condição apresentam redução da autonomia, sobretudo quando se trata de pessoas idosas. Nesse sentido, o cuidado do enfermeiro, prestado de forma crítica e planejada, promove autonomia ao paciente e familiar/cuidador no gerenciamento da dor, resultando em melhora do conforto, compreensão do paciente sobre o processo de cuidado e organização do trabalho (Antunes *et al.*, 2019).

No que tange às intervenções de enfermagem voltadas para a comunicação e estímulo de expressões, nota-se que as IE mais citadas estão voltadas para a importância da rotina no cotidiano do paciente em CP com dor crônica, bem como facilitar a expressão de sentimentos, medos, crenças e práticas, além de associar práticas não farmacológicas à rotina terapêutica de fármacos estabelecida.

Nessa perspectiva, em se tratando de comunicação e expressão de sentimentos, estudo de Monho *et al.*, (2021) que procurou compreender a influência da comunicação enquanto instrumento básico de Enfermagem na promoção da dignidade em Cuidados Paliativos apontou que a comunicação eficaz entre paciente e profissional de saúde se configura como uma ferramenta amplamente importante na preservação da dignidade.

Estudo de Campos, Silva e Silva (2019) que objetivou avaliar a comunicação na assistência ao paciente em cuidados paliativos e a sua influência na relação entre equipe, paciente e família demonstrou que a comunicação efetiva melhora a qualidade da assistência ofertada, a adesão ao tratamento e a boa aceitação do diagnóstico, sendo de suma importância informar ao paciente sobre as etapas do tratamento, fármacos administrados e seu mecanismo de ação, a fim de dar espaço para dúvidas e indagações e, conseqüentemente, aumentar o protagonismo do paciente em seu tratamento, proporcionando autonomia e dignidade, bem como aplicando o princípio da bioética referente à beneficência.

Além disso, o mesmo estudo (Campos, Silva e Silva, 2019) demonstrou que nos cuidados paliativos, a comunicação é uma peça fundamental no processo de cuidar, tendo em vista que pode proporcionar o conforto e bem-estar não ofertado pelas medicações e intervenções farmacológicas e tecnológicas. Ainda, esta ferramenta é capaz de promover a diminuição da ansiedade e depressão, estimular a autonomia, facilitar o senso de esperança e fortalecer o vínculo entre paciente, família e equipe. Destaca-se que a equipe de saúde pode lançar mão do uso de comunicação verbal ou não, a fim de englobar melhor as necessidades dos pacientes, sobretudo aqueles que sofrem com dor crônica.

Ao investigar acerca da importância da expressão de sentimentos de pacientes em cuidados paliativos, observou-se dificuldades voltadas para a temática e, em muitos estudos, o

olhar está voltado para a psicologia. Estudo de Gois e Maranhão (2019) também observaram esta característica, ao identificar em uma revisão integrativa que apenas 28% das publicações analisadas abordavam este quesito.

Destaca-se que a inserção dos CP e o alívio da dor crônica requer a participação de uma equipe multiprofissional, considerando que o indivíduo necessita de cuidados não só na esfera física, mas também nos aspectos sociais, culturais e psicológicos. Nesse sentido, Combinato e Martins (2017) discorrem que as necessidades biológicas apresentadas pelo paciente podem desencadear outras necessidades que, em uma primeira análise, podem não ser identificadas, necessitando que vínculos sejam estabelecidos, visando a expressão dos sentimentos, angústias e medos relacionados à condição de saúde/doença que o paciente se encontra e frente à dor sentida. Assim, observa-se que os fatores físicos, psicológicos e situacionais estão intimamente relacionados e influenciam uns aos outros.

Observou-se que a IE **“Orientar sobre musicoterapia”** foi citada em dois estudos desta revisão, sendo considerada uma intervenção que auxilia no alívio da dor crônica em pacientes em CP. Estudo de Aguilera, Mendes e Rolim Neto (2020) que buscou apontar o que é realizado dentro da musicoterapia nos cuidados paliativos e se é efetivo no processo de terminalidade demonstrou que a musicoterapia auxilia nos domínios emocionais, cognitivos e físicos, na comunicação, na escuta, na diminuição da inquietude, aumento do conforto e bem-estar dos pacientes e familiares, assim como facilita a expressão de sentimentos e estimula a autonomia e criatividade do paciente, podendo cantar, criar músicas e melodias, ou apenas escutar os sons e sentir as vibrações dos instrumentos utilizados na terapia com música, reforçando a importância dessa IE.

Quanto às IE voltadas para a dignidade e confidencialidade no processo de cuidar, observa-se que quatro dos quinze estudos citaram a IE **“manter a dignidade e a privacidade”**. Destaca-se que, tais elementos são objetivos norteadores dos cuidados paliativos, a fim de proporcionar bem-estar e qualidade de vida àqueles que sofrem. Além disso, a dignidade da pessoa humana é um direito fundamental à vida, previsto na Constituição Federal de 1988, representando o direito ao respeito, à singularidade e à valorização pessoal (Santos, 2017).

Em se tratando da equipe de enfermagem, estudo propõe que as enfermeiras podem lançar mão das seguintes intervenções de enfermagem, baseadas no Modelo de Cuidados para Preservação da Dignidade à pessoa em cuidados ao fim da vida, para tornar a comunicação eficaz e aliviar o sofrimento: educar os clientes sobre o que é normativo; orientar os clientes para a realidade, quando necessário; unir intervenções farmacológicas e comunicacionais, conversar sobre a morte e os medos do paciente; compartilhar experiências; incentivar o

estabelecimento de metas que sejam condizentes com a realidade e a situação a qual o paciente se encontra; incentivar a compartilhar emoções e as necessidades espirituais; ser verdadeiro com o paciente; incentiva-lo a manter hábitos e rotinas; estimular o foco no momento presente; auxiliar na resolução de problemas (Monho *et al.*, 2021).

Nesse cenário, estudo de Lisboa, Lisboa e Sá (2016) que teve como objetivo estudar sobre o tratamento e legitimação do direito humano do acesso ao tratamento da dor crônica, aponta que, devido ao alto índice de pessoas que sofrem com dor crônica, sobretudo no cenário brasileiro, o tratamento e cuidado com esse tipo de dor exige ações coletivas de saúde pública, devendo o seu alívio ser entendido como uma forma de legitimar os Direitos Humanos. Nessa perspectiva, as IE que visam o manuseio da dor crônica em pacientes em CP devem prezar pela manutenção da dignidade, privacidade e confidencialidade no cuidar, a fim de corroborar com os Direitos Humanos.

A dignidade voltada para os cuidados paliativos e à morte com dignidade é entendida em estudo de Hemati *et al.*, (2018) como ausência de dor, proteção da privacidade, respeito ao seu corpo e às crenças e valores construídos ao longo da caminhada, bem como a presença de apoio emocional e financeiro. Dessa forma, compreende-se que a dignidade no paciente em cuidados paliativos representa uma peça-chave do cuidar, devendo os profissionais de saúde, sobretudo os enfermeiros, compreendam e respeitem o significado atribuído por cada paciente ao conceito de dignidade e as representações sociais atribuídas.

Ainda em se tratando de dignidade, outra intervenção de enfermagem encontrada corresponde a “**Prover apoio para viver com dignidade**”. Entende-se que, para que esta intervenção seja amplificada e atendida em toda a sua magnitude, necessita-se da implementação de uma Política voltada para os Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS), a fim de promover o acesso universal e igualitário, e a assistência mais adequada para o paciente que vive com dor crônica e em cuidados paliativos, principalmente se tratando de adultos e idosos.

Estudo desenvolvido por Franco *et al.*, (2019), através de uma pesquisa exploratória qualitativa, identificou que os pacientes em palição associam o aumento da dignidade ao autocuidado e cuidado proveniente de familiares e de profissionais de saúde; à autonomia e independência; lazer, pensar positivo, estar com os amigos. Assim, nota-se estreita associado da dignidade com os aspectos situacionais inseridos na TSD, pois perpassam questões econômicas, culturais, sociais e contextuais.

No que tange à IE “**Garantir a continuidade dos cuidados**”, citada em dois estudos, Lisboa, Lisboa e Sá (2016) apontam que o cuidado voltado para a dor crônica envolve não só

fatores fisiológicos e psicológicos, mas também situacionais, a exemplo de problemas na área socioeconômica, pois o tratamento crônico, quando não há acesso gratuito e universal para o manejo do paciente em CP requer gastos elevados com fármacos, procedimentos, viagens para tratamento, entre outros, sendo que, na maioria dos casos, o paciente em palição possui dificuldade de trabalhar e manter a qualidade de vida necessária.

No que se refere ao cuidado de enfermagem voltados para o paciente o adulto e idoso que sofre com dor crônica e está em palição, destaca-se a importância dos cuidados não farmacológicos, que procure englobar além da dimensão física do sujeito, necessitando conhecer os desejos, necessidades, limitações, a fim de planejar a assistência de forma a dar protagonismo ao paciente (Antunes *et al.*, 2019).

Em relação às IEs **“Obter dados sobre os desejos e necessidades do doente e da família”** e **“Oferecer os alimentos que a pessoa gosta”**, Franco *et al.*, (2019) reforça a necessidade do cuidado voltado para a alimentação do paciente com dor crônica em palição. Neste estudo, os autores identificaram que os sintomas mais comuns em pacientes em cuidados paliativos envolvem a perda do apetite, bem como a ansiedade e tristeza, requerendo cuidados interdisciplinares e individualizados.

Dessa forma, diante do exposto, entende-se que aplicação de intervenções de enfermagem para o alívio da dor crônica em pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos requer preparo por parte dos profissionais para lidar com medo, angústias e incertezas do paciente e família. E para isso, necessita-se que haja conhecimento científico, pensamento crítico acerca do processo de cuidar, conhecimento técnico e atualizações nos serviços de saúde, através de educações permanentes. Além disso, requer um olhar e condutas sensíveis, individualizadas, que considerem questões subjetivas, físicas, psicológicas e sociais, bem como questões éticas, a fim de incorporar nas práticas de saúde os princípios da dignidade, privacidade e autonomia (Brasil, 2022).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitem identificar as intervenções de enfermagem no manuseio da dor crônica em adultos e idosos em cuidados paliativos, classificadas e analisadas de acordo com a Teoria dos Sintomas Desagradáveis. No que tange aos fatores fisiológicos, encontrou-se trinta e nove intervenções de enfermagem e, dentre elas, as que mais predominarem dizem respeito a: “Administrar medicação para dor”, “Monitorar o estado respiratório”, “Estimular períodos alternados de repouso e atividade”, “Monitorar sinais vitais” e “Orientar toque terapêutico”.

Nos fatores psicológicos, identificaram-se trinta e sete intervenções, compredomínio das seguintes: “Orientar sobre a realização de massagem”, “Escuta ativa”, “Estabelecer confiança”, “Proporcionar orientação para a realidade”. Quanto aos fatores situacionais, observou-se vinte e oito intervenções de enfermagem, com maior citação das apresentadas a seguir: “Manter a dignidade e a privacidade”, “Orientar sobre musicoterapia”, “Garantir a continuidade dos cuidados” e “Criar um ambiente seguro para o paciente e remover problemas ambientais”.

Nessa perspectiva, observa-se ter havido um aumento nos estudos relacionados ao controle da dor crônica, que ultrapassa a identificação do problema, avançando com a proposição de intervenções de enfermagem. Esse aumento reflete no crescente foco dos cuidados baseados no PE ao longo das décadas. Observa-se, portanto, uma transição gradual da quarta para a quinta geração do PE, as quais correspondem respectivamente, ao período de busca de evidências científicas que validem a efetividade de diagnósticos e intervenções aplicadas, bem como a prestação de um cuidado mais holístico, baseado em modelos empíricos. Ainda, é importante notar que ainda há uma carência de evidências científicas suficientes para validar e comprovar a eficácia dos diagnósticos e intervenções de enfermagem no reconhecimento de padrões utilizados.

Com a disseminação de estudos como este ainda no processo formativo e na prática assistencial da enfermeira, o modelo assistencial preconizado pelo COFEN e o uso dos SLP poderão ser seguidos, resultando em um cuidado qualificado e avanço para as gerações seguintes do PE.

Quanto ao uso na prática, o presente trabalho traz um cluster de possibilidades relacionadas as IE que podem ser utilizadas na prática clínica, visando o alívio da dor crônica de pacientes adultos e idosos em CP. Além disso, considerando os três fatores da TSD(fisiológicos, psicológicos e situacionais)é possível visualizar o indivíduo na sua totalidade como um ser

subjetivo e que demanda de cuidados, relacionando todos os aspectos que envolvem o surgimento do sintoma apresentado e proporcionando mecanismos para o planejamento das IE.

Ressalta-se que os achados do estudo incluem intervenções presentes no cotidiano da enfermeira, como posicionar o paciente, administrar medicações e conversar com a família, possibilitando uma visão ampliada e reforçando a importância dessas intervenções no alívio da dor, assim, encontram-se IE de cunho farmacológico e não farmacológico. Com isso, outro achado está relacionado ao uso de práticas alternativas as quais a enfermeira pode dominar tal conhecimento científico e aplicá-lo em seu cotidiano, trazendo um diferencial no controle da dor crônica, os quais vem demonstrando serem eficazes para o objetivo proposto, proporcionando bons resultados.

Diante do exposto, a aplicação prática do PE nas diferentes redes de atenção à saúde garante uma assistência de qualidade ao paciente. Cabe a enfermeira utilizar-se dessa diversidade de IE associadas ao raciocínio crítico que engloba todas as dimensões, físicas, psicológicas e situacionais que envolvem o paciente a ser cuidado, avaliando não apenas sua doença. Este estudo proporciona em seus resultados uma diversidade de novas possibilidades e uma nova perspectiva de visualizar práticas já utilizadas no dia a dia relacionadas a amplitude que envolve a dor e o conhecimento para tratá-la durante a assistência ao paciente em CP, garantindo uma maior autonomia profissional.

A presente dissertação apresentou como limitações a quantidade reduzida de estudos voltados para a dor crônica em pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos, tendo em vista que muitos estudos abordavam a dor centrada na fase aguda. No que tange às informações contidas nos estudos, observou-se como limitação a indisponibilidade do tipo de doença apresentada pelos participantes dos estudos, tendo em vista que a maioria deles se configura como não especificadas. Além disso, outra dificuldade diz respeito ao ano dos estudos incluídos nesta revisão de escopo, já que a maioria deles não são publicados nos últimos 05 anos.

REFERÊNCIAS

- ABBY, F.; TURNER, K. M. Palliative Care Nursing Communication. **Journal os Hospice & Palliative Nursing**, v. 21, n. 2, p. 124-130. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000493>.
- AFONSO, B. Q.; FERREIRA, N. C.; BUTCHER, R. C. G. S. Validação do resultado controle dos sintomas para pacientes com insuficiência cardíaca em cuidados paliativos. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 41, p. 1-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190427>.
- AGUIAR, B. F.; SILVA, J. P. Psicologia, espiritualidade/religiosidade e Cuidados Paliativos: uma revisão integrativa. **Rev Psicol Divers Saúde, Salvador**, v. 10, n. 1, p. 158-167, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i1.2964>.
- AGUILERA, K. C. A.; MENDES, I. L.; ROLIM NETO, M. L. O uso da Música nos Cuidados Paliativos. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 14, n. 49, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.14295/idonline.v14i49.2331>.
- ALVES, R. S. F. *et al.* Cuidados Paliativos: alternativa para o cuidado essencial no fim da vida. **Psicol Ciênc Prof (Impr)**, v. 39, p. 1-15, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185734>.
- AMARAL, J. B. *et al.* As dimensões da dor na pessoa em cuidados paliativos. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2012. p.133-152.
- ANTUNES, J. M. *et al.* Práticas de enfermagem ao paciente com dor crônica: revisão integrativa. **Acta Paul Enferm**, v. 31, n. 6, p. 48-53, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/3070/307059037015/html/>. Acesso em: 23 jul. 2024.
- ARGENTA, C. *et al.* Sistemas de linguagens padronizadas de enfermagem. In: ARGENTA, C.; ADAMY, E. K.; BITENCOURT, J. V. O. V. **Processo de enfermagem: história e teoria** [online]. Chapecó: Editora UFFS, 2020. p. 129. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/w58cn/pdf/argenta-9786586545234.pdf#page=27>. Acesso em: 04 set. 2022.
- AROMATARIS, E. *et al.* **JBIM Manual for Evidence Synthesis**. 2024. DOI: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>.
- BARRA, D. C. C.; SASSO, G. T. M. D. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 6, p. 1141-9, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/mcckLwkm6PBRX4zJfF5Vcpd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2024.
- BARROS, A. L. B. L. *et al.* Processo de Enfermagem no contexto brasileiro: reflexão sobre seu conceito e legislação. **Rev Bras Enferm**, v. 75, n. 6, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0898>.

BITTENCOURT, N. C. C. *et al.* Sinais e sintomas manifestados por pacientes em cuidados oncológicos na assistência domiciliar: uma revisão integrativa. **Esc Anna Nery**, v. 25, n. 8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0520>.

BOLELA, F. *et al.* Cancer patients in Palliative Care: occurrences related to venipuncture. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 30, 2022. DOI: <https://doi.org/110.1590/1518-8345.5825.3624>.

BORGES, P. A. *et al.* Barreiras e facilitadores para adesão à prática de exercícios por pessoas com dor crônica na Atenção Primária à Saúde: estudo qualitativo. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.33, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-7331202333019>.

BOTTONI, A; ZAHER-RUTHERFORD, V. L. Reflexão bioética sobre o uso de nutrição e hidratação artificial em pacientes terminais. **Revista Brasileira de Bioética**, v. 15, n. e9, p. 1-25, 2019. DOI: <https://doi.org/10.26512/rbb.v15.2019.26871>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A avaliação do paciente em cuidados paliativos**. Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2022.

BRASILEIRO, M. S. E.; BRASILEIRO, J. E. O medo da morte enquanto mal: uma reflexão para a prática da enfermagem. **Revista de Ciências Médicas**, v. 26, n. 2, nov. 2017. DOI: <https://doi.org/10.24220/2318-0897v26n2a3582>.

CALIL, A. M.; PIMENTA, C. A. M. Intensidade da dor e adequação de analgesia. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p. 692-9, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/wNS7nnyX8wcZLV6vBC7tmf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2024.

CAMILO, A. O. *et al.* Efeitos da massoterapia em cuidados de fim de vida: uma revisão sistemática. **Revista Movimenta**, v. 15, n. 3, 2022. DOI: <https://doi.org/10.31668/movimenta.v15i3.13171>.

CAMPOS, V. F.; SILVA, J. M. S.; SILVA, J. J. Comunicação em cuidados paliativos: equipe, paciente e família. **Revista Bioética**, v. 27, n. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-80422019274354>.

CARNEIRO, R. S. *et al.* **AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA DO APLICATIVO MÓVEL PARA O ENSINO DA CIPE®**. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Anais da XIII Semana de Enfermagem UFRB, 2021. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1G00lZo312u407_TmbyZuScnpJ06u6da0/view. Acesso em 15 set. 2023.

CARVALHO, E. C.; CRUZ, D. A. L. M.; HERDMAN, T. H. Contribuição das linguagens padronizadas para a produção do conhecimento, raciocínio clínico e prática clínica da Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 66, p. 134-41, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9yTVg5G8wkFftpGjYpwTxM/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2024.

CASTRO, M. C. F. *et al.* Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, p. 1-8. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>.

CENGIZ, Z. *et al.* Care burden and quality of life in Family caregivers of palliative care patients. **Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care**, v. 17, n. 1, p. 50-63. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/15524256.2021.1888844>.

CENZI, A. L. C; OGRADOWSKI, K. R. P. Relevância do conhecimento da enfermagem acerca das práticas integrativas e complementares no cuidado paliativo: revisão integrativa. **Espaço para a Saúde**, v. 23, n. 806, 2022. DOI: <https://doi.org/10.31668/movimenta.v15i3.13171>.

CHEN, J. S. *et al.* Physiology, Pain. **Stat Pearls [Internet]**, 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539789/#_NBK539789_pubdet_. Acesso em: 26 jul. 2024.

COMBINATO, D. S.; MARTIN, S. T. F. Necessidades da vida na morte. **Interface**, v. 21, n. 63, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0649>.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 0564/2017 do COFEN, 6 de Novembro de 2017**. Aprova o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/12/ANEXO-RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-564-2017.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 358/2009 do COFEN, 15 de outubro de 2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 23 jul. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução 429/2012 do COFEN, 30 de maio de 2012**. Dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte – tradicional ou eletrônico. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2012. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-n-4292012_9263.html. Acesso em: 23 jul. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução nº 736/2024 do COFEN, 17 de Janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Brasília: Conselho Federal de Enfermagem, 2024. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20implementa%C3%A7%C3%A3o%20do,ocorre%20o%20cuidado%20de%20enfermagem>. Acesso em: 23 jul. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução 729/2023 do CNS, 7 de Dezembro de 2023**. Aprova a Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do SUS (PNCP). Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2023. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes-cns/3265-resolucao-n-729-de-07-de-dezembro-de-2023>. Acesso em: 23 jul. 2024.

CORDEIRO, F. R. *et al.* Perfil clínico e sociodemográfico de adultos hospitalizados em cuidados paliativos. **Rev Enferm UFPI**, v. 10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v10i1.766>.

CRUZ, D. A. L. M. Processo de enfermagem e classificações. In: GAIDZINSKI, R. R. *et al.* **Diagnóstico de enfermagem na prática clínica**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 25-36.

CUNHA, G. A.; SOEIRO, A. C. V.; CAMPOS, C. L. S. A comunicação paliativa como ferramenta essencial na assistência a pacientes com doenças ameaçadoras da vida: uma análise da bibliografia recente na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). **Hematology, Transfusion, and Cell Therapy**, v. 45, n. 4, p. 134-135, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.htct.2023.09.314>.

DARCOSO, L. M.; DARCOSO, S. T. M. Dores crônicas na atualidade. **Estudos de Psicanálise**, n. 50, p. 87–94, 2018. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ep/n50/n50a08.pdf>. Acesso em: 26 jul. 2024.

DOORENBOS, A. Z. *et al.* Palliative Care Nursing Interventions in Thailand. **J Transcult Nurs**, v. 24, n. 4, p. 332-9, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1177/1043659613493439>.

DORNELES, F. C. *et al.* Nursing and Integrative and Complementary Health Practices: na integrative review. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7446>.

DUARTE, E. C. P. S. *et al.* Assistência nutricional para os cuidados paliativos de pacientes oncológicos: uma revisão integrativa. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 64, p. 124-132, 2020. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol18n64.6585>.

EVANGELISTA, C. B. *et al.* Atuação de enfermeiros em cuidados paliativos: cuidado espiritual à luz da Teoria do Cuidado Humano. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 75, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0029>.

EVANGELISTA, C. B. *et al.* Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160023>.

FINKELSTEIN, E. A. *et al.* Cross country comparison of expert assessments of the quality of death and dying 2021. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 63, n. 4, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.12.015>.

FONTES, M. H. A.; SÁ, E. C. Terapia não farmacológica no controle da fadiga de pacientes em cuidados paliativos: uma revisão. **Revista Projeção Saúde e Vida**, v. 1, n. 2, p. 103, 2020. Disponível em: <https://revista.projecao.br/index.php/Projecao6/article/view/1652>. Acesso em: 21 dez 2023.

FRANCO, M. E. *et al.* Percepção de dignidade de pacientes em cuidados paliativos. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 28, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0142>.

FURUYA, R. K.; NAKAMURA, F. R.; GASTALDI, A. B.; ROSSI, L. A. Nursing classification systems and their application in care: an integrative literature review. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [Internet], v. 32, n. 1, p. 167-75, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1983-14472011000100022>.

GARCIA, T. R. Sistematização da prática e processo de enfermagem: elementos estruturantes do saber e do fazer profissional. In: ARGENTA, C.; ADAMY, E. K.; BITENCOURT, J. V. O. V. **Processo de enfermagem: história e teoria** [online]. Chapecó: Editora UFFS, 2020. p.129. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/w58cn/pdf/argenta-9786586545234.pdf#page=27>. Acesso em: 23 jul. 2024.

GHISLENI, R. C.; SAAVEDRA, L. P.; VALANDRO, C. G. Avaliação do conhecimento em cuidados paliativos entre médicos de família e comunidade. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, v. 45, n. 18, p. 3871, 2023. DOI: [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3871](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3871).

GOIS, A. C. R.; MARANHÃO, J. H. Psicologia e cuidados paliativos na atenção primária à saúde: revisão integrativa. **SANARE, Sobral**, v. 18, n. 01, 2019. DOI: <https://doi.org/10.36925/sanare.v18i1.1308>.

GOMES, A. M. *et al.* Ações de autocuidado realizadas por adultos em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Revista de enfermagem UFPE online**, v.17, 2023. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/download/254216/43765/225131>. Acesso em: 30 jul. 2024.

GOMES, G. L. L. *et al.* Teoria dos Sintomas Desagradáveis: Análise Crítica. **Texto Contexto Enferm [Internet]**, v. 28, p. 1-10. 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0222>.

GONÇALVES, G. M. S.; MAYR, M. P.; SOUZA, N. R. Enfermagem e cuidados paliativos em idosos. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 12, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v12i1.5804>.

GONZÁLEZ-CASTILLO, M. G.; MONROY-ROJAS, A. Proceso enfermero de tercera generación. **Enfermeira Universitária**, v. 13, n. 2, p. 124-129, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.03.003>.

GUIMARÃES, T. B.; MAGNI, C. Reflexões sobre a humanização do cuidado na presença de uma doença ameaçadora da vida. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 28, n. 1, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/muda/v28n1/v28n1a06.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2024.

HEMATI, Z. *et al.* Dying with dignity: a concept analysis. **J Clinical Nurs**, v. 25, n. 9, 2016. DOI: <https://dx.doi.org/10.1111/jocn.13143>.

HONG, S. J.; LEE, E. Korean hospice nursing interventions using the Nursing Interventions Classification system: A comparison with the USA. **Nurs Health Sci**, v. 16, n. 4, p. 343-41, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1111/nhs.12120>.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). International perspectives: ICNP® now included in ICN. **Nursing Definitions**: long definition. 2023. Disponível em: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>. Acesso em: 23 jul. 2024.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION (ISO). **Health informatics** - Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems. ed. 2. Genebra, p. 30, 2014.

JOANNA BRIGGS INSTITUTE (JBI). **JBI Levels of Evidence**. 2013.

KANEMATSU, J. S. *et al.* Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crônica. **Rev Med São Paulo**, v. 101, n. 3, 2022. DOI: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1679-9836.v101i2e-192586>.

LAGO, A. J. O.; SOUZA, A. C.; BOLELA, F. Complicações relacionadas à punção venosa periférica e à hipodermóclise em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. **Rev Enferm UFSM**, v. 11, p. 1-18, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769264392>.

LENZ, E. R.; PUGH, L. C.; MILLIGAN, R. Unpleasant Symptoms. In: PETERNON, S. J.; BREDOW, T. S. **Middlerange theories**: application to nursing research and practic. 5. ed. Philadelphia: WoltersKluwer, 2020.

LISBOA, L. V.; LISBOA, J. A. A.; SÁ, K. N. Pain relief as a way to legitimate human rights. **Rev Dor**, v. 17, n. 1, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160014>.

LODUCA, A. *et al.* Retrato da Dor: Um Caminho para Entender o Sofrimento do Indivíduo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 37, 2021. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e37450>.

LOPES-JÚNIOR, L. C. *et al.* Efficacy of the complementary therapies in the management of cancer pain in palliative care: A systematic review. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v.28, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4213.3377>.

LOPES-JÚNIOR, L. C. *et al.* Theory of unpleasant symptoms: support for the management of symptoms in children and adolescents whit câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, n. 3, p. 109-12, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.03.51465>.

LOTFI, M. *et al.* The implementation of the nursing process in lower-income countries: An integrative review. **Nursing Open**, v. 7, n. 1, p. 42-57. DOI: <https://doi.org/10.1002/nop2.410>.

MAIA, H. A. A. S. *et al.* Dimensões da dor na doença falciforme e as estratégias de enfrentamento. In: CARVALHO, E. S. S.; XAVIER, A. S. G. **Olhares sobre o adoecimento crônico**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2017.

MARIN, H. F. Terminologia de referência em Enfermagem: a Norma ISO 18104. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 4, p. 445-448, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/4X7YTfVD9PZQJfYfvZH7nPN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 jul. 2024.

MARIN, H. F.; PERES, H. H. C.; SASSO, G. T. M. D. Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em Enfermagem. **Acta Paul Enferm**, v. 26, n. 3, p. 299-306, 2013. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ape/a/hM7wBsSGZJMyZmTxQSLZ6Dr/?lang=pt&format=pdf>.

Acesso em: 24 jul. 2024.

MATA, L. R. F. *et al.* Elaboração de diagnósticos e intervenções à luz de diferentes sistemas de classificações de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 6, p. 1512-18, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000600031>.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L. C. F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. **Saúde Debate**, v. 39, n. 106, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201510600030026>.

MILDEMBERG, R. *et al.* Integrative and complementary health practices in the nurses' action of primary health care. **Esc Anna Nery**, v. 27, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0074en>.

MONHO, B. M. F. *et al.* A comunicação na promoção da dignidade em cuidados paliativos: desafios para a enfermagem. **Rev Baiana Enferm**, v. 35, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.34788>.

MORAIS, S. C. R.; NÓBREGA, M. M. L.; CARVALHO, E. C. Convergence, divergence and diagnostic accuracy in the light of two nursing terminologies. **Rev Bras Enferm** [Internet], v. 68, n. 6, p. 777-83, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680613i>.

MOREIRA, M. H. M.; FAIDIGA, L. H. R.; KREBS, C. N. V. Medicamentos utilizados no manejo da dor de pacientes idosos sob cuidados paliativos em um hospital. **Brazilian Journal of Development** [Internet], v. 7, n. 9, p. 86975-86988, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n9-046>.

MOTA, T. A. *et al.* Basic human needs in the elderly receiving palliative care: a scoping review. **J Hosp Palliat Care** [Internet], v. 25, n. 4, p. 178-192, 2022. DOI: <https://doi.org/10.14475%2Fjhpc.2022.25.4.178>.

MUNKOMBWE, W. M.; PETERSSON, K.; ELGÁN, C. Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. **J Clin Nurs**, v. 29, p. 1643-1652, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.15232>.

NASCIMENTO, L. A. *et al.* Pain management: evaluation of practices adopted by health professionals of a secondary public hospital. **Rev Dor**, v. 17, n. 2, p. 76-80, 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160019>.

NASCIMENTO, L. A.; KRELING, M. C. Assessment of pain as the fifth vital sign: opinion of nurses. **Acta Paul Enferm**, v. 24, n. 1, p. 50-4, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/m9z5DPgnt9qv64WYrZ7Wy6t/?lang=en&format=pdf>. Acesso em: 26 jul. 2024.

NÓBREGA, M. M. L. *et al.* Nursing terminologies: the nanda taxonomy to the international classification for nursing practice. **Rev Enferm UFPE [online]**, v. 2, n. 4, 2008. DOI: <https://doi.org/10.5205/reuol.333-11493-1-LE.0204200817>.

NOGUEZ, P. T.; MUNIZ, R. M.; ZILLMER, J. G. V. Narratives about self-care by people at the end of their lives. **Avances em Enfermería**, v. 40, n. 1, 2022. DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v40n1.90912>.

OLIVEIRA, A. L.; SOBRINHO, N. P.; CUNHA, B. A. S. Chronic cancer pain management by the nursing team. **Rev Dor**, v. 17, n. 3, p. 219-22. 2016. DOI: <https://doi.org/10.5935/1806-0013.20160075>.

OLIVEIRA, J. C. *et al.* Intervenções de enfermagem em cuidados paliativos na atenção primária à saúde: Scoping review. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i8.17365>.

PAGE, M. J. *et al.* A declaração PRISMA 2020: uma diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. **The BMJ**, v.372, n.71. 2021. DOI: <https://doi.org/10.26633/2FRPSP.2022.112>.

PEREIRA, P. V. A. **Intervenções de enfermagem para gerir a dor da canulação da fístula arteriovenosa do doente em hemodiálise**. 2020. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, 2020. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/37352/1/Vasco%20Aur%c3%a9lio%20Pereira%20Paulo%20-%202001.03.2020%20-%20reformulada.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2024.

PRADO, A. M. *et al.* Influence of cognitive performance on the response to pain education guidelines in patients with chronic painful temporomandibular disorders. **BrJP**, v. 5, n. 4, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20220063-en>.

PRADO, R. T. *et al.* Communication in the management of the nursing care before the death and dying process. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 28, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0336>.

RADBRUCH, L. *et al.* Redefining Palliative Care – A New Consensus- Based Definition. **Journal of Pain and Symptom Management**, v. 60, n. 4. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027>.

RAJA, S. N. *et al.* The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. **Pain**, v. 161, n. 9, p. 1976-82, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.

RAMOS, N. M. *et al.* Diagnósticos de Enfermagem da CIPE® para vítimas de acidente vascular encefálico isquêmico. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 2, p. 112-9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.2926>.

RÉGIS, C. C. *et al.* Dor crônica avaliada pela classificação dos resultados de enfermagem. **Rev enferm UFPE online**, v.14, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/download/243932/35692/173763>. Acesso em: 30 jul. 2024.

- RIBEIRO, R. V. *et al.* A pesquisa-ação na reconstrução do conhecimento de enfermeiros sobre processo de enfermagem na área hospitalar. **New Trends in Qualitative Research**, v. 3, p. 423-436, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.3.2020.423-436>.
- ROBINSON, J. *et al.* Specialist palliative care nursing and the philosophy of palliative care: a critical discussion. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 23, n. 7, p. 352-358. 2017. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.7.352>.
- RODRIGUES, J. L. R. *et al.* Cuidados de enfermagem no manejo da dor em pacientes adultos e idosos em cuidados paliativos. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 10, n. 1, p. 1-10, 2020. DOI: <https://doi.org/10.19175/recom.v10i0.3680>.
- RODRIGUES, L. C. *et al.* Principais antieméticos utilizados no tratamento de pacientes oncológicos. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 3, p. 30845-30859, 2021. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n3-691>.
- ROSS, H. A. End-of-LifeCare: Managing Common Symptoms. **American Family Physician**, v. 95, n. 6. 2017. Disponível em: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2017/0315/p356.html#abstract>. Acesso em: 26 jul. 2024.
- RUTHERFORD, M. A. Standardized nursing language: what does it mean for nursing practice? **JIssuesNurs**, v. 13, n. 1, 2008. Disponível em: <https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ThePracticeofProfessionalNursing/Health-IT/StandardizedNursingLanguage.html>. Acesso em: 02 set. 2022.
- SÁ, J.; TEIXEIRA, J. Aspectos valorizados pelos enfermeiros perante a dor crônica de uma pessoa em cuidados paliativos. **Journal of Nursing and Health**, v. 12, n. 1, 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/21620/14246>. Acesso em: 26 jul. 2024.
- SÁ, K. *et al.* Prevalência de dor crônica e fatores associados na população de Salvador, Bahia. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 622-30, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/Xwyh3HtbdZFsNRNM9YV4LyD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2024.
- SALLUM, A. M. C.; GARCIA, D. M.; SANCHES, M. Acute and chronic pain: a narrative review of the literature. **Acta Paul Enferm**, v. 25, p. 150-154, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000800023>.
- SALVETTI, M. G.; SANCHES, M. B. Symptom cluster: management and advanced practices in oncology nursing. **Rev Esc Enferm USP**, v. 56, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0452en>.
- SANTANA, J. M. *et al.* Revised definition of pain after four decades. **BrJP**, v. 3, n. 3, p. 197-8, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>.
- SANTOS, A. F. J. Cuidados Paliativos e dignidade no fim de vida. **Mais 60- Estudos sobre Envelhecimento**, v. 28, n. 68, 2017. Disponível em:

https://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_boletim/bibli_bol_2006/Mais-60_n.68.pdf. Acesso em: 26 jul. 2024.

SANTOS, W. M.; SECOLI, S. R.; PÜSCHEL, V. A. A. A abordagem do Joanna Briggs Institute para revisões sistemáticas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2018, 26. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2885.3074>.

SCHOBER, M. *et al.* Guideline son advanced practice nursing 2020. **International council of nurses**, p. 18-20, 2020. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf. Acesso em: 23 jul. 2024.

SEVERINO, R. Gestão da dispneia em cuidados paliativos: intervenções farmacológicas e não farmacológicas. **Revista Investigação em Enfermagem**, p. 9-23, 2020. Disponível em: http://sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE31_s2.pdf#page=9. Acesso em: 30 jul. 2024.

SILVA, I. T. S. *et al.* O uso da aromaterapia no contexto da enfermagem: uma revisão integrativa. **Rev Eletr Enferm**. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5216/ree.v22.59677>.

SILVA, J. L. R. *et al.* Cuidados de enfermagem direcionados ao conforto do cliente oncológico em cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, v. 13, n. 1, 2023a. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v12i1.39489>.

SILVA, L. N. *et al.* Práticas integrativas e complementares em saúde no cuidado paliativo: revisão interativa. **PEER REVIEW**, v.5, n. x, 2023b. DOI: <https://doi.org/10.53660/228.prw315>.

SILVA, R. S. *et al.* Nursing interventions for people in palliative care, based on the Dignity Model. **Int J PalliatNurs [Internet]**, v. 28, n. 9, p. 419-425, 2022. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.9.419>.

SILVA, R. S. *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe. **Enferm Foco**, v. 7, n. 2, p. 32-36, 2016. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.n2.803>.

SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. **Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2019.

SILVA, R. S.; COUTINHO, S. M. G. Percepção de luto e vivência de luto antecipatório de familiares em uma unidade de cuidados paliativos. **Health Residencies Journal – HRJ**, v. 3, n. 15, p. 224-240, 2022. DOI: <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i15.283>.

SILVA, R. S.; PEREIRA, A.; MUSSI, F. C. Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 40-46, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>.

SILVA, R. S.; BANDEIRA, W. C. O; LIMA, M. O. M. Sistematização da Assistência de Enfermagem: do que estamos falando? In: SILVA, R. S.; BITTENCOURT, I. S.; PAIXÃO, G. P. N. **Enfermagem avançada: um guia para a prática**. Salvador: Sanar, 2016. p. 65-88.

SILVA, R.S. *et al.* Perspectiva de la familia/cuidador sobre el dolor crónico en pacientes con cuidados paliativos. **Revista Enfermeria Actual**, n. 38, p. 1-14, 2020a. DOI: <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.37086>.

SILVA, S. M. C. *et al.* Comprometimento da qualidade de vida por ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. **BrJP São Paulo**, v. 4, n. 3, p. 216-20, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210038>.

SOARES, P. L. O.; RATTES, T. S. R.; ALLAHDADI, A. Q. G. S. Efeitos do exercício em pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Revista Amazônia Science & Health**, v. 9, n. 1, p. 25-35, 2021. DOI: <https://doi.org/10.18606/2318-1419/amazonia.sci.health.v9n1p25-35>.

SOARES, S. R. Aportes del proceso de enfermería sistematización de la asistencia para la autonomía del enfermeiro. **Rev Cuba Enf**, v. 35, n. 4, p. 1-19, 2019. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96983>. Acesso em: 23 jul. 2024.

SOUZA, J.; FERREIRA, R.; GUEDES, V. Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, v. 5, n. 2, p. 97-109, 2022. DOI: <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.189>.

SOUZA, M. C. S.; JARAMILLO, R. G.; BORGES, M. S. Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. **Enfermeria Global**, n. 61, 2021. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>.

SOUZA, M. F. G.; SANTOS, A. D. B.; MONTEIRO, A. I. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de Ensino. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 2, p. 167-73, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Z5GtTXWcJv5jhYmRCmFfthn/?format=pdf&lang=pt#:~:text=O%20processo%20de%20enfermagem%20%C3%A9,melhoria%20da%20qualidade%20da%20assist%C3%Aancia>. Acesso em: 23 jul. 2024.

TONEY-BUTLER, T. J.; THAYER, J. M. Nursing Process. **StatPearls [Internet]**, 2022. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499937/#_NBK499937_pubdet_. Acesso em: 23 jul. 2024.

TREEDE, R. D. *et al.* A classification of chronic pain for ICD-11. **Pain**, v. 156, n. 6, p. 1003-7, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.000000000000160>.

TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. **Ann Intern Med**, v. 169, n. 7, p. 467-73, 2018. DOI: <https://doi.org/10.7326/m18-0850>.

VASCONCELOS, F. H.; ARAÚJO, G. C. Prevalence of chronic pain in Brazil: a descriptive study. **Br J Pain**, v. 1, n. 2, p. 176-9, 2018. DOI: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20180034>.

VICTOR, G. H. G. G. Cuidados Paliativos no Mundo. **Rev Bras Cancerologia**, v. 62, n. 3, p. 267-270, 2016. DOI: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2016v62n3.343>.

WEAVER, C. A. *et al.* **Nursing and informatics for the 21 century**: an international look at practice, education and EHR trends. ed. 2. Chicago: HIMSS, 2006.

WHO family of classifications. **Int Nurs Rev [Internet]**, v. 56, n. 2, p. 155-6. 2009. DOI: https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2009.00731_2.x.

WILLIAMS, A. C. C.; CRAIG, K. D. Updating the definition of pain. **Pain**, v. 157, n. 11, p. 2420-3, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000613>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Definition of palliative care**. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Acesso em: 06 dez. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2^a ed. World Health Organization, Geneva 2002.

APÊNDICE A – Referências dos estudos incluídos e excluídos na revisão de escopo.

ESTUDOS INCLUÍDOS
E1- SILVA, F.V.F; SILVA, L.F.S; SILVA, A.C.R. Hospice nursing comfort care for Patients with heart failure. Aquichan , v.15, n.1. 2015. DOI: https://doi.org/10.5294/aqui.2015.15.1.11 .
E2- DOORENBOS, A.Z; JUNTASOPEEPUN, P; EATON, L.H; RUE, T; HONG, E; COENEN, A. Palliative Care Nursing Interventions in Thailand. J TranscultNurs , v.24, n. 4. 2013. DOI: 10.1177/1043659613493439
E3- DOORENBOS, A.Z; ABAQUIN, C; PERRIN, M.E; EATON, L; BALABAGNO, A.O; RUE, T. <i>et al.</i> Supporting dignified dying in the Philippines. International Journal Palliative Nursing , v.17, n.3. 2011. DOI: https://doi.org/10.12968/ijpn .
E4- SILVA, R.S; MUSSI, F.C; NÓBREGA.M.M.L; ALMEIDA, A.R.L.P; COSTA, L.E.L; PEREIRA, A. Nursing interventions for people in palliative care, based on the Dignity Model. International Journal Palliative Nursing , v. 28, n.9. 2022. DOI: https://doi.org/10.12968/ijpn.2022.28.9.419 .
E5- MARTINS, C; BASTO, M.L. Relieving the suffering of end-of-life patients: A Grounded theory study. Journal of Hospice & Palliative Nursing , v.13, n.3. 2011. DOI: http://dx.doi.org/10.1097/NJH.0b013e31820a95dd .
E6- JO, K.H; DOORENBOS, A.Z; SUNG, K.W; HONG, E; RUE, T; COENEN, A. Nursing interventions to promote dignified dying in South Korea. International Journal Palliative Nursing , v.17, n.8. 2011. DOI: https://doi.org/10.12968/ijpn.2011.17.8.392
E7- HONG, S.J; LEE, Eunjoo. Korean Hospice nursing interventions using the Nursing Interventions Classification system: A Comparison with the USA. Nursing & Health Sciences , v.16, n.4. 2014. DOI: https://doi.org/10.1111/nhs.12120 .
E8- HERTH, K. Engendering hope in the chronically and terminally ill: Nursing interventions. The American Journal of Hospice & Palliative Care , v.12, n.31. 1995. DOI: 10.1177/104990919501200510
E9- ALVES, P.V. Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. Pensar Enfermagem , v.17, n.1. 2013. Disponível em: https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/download/75/70/74 .
E10- COELHO, A; PAROLA, V; CARDOSO, D; BRAVO, M.E; APÓSTOLO, J. Use of non- pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports , v.15, n.7. 2017. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003204
E11- MACKEY, S. Massage as a nursing intervention: using reflection to achieve change in practice. Contemporary Nurse , v.7, n.1. 1998. DOI: 10.5172/conu.1998.7.1.18.
E12- VOSIT-STELLER, J; WHITE, P; BARRON, A.M; GERZEVITZ, D; MORSE, A. Enhancing end-of-life care with dignity: characterizing hospice nursing in Romania. International Journal of Palliative Nursing , v.16, n.9. 2010. DOI: 10.12968/ijpn.2010.16.9.78645.
E13- GILLILAND, I. Using Aromatherapy as a Therapeutic Nursing Intervention. Journal of Hospice and Palliative Nursing , v.1, n.4. 1999.
E14- ZERWEKH, J.V. The Practice of Presencing. Seminars in Oncology Nursing , v.13, n.4. 1997.
E15- TRYBUS, T; VICTOR, L.S; SILVA, R.S; CARVALHO, D.R; CUBAS, M.R. Clinical applicability of the terminological subset of palliative care for dignified dying. Revista da

Escola de Enfermagem da USP, v.55. 2021. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0126.	
ESTUDOS EXCLUÍDOS APÓS LEITURA DO TEXTO COMPLETO	
REFERÊNCIA	MOTIVO DA EXCLUSÃO
TURNER, J.A. Nursing care of the terminal lung cancer patient. <i>Nursing Clinics of North America</i> , v.27, n.3. 1992. PMID: 1508740.	Não atende à estratégia PCC quanto à População.
MOSELEY, J.R. Alterations in comfort. <i>Nursing Clinics of North America</i> , v.2. 1995.	Artigo indisponível na íntegra.
MESSENGER, T., ROBERTS, K.T. The terminally ill: serenity nursing interventions for hospice clients. <i>Journal of gerontological nursing</i> , v.20, n. 11. 1994. Disponível em: https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-0028539146&doi=10.3928%2f0098-9134-19941101-06&origin=inward&txGid=6034445b926f330b8c008297402d8627	Artigo indisponível na íntegra.
HOLZHEIMER, A.; MCMILLAN, SC; WEITZNER, M.Improving pain outcomes of hospice patients with cancer. <i>Oncology nursing forum</i> , v.26. 1999. PMID: 11064881.	Artigo indisponível na íntegra.
DYAR, S.; LESPERANCE, M.; SHANNON, R.; SLOAN, J. COLON-OTERO, G. A nurse practitioner directed intervention improves the quality of life of patients with metastatic cancer: Results of a randomized pilot study. <i>Journal of Palliative Medicine</i> , v.15, n.8. 2012. doi: 10.1089/jpm.2012.0014.	Não atende ao Conceito da estratégia PCC, pois não apresenta intervenções de enfermagem para a dor crônica.
DALY, J.M.; MASS, M.; BUCKWALTER, K.What interventions do nurses use in long-term care? <i>Director</i> , v.5, n.3. 1997.	Artigo indisponível na íntegra.
CHAN, R.J; TELENI, L; MCDONL, S. <i>et al.</i> Breast cancer nursing interventions and clinical effectiveness: A systematic review. <i>BMJ Supportive & Palliative Care</i> , v.10, n.3. 2020. DOI: 10.1136/bmjspcare-2019-002120.	Não atende ao Conceito da estratégia PCC, pois não apresenta intervenções de enfermagem para a dor crônica.
BAILEY, F.A; WILLIAMS, B.R; WOODBY, L.L. <i>et al.</i> Intervention to Improve Care at Life's End in inpatient settings: the BEACON trial. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , v.29, n.6. 2014. DOI: 10.1007/s11606-013-2724-6.	Não atende à estratégia PCC, pois as intervenções apresentadas não são de enfermagem.
MOORE, William. WEBMD. <i>Parkinson's Disease and Nursing Home Care</i> . 2023. Disponível em: https://www.webmd.com/parkinsons-disease/parkinsons-disease-overview .	Não atende à estratégia PCC no que se refere à População, Conceito e Contexto.
NATIONAL CANCER INSTITUTE. <i>Nurse Practitioner Provides Specialized Care and Hope</i> .2023. Disponível em: https://www.cancer.gov/rare-brain-spine-tumor/blog/2020/nurse .	Não atende à estratégia PCC no que se refere à População, Conceito e Contexto.

<p>KIM, WON SOON. 호스피스환자의통증, 불안및우울, 존엄인식과영적안녕이품위있는죽음태도에미치는영향. Korean journal of Adult Nursing, v.33, n.3, 2021. DOI: 10.7475/kjan.2021.33.3.212.</p>	<p>Não atende ao idioma especificado nos critérios de inclusão: inglês, português, espanhol e francês</p>
<p>KIM, CHUN-GILL;LEE, YOUNG HEE. 호스피스관련국내간호연구논문동향(1998~2017). Korean journal of Adult Nursing, v.29, n.2, 2017. DOI: 10.7475/kjan.2017.29.2.119.</p>	<p>Não atende ao idioma especificado nos critérios de inclusão: inglês, português, espanhol e francês</p>
<p>GILLIAND, Irene. Case report. Using aromatherapy as a therapeutic nursing intervention. Journal of Hospice and Palliative Nursing, v.1, n.4, 1999.</p>	<p>Não atende à estratégia PCC.</p>
<p>CASTRO, M.C.F; FULY, P.S.C. ICNP® terminological subset for tumor wounds in palliative care: a methodological study. Online Brazilian Journal of Nursing, v.13. 2014. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/artigo/visualizaçã/</p>	<p>Artigo indisponível na íntegra. Apresentado apenas até o método.</p>
<p>KIM, CHUN-GILL;LEE, YOUNG HEE. Nurses' Experiences of End of Life Care of Older Adults with Dementia. Korean journal of Adult Nursing, v.29, n.2, 2017. DOI: 10.7475/kjan.2017.29.2.119.</p>	<p>Não atende ao idioma especificado nos critérios de inclusão: inglês, português, espanhol e francês</p>

APÊNDICE B – Motivo da exclusão dos estudos.**IDENTIFICAÇÃO:**

Total de estudos selecionados- 1530 estudos.

200 excluídos- não atenderam à questão de pesquisa e objetivo do estudo.

183 excluídos- Registros duplicados.

TRIAGEM:

Total de estudos selecionados: 1147 estudos.

1147 excluídos- não atendiam à estratégia PCC e ao objetivo do estudo.

ELEGIBILIDADE:

Total de estudo selecionados: 30 estudos.

5 excluídos: não se adequavam ao público-alvo e ao objetivo do estudo.

INCLUÍDOS:

Total de estudos selecionados: 15 estudos.

10 excluídos: não atendem à estratégia PCC, não estão no idioma inglês, português, espanhol ou francês, não apresentam o texto na íntegra.

APÊNDICE C- Título e resumo do protocolo de revisão de escopopublicado na Revista
Baiana de Enfermagem

DOI 10.18471/rbe.v38.55743

1
Revisão

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS
COM DOR CRÔNICA EM PALIAÇÃO: PROTOCOLO DE
REVISÃO DE ESCOPO

NURSING INTERVENTIONS FOR PEOPLE WITH
CHRONIC PALLIATION PAIN: SCOPING REVIEW
PROTOCOL

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA PARA PERSONAS
CON DOLOR PALIATIVO CRÓNICO: PROTOCOLO DE
REVISIÓN DEL ALCANCE

Raércia dos Santos Carneiro¹
Ana Carolaine de Souza Batista²
Aila Roberta Passos Pereira³
Julia de Souza Soares da Silva⁴
Larissa Coelho Barbosa⁵
Rudval Souza da Silva⁶

Como citar este artigo: Carneiro RS, Batista ACS, Pereira ARP, Silva JSS, Barbosa LC, Silva RSS. Intervenções de enfermagem para pessoas com dor crônica em palição: protocolo de revisão de escopo. Rev baiana enferm. 2024;38:e55743.

APÊNDICE D- Título e resumo do artigo submetido à Revista Anna Nery.

Escola Anna Nery

Home

Author

Submission Confirmation Print

Thank you for your submission

Submitted to
Escola Anna Nery

Manuscript ID
EAN-2024-0020

Title
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA PESSOAS EM CUIDADOS PALIATIVOS COM DOR CRÔNICA:
SCOPING REVIEW

RESUMO

Objetivos: Identificar as intervenções de enfermagem no manuseio da dor crônica em adultos e idosos em cuidados paliativos. **Método:** Trata-se de um estudo de revisão do tipo *Scoping Review* em conformidade com as recomendações propostas pelo *Joanna Briggs Instituto* (JBI), sendo incluídos estudos nos idiomas inglês, português, francês e espanhol, sem recorte temporal pré-estabelecido, com adultos e idosos em CP em 05 bases de dados: MEDLINE/PubMed, Scopus, *Web of Science* (WOS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) e *National Grey Literature Collection* (MEDNAR). As intervenções encontradas foram categorizadas conforme as categorias da Teoria dos Sintomas Desagradáveis: fisiológicas, psicológicas e situacionais. **Resultados:** Incluiu-se 15 estudos para compor o corpus da análise qualitativa desta revisão de escopo. **Conclusão e implicações para a prática:** Os achados do estudo incluem intervenções do cotidiano da enfermeira, possibilitando uma visão ampliada e reforçando a importância dessas intervenções no alívio da dor, sendo essas IE de cunho farmacológico e não farmacológico. Cabe a enfermeira utilizar-se dessa diversidade de IE associadas ao raciocínio crítico que engloba todas as dimensões, físicas, psicológicas e situacionais que envolvem o paciente cuidado, avaliando não apenas sua doença.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Dor Crônica; Terminologia Padronizada em Enfermagem.