



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**Promoção do Cuidado de Si: expetativas da pessoa idosa
com dor crónica na primeira consulta de enfermagem
num centro multidisciplinar dor**

Helena Rosa Melo Vasconcelos



**Lisboa
2022**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**Promoção do Cuidado de Si: expectativas da pessoa idosa
com dor crónica na primeira consulta de enfermagem
num centro multidisciplinar dor**

Helena Rosa Melo Vasconcelos

Orientador: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes, pela disponibilidade e sabedoria na motivação e orientação deste percurso.

Às Enfermeiras Dulce, Madalena, Filomena, pela amizade, apoio e motivação.

À Teresa, pelo humor, companheirismo e apoio ao longo deste percurso académico.

Ao Vitor, companheiro de todos os momentos e pelo seu amor incondicional.

Ao Vitor Miguel, filho e amigo em todas as horas, pelo carinho em todos os momentos, permitindo-me ultrapassar obstáculos e dificuldades.

À minha mãe, pelo mimo impulsionador e por ser o meu alicerce.

Ao João Manuel, pelo profissionalismo e apoio.

A todos os que contribuíram direta ou indiretamente para a concretização deste trabalho

A ti, pai...

Lista de Siglas e/ou Abreviaturas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CA – Conselho de Administração

CE – Consulta de Enfermagem

CMD – Centro Multidisciplinar Dor

DGS - Direção-Geral da Saúde

EFIC – European Pain Federation

EN – Escala Numérica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FG - *focus grupo*

IASP - Association International for the Study of Pain

ICD – Instrumento de Colheita de Dados

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PNPCD – Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

UC – Unidade Curricular

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A dor crónica é um problema frequente das pessoas idosas que tem grande impacto na sua autonomia e independência, podendo contribuir para o aparecimento ou agravamento das designadas grandes síndromes geriátricas. O conhecimento das expetativas da pessoa idosa com dor crónica e os fatores que as influenciam é um processo de avaliação contínuo ao longo do percurso de cuidados numa unidade de dor. Este projeto decorreu num centro multidisciplinar dor e numa unidade de saúde familiar de Lisboa e Vale do Tejo, com a finalidade do desenvolvimento de competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e sua família, nomeadamente através da implementação de um projeto de intervenção em enfermagem que permitiu o conhecimento das expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem para a promoção do Cuidado-de-Si. O modelo teórico de enfermagem norteador do projeto foi o modelo de parceria de Gomes (2020), visando a prática de cuidados em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na promoção do Cuidado-de-Si. Como resultados constatámos nas entrevistas que as pessoas idosas tinham a expetativa do alívio da dor e algumas esperavam a cura total. Na perspetiva das enfermeiras é necessário envolver a pessoa idosa no processo de avaliação e quantificação do alívio da dor e definirem em conjunto expetativas realistas, que ajudam não só no controlo da dor, mas também na aceitação da dor crónica. O confronto da equipa com a escassez de registo das expetativas na avaliação inicial da primeira consulta de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica no Centro Multidisciplinar Dor expôs a dificuldade em identificar as expetativas como um problema ao nível das intervenções de enfermagem o que dificulta a realização de diagnósticos e de intervenções de enfermagem nesta área. O percurso realizado promoveu o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre na área da intervenção à pessoa idosa e família, e o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa e família, para a promoção do Cuidado-de-Si, salientado a importância do conhecimento das expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor para melhoria da prática clínica e necessidade de investir em estudos de investigação nesta área.

Palavras-chave: Dor crónica; unidade dor; expetativas; pessoa idosa; Cuidado-de-Si; consulta enfermagem.

ABSTRACT

Chronic pain is a common problem of older people which has a great impact on their autonomy and independence and can contribute to the onset or worsening of the so-called major geriatric syndromes. The knowledge of the expectations of the elderly people with chronic pain and of the factors that influence them is a process of continuous assessment throughout the work of providing care in a pain clinic. This project took place at a multidisciplinary pain center and at a family healthcare unit in Lisbon and Tagus Valley region, with the aim of developing skills as a nurse with a master degree and as a specialist in healthcare for the elderly and their family, in particular through the implementation of an nursing intervention project which has allowed to collect knowledge about the expectations of the elderly with chronic pain at the first nursing consultation in order to promote care of the self. The nursing theoretical model guiding the project was Gomes partnership model (2020), aimed at providing care in partnership with the elderly person who suffers from chronic pain in promoting care of the self. As a result, we noted in the interviews that older people had the expectation of pain relief and some expected full cure. From the perspective of the nurses, it is necessary to involve the elderly in the evaluation and quantification of pain relief and in jointly defining realistic expectations, which helps not only in the control of pain, but also in the acceptance of chronic pain. The fact that the team was confronted with the scarcity of data on patient expectations in the initial evaluation of the first nursing consultation of the elderly person with chronic pain at the Multidisciplinary Pain Center exposed the difficulty in identifying the expectations as a problem at the level of nursing interventions making it difficult to perform diagnostics and nursing interventions in this area. The work undertaken promoted the development of skills as a specialist and as a nurse with a master degree in the area of intervention concerning the elderly and their relatives, as well as the development of skills in the nursing team in the care provided to the elderly person and his or her family, to promote the care of the self, underlying the importance of getting to know what are the expectations of the elderly with chronic pain during the first nursing consultation in a Multidisciplinary Pain Center in order to improve clinical practice and the need to invest in research studies in this area.

Keywords: Chronic pain; pain clinic; expectations; elderly people; care-of-the-self; nursing consultation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	14
1.1. Pessoa idosa com dor crónica	14
1.2. Expetativas da pessoa idosa com dor crónica	17
1.3. Consulta de enfermagem à pessoa idosa para a promoção do cuidado-de-si	19
2. METODOLOGIA DO PROJETO	23
2.1. Metodologia de projeto	23
2.2. Caracterização dos contextos de estágio	26
2.3. Considerações éticas	27
3. ATIVIDADES REALIZADAS, APRENDIZAGENS ADQUIRIDAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	29
3.1. Competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e família para a promoção do cuidado- de-si	29
3.2. Competências como enfermeira mestre e especialista na implementação de um projeto	45
CONCLUSÃO	64
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião do processo de parceria à pessoa idosa com dor crónica

APÊNDICE II – Instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa

APÊNDICE III – Estudo de Caso

APÊNDICE IV - Grelha de colheita de dados dos registos de enfermagem para identificação das expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta no CMD

APÊNDICE V - Guião de focus grupo com a equipa de enfermagem do CMD

APÊNDICE VI – Guião de entrevista sobre as expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem no CMD

APÊNDICE VII – Instrumento de colheita de dados para caracterização da amostra do estudo

INTRODUÇÃO

O presente relatório intitulado “Promoção do Cuidado de Si: expectativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor”, foi elaborado no âmbito da implementação de um projeto de intervenção inserido no 11º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), com a **finalidade** de desenvolver competências enquanto enfermeira especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor.

Este relatório pretende documentar o percurso realizado, assim como, as competências desenvolvidas de enfermeira especialista e mestre. Para tal, descrevemos de forma reflexiva as atividades e aprendizagens realizadas durante o estágio, na implementação do projeto, evidenciando os principais contributos para o desenvolvimento de competências de enfermagem avançada.

A escolha do tema prende-se com o atual envelhecimento da população mundial. O conceito de envelhecimento sofreu várias alterações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com as atitudes, crenças, cultura, conhecimento e relações sociais. Este conceito está relacionado com as alterações biológicas, psicológicas e sociais que decorrem ao longo da vida, não sendo um problema, mas uma parte natural do ciclo de vida (DGS, 2006; Sequeira, 2018). Segundo os dados da PORDATA (2019) dos 10. 276. 617 indivíduos residentes em Portugal, 2. 244. 225 são indivíduos com 65 ou mais anos, o que torna o envelhecimento demográfico um desafio para Portugal.

O aumento da esperança média de vida nas idades mais avançadas representa um desafio para as políticas de saúde e de proteção social, essencialmente pelo conseqüente aumento das necessidades de cuidados e serviços de saúde (DGS, 2014).

O envelhecimento faz parte do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível. No entanto, a nível biológico este processo está associado a uma grande diversidade de danos moleculares e celulares, que com o tempo leva a uma perda progressiva das reservas fisiológicas, um maior risco de contrair doenças e um declínio geral das capacidades físicas e mentais da pessoa (OMS, 2015). Como conseqüência da progressiva transição demográfica e aumento da longevidade, surge a alta incidência

de doenças crónicas e degenerativas na pessoa idosa com conseqüente dependência e dor crónica (Kayser et al, 2014).

A International Association for the Study of Pain (IASP) desenvolveu recentemente a revisão da definição de dor que existia desde 1979. Esta revisão teve como objetivo abranger as especificidades e complexidade da dor, contribuindo para uma melhor avaliação e tratamento das pessoas com dor. Atualmente considera-se dor "*uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos*" (Raja et al, 2020). Salienta-se, no entanto, que com frequência a dor deixa de ser um sintoma para se tornar numa doença, e que para além do sofrimento provocado pela dor e conseqüente diminuição da qualidade de vida, promove alterações fisiopatológicas que contribuem para a continuação do fenómeno doloroso (EFIC, 2016; Treede et al, 2019).

A dor crónica é um problema de saúde pública pela sua prevalência e impacto na qualidade de vida da pessoa idosa e familiares e define-se por aquela que persiste ou perdura num período de tempo igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu origem (IASP, 2006; DGS, 2010; Cardoso, 2015). É reconhecida como um problema frequente na pessoa idosa. A IASP (2006) refere que 50 % das pessoas idosas da comunidade têm dor crónica, e aumenta para 80% nos idosos institucionalizados (Cheng et al, 2017). Em Portugal, o único estudo realizado em 2012 sobre a prevalência da dor crónica, revelou que a dor crónica afetava 37% da população adulta e 20,4% das pessoas idosas, nestas estava sobretudo relacionada com a artrose e osteoporose, e tinha como localização mais frequente a anca e membros inferiores (Azevedo et al, 2012). Verifica-se que apenas 20% das pessoas idosas toma terapêutica analgésica (Kopf, 2013). Constata-se que a dor crónica é ainda subdiagnosticada e, portanto, subtratada (IASP, 2006; Kopf, 2013; Hall 2016; Gomes, Mela, Guerreiro, Lopes & Gomes, 2020).

A ela está associada a depressão, diminuição da socialização e da capacidade funcional, alterações do sono e da marcha, síndrome de imobilidade, maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde, do risco de polimedicação e de interações medicamentosas, constituindo um grave problema de saúde pública (DGS, 2010; Souza & Barcellos, 2018). As alterações nestas funções resultam em problemas para a saúde da pessoa idosa, com grande impacto na sua autonomia e independência, podendo contribuir para o aparecimento ou agravamento das designadas grandes síndromes geriátricas (Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes,

2018). Surgem assim, novas necessidades em saúde para as pessoas idosas com dor crónica e suas famílias, nomeadamente em unidades de dor (DGS, 2017).

A compreensão das expectativas da pessoa idosa com dor crónica, pode ter implicações na sua satisfação e na resposta ao plano terapêutico (Calpin et al, 2016). São consideradas um importante preditor da eficácia dos sistemas de saúde em termos de custos, qualidade, utilização de serviços e satisfação (Calpin et al, 2016). As expectativas, a crença na autoeficácia e a atitude face à dor, são algumas das condições pessoais, que influenciam a forma como a pessoa se move através de uma transição, e que facilitam ou dificultam o progresso no sentido de alcançar uma transição saudável (Tavares, 2020).

Estas são sobretudo o alívio da dor (48,7%), a informação sobre o plano terapêutico (7,7%) e o esclarecimento sobre as causas de dor (2,6%) (McLoughlin, Imran, Hannigan & Harmon, 2018). No entanto mais de metade das pessoas idosas não tem qualquer expectativa, provavelmente porque têm um longo percurso até à primeira consulta numa unidade dor, uma vez que a demora média até terem um diagnóstico é de 4 anos após os primeiros sintomas em 34% das pessoas (Antunes et al, 2019).

É interessante constatar que quando as pessoas idosas falam de preocupações, estas são a mobilização e a marcha (46%), a participação social (5%) e o emprego (3%). Nas pessoas idosas ativas a preocupação principal é o emprego (23%), a participação social (21%) e a mobilização e a marcha (15%) (McLoughlin, Imran, Hannigan & Harmon, 2018).

Os enfermeiros ao conhecerem as expectativas da pessoa idosa com dor crónica podem ajudar no processo reflexivo que contribua para a sua autonomia e tomada de decisões em relação ao seu plano terapêutico, com base em informação esclarecida, um dos valores para a promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2019). No Cuidado-de-Si é fundamental que os enfermeiros se descentrem de si próprios, vão ao encontro do outro que é a pessoa idosa com dor crónica e construam uma relação de parceria que permita a partilha dos significados que atribuem às expectativas aquando da primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor (Gomes, 2016). A pessoa idosa com dor crónica é um ser de projeto e de cuidado, em que é fundamental o enfermeiro conhecer, apoiar e reforçar, nomeadamente em relação às expectativas no controlo da dor, para se conseguir ir ao encontro do seu potencial de desenvolvimento promovendo o Cuidado-de-Si (Gomes, 2016).

A consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor possibilita a construção do processo de parceria como promotor do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com dor crónica (Gomes, 2016).

No Centro Multidisciplinar Dor (CMD) encontra-se a decorrer o projeto “Centro Multidisciplinar Dor Amigo das Pessoas Idosas” e ao confrontar a literatura com a prática clínica constatamos, que apesar das expetativas da pessoa idosa serem um indicador na entrevista de enfermagem na consulta de primeira vez, existiam alguns problemas, nomeadamente em relação à escassez e objetividade no seu registo no processo clínico.

Por outro lado, parecia haver uma dissonância entre as expetativas da pessoa idosa que em muitas situações esperam uma cura da sua dor, e aquilo que podemos oferecer em termos de controlo da intensidade da dor, que em muitos casos, se situa numa diminuição de cerca de 30 a 50% (DGS, 2011).

De acordo com Gomes (2019) é importante criar condições que possibilitem capacitar a pessoa idosa com dor crónica a gerir o Cuidado-de-Si, apoiando-as em parceria para promover o seu projeto de vida e saúde, o que é particularmente pertinente numa primeira consulta de enfermagem no CMD.

No desenvolvimento deste trabalho recorreremos à metodologia de projeto, que se caracteriza, por um plano de trabalho organizado para resolver e estudar um problema da prática. Este problema deve ser relevante, tangível e que seja compatível com a qualificação da equipa (Ruivo et al, 2010; Schneider, 2017).

Este projeto tem como finalidade o desenvolvimento de competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e sua família. Pretendemos nomeadamente através da implementação de um projeto de intervenções de enfermagem que permita o conhecimento das expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem para a promoção do Cuidado-de-Si.

Definimos como objetivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e família para a promoção do Cuidado-de-Si, através do conhecimento das expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor.

- Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa e família, para a promoção do Cuidado-de-Si, através do conhecimento das expectativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor.

O relatório está estruturado do seguinte modo: introdução, na qual contextualizamos o problema, justificando a sua pertinência como um problema de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica. Segue-se o enquadramento concetual para contextualizar a temática e os eixos norteadores que fundamentam a intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor. O desenvolvimento do projeto ao longo do estágio, a reflexão sobre as aprendizagens e as atividades realizadas no domínio das competências clínicas e de implementação de um projeto de mudança da prática. Descrevemos também as limitações do projeto e os contributos para a prática. Na conclusão sintetizamos as principais aprendizagens e reflexões resultantes do percurso realizado na aquisição de competências de enfermeira especialista e mestre, o resultado do projeto no seio da equipa e as perspetivas futuras para a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa idosa com dor crónica seguida no centro multidisciplinar de dor.

O documento foi redigido segundo a norma da American Psychological Association (APA, 6th ed).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo apresentamos a revisão narrativa da literatura que suporta os eixos conceituais norteadores deste relatório: pessoa idosa com dor crónica, expectativas da pessoa idosa com dor crónica e consulta de enfermagem à pessoa idosa para a promoção do Cuidado-de-Si.

1.1. Pessoa idosa com dor crónica

A mudança de perfil demográfico em Portugal, à semelhança dos outros países da União Europeia, contribuiu para o aumento significativo no número de pessoas idosas. As projeções atuais preveem como cenário central de projeção que o número de idosos passará de 2,2 milhões em 2018 para 3 milhões em 2080 (INE, 2020).

O aumento da prevalência de doenças crónicas está fortemente associado ao aumento da prevalência de dor crónica na pessoa idosa (Horgas et al, 2016; Souza & Barcellos, 2018).

O processo de envelhecimento fisiológico na pessoa ocorre também nos mecanismos que envolvem a experiência de dor. A senescência da estrutura neuronal periférica atrasa a transdução e transmissão envolvidas na sinalização da dor, quando existe contacto com o estímulo nociceptivo, e que aparentemente deteriora os mecanismos descendentes inibitórios da dor, particularmente o envolvimento de opióides endógenos (Arnstein & Herr, 2015). O envelhecimento neste sistema acrescido da disfunção prolongada provocada pela lesão tecidual, inflamação, ou lesão do nervo em pessoas idosas, traduz-se na diminuição da capacidade para recuperar da hiperalgesia e alodinia, e expõe a pessoa idosa a um risco acrescido para desenvolver dor crónica após situações de doença ou traumatismo (IASP, 2006; Arnstein & Herr, 2015).

A dor é considerada como uma experiência sensorial e emocional desagradável decorrente de dano tecidual real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (IASP, 2011). Esta definição foi recentemente revista pela IASP e atualmente considera-se dor como *"uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante à associada, a danos reais ou potenciais nos tecidos"* (Raja et al, 2020). Esta revisão teve como objetivo abranger as especificidades e complexidade da dor, contribuindo para uma melhor avaliação e tratamento das pessoas com dor.

Considera-se dor crónica como "dor persistente ou recorrente, de duração igual ou superior a 3 meses e/ou que persiste para além da cura da lesão que lhe deu

origem.” (DGS, 2010, p.8). Recentemente foi considerado também que a dor crónica, pode existir sem lesão aparente (APED, s/d).

Esta definição pressupõe que a dor crónica afeta a pessoa idosa na sua globalidade tanto a nível sensorial, como psicológico, social e cultural.

A dor crónica está presente em 50% dos idosos na comunidade e em 80% de idosos institucionalizados (Cheng et al, 2017; Olivência et al, 2018). A nível dos serviços médicos hospitalares, a dor crónica está presente em 53,5% das pessoas idosas internadas (Hall, 2016). No entanto apenas 20% das pessoas idosas toma terapêutica analgésica (Ingrasciotta et al, 2019).

A etiologia da dor crónica nas pessoas idosas pode ser variada e as mais frequentes estão associadas a doenças do foro osteoarticular e musculoesquelético (Matos et al, 2016), neuropatias (Park et al, 2015; Hall, 2016), procedimentos cirúrgicos (Cheng et al, 2017), nevralgia pós-herpética, síndrome dolorosa pós AVC e doença neoplásica (Souza & Barcellos, 2018)

Em Portugal a prevalência de dor crónica na pessoa idosa é de 20,4% e está relacionada com a artrose e osteoporose, mais frequente na região da anca e membros inferiores, com enormes custos individuais, familiares e sociais (Azevedo et al, 2012; DGS, 2017).

Embora tenham sido implementadas várias medidas governamentais como a criação de unidades especializadas no tratamento da dor (DGS, 2001), a equiparação da dor ao 5º sinal vital (DGS, 2003) e o Plano Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor (PNPCD) (DGS, 2017), a dor crónica na pessoa idosa, continua a ser ainda subdiagnosticada e subtratada (Hall, 2016). Isto acontece porque, muitas vezes, se assume que a dor é uma parte inevitável do processo de envelhecimento e que esta deve ser tolerada (Hall, 2016; Cheng et al, 2017). No entanto existem mitos, estereótipos e preconceitos na gestão da dor na pessoa idosa, que são partilhados pela família, pelos profissionais de saúde e pela sociedade em geral (Hall, 2016).

O inadequado controlo da dor crónica nas pessoas idosas é uma causa relevante de incapacidade funcional, contribuindo para a diminuição da mobilidade e da sociabilização, provocando distúrbios do sono, com conseqüente aumento dos custos de cuidados de saúde e utilização de recursos (Matos et al, 2016; Jett, 2018). Este impacto é especialmente relevante na população idosa, precipitando o isolamento social, conduzindo a sintomas de depressão e ao comprometimento cognitivo. Estas alterações podem contribuir para o aumento das grandes síndromes

geriátricas, como: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa (Moraes et al, 2018).

O impacto da dor crónica na qualidade de vida da pessoa idosa é devastador e superior ao provocado por outras doenças crónicas, não só pelo sofrimento que acarreta, mas também pelas limitações que impõe em múltiplas atividades de vida diárias da pessoa idosa. Não se pode ignorar o facto de que a dor crónica da pessoa idosa afeta ainda, de forma significativa, o bem-estar e as atividades dos familiares e outros cuidadores (Matos et al, 2016; Horgas et al, 2016)

A dor crónica não controlada pode desencadear uma série de complicações, nomeadamente, a polimedicação e iatrogenias (Souza & Barcellos, 2018).

Segundo Irving & Squire (2019), a dor crónica deve ser vista numa perspetiva multifatorial, incluindo fatores biológicos, psicológicos, neurofisiológicos, genéticos e ambientais na etiologia, exacerbação e sua manutenção. Salienta-se também a influência dos fatores culturais e sociais na perceção da dor, que se encontram refletidas nas expetativas e que têm impacto na experiência de dor crónica da pessoa idosa (Kiel et al, 2020).

O controlo da dor deve ser uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, e é determinante para a humanização dos cuidados. Neste contexto surgem as unidades de dor nos cuidados de saúde hospitalares constituídas por profissionais de saúde especializados no diagnóstico e controlo da dor (DGS, 2008).

Apesar da diversidade de ofertas terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas, a abordagem da pessoa com dor crónica ainda está longe dos objetivos, como demonstra a literatura ao considerar que uma redução da dor em cerca de 30% a 50% é o resultado esperado (Sadosky et al, 2016).

No entanto as evidências do controlo com terapêutica medicamentosa da dor são limitadas, especialmente em pessoas idosas frágeis, são, muitas vezes, utilizados múltiplos analgésicos, para tentar abordar a complexidade da dor persistente e evitar toxicidade relacionada à dose com qualquer agente isolado (Hall, 2016).

Apesar de ser reconhecida a eficácia das medidas não farmacológicas na gestão do controlo da dor, a abordagem farmacológica continua a ser o tratamento de base para o alívio da dor entre pessoas idosas (Cheng et al, 2017).

É da responsabilidade do enfermeiro a prestação de cuidados que promovam o conforto pessoal, previnam ou reduzam a dor, mantendo ou promovendo a capacidade funcional da pessoa e do seu autocuidado (OE, 2008).

O planeamento dos cuidados à pessoa idosa com dor crónica (avaliação, diagnóstico, tratamento e monitorização) é de extrema importância para o desenvolvimento de um plano terapêutico de gestão de dor adequado e personalizado às suas necessidades e expectativas.

1.2. Expectativas da pessoa idosa com dor crónica

A dor é um fenómeno multidimensional e subjetivo que se relaciona com a memória, as expectativas e as emoções de cada um, englobando aspetos fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos e comportamentais (Turk & Adams, 2016).

A European Pain Federation (2016) define a dor como uma perceção particular que surge no cérebro consciente, normalmente em resposta a um estímulo nocivo, mas, por vezes, pode também surgir na ausência desse estímulo. A relação da perceção ao estímulo é variável e depende de expectativas e crenças prévias do indivíduo, bem como do seu estado cognitivo e emocional e não apenas da natureza do próprio estímulo. Daí a importância de na avaliação e controlo da dor se levar em conta a avaliação das expectativas da pessoa.

A palavra expectativa do latim *expectare*, (Dicionário Online Português, 2021) é utilizada para designar a condição de alguém que tem esperança em algo que foi baseado em promessas ou visibilidade de se tornar realidade.

O sentimento de esperança só pode existir na ausência da realidade, ou seja, quando o objeto que motiva a expectativa ainda não se tornou viável e real.

As expectativas referem-se às crenças antecipatórias e a sua importância reside no fato, destas influenciarem de forma determinante as decisões que as pessoas tomam relativamente a determinada situação (Laferton et al, 2017).

Em contexto de saúde as expectativas dos doentes parecem influenciar os resultados dos tratamentos. A pesquisa, nos últimos anos mostrou que as pessoas idosas com expectativas mais positivas parecem ter maior probabilidade de beneficiar de melhores resultados nos tratamentos médicos (Laferton et al, 2017).

Deste modo, tendo em conta a expectativa como uma crença direcionada para o futuro, que se foca na ocorrência ou não ocorrência de um evento específico ou experiência, no contexto da pessoa idosa com dor crónica ela relaciona-se com experiências prévias de dor ou com relatos das experiências de outros (Laferton et al, 2017).

Admite-se que as expectativas, neste âmbito, resultam de duas fontes principais: as experiências prévias e a origem das expectativas.

A primeira relaciona-se com as experiências prévias da pessoa idosa, que combina a obtenção de um resultado à execução de determinado comportamento (Silva & Fixina, 2018). As experiências prévias da pessoa idosa com dor crónica numa primeira consulta numa unidade de dor, são marcadas por longos períodos de incerteza e de frustração tanto quanto ao diagnóstico como à eficácia do tratamento.

O último relatório europeu Pain Proposal apresentava esta realidade (EFIC, 2016). A demora média até ao estabelecimento de diagnóstico de dor crónica era superior a 2 anos e 26% das pessoas esperam 5 anos, 16% não chegava a ter diagnóstico (EFIC, 2016). Relativamente ao tratamento da dor crónica, 38% das pessoas referiam não ter um controlo adequado da dor e 35% mencionavam uma demora superior a 1 ano até terem conseguido um controlo eficaz da sua dor crónica (EFIC, 2016).

A segunda fonte da origem das expectativas reporta-se ao pensamento de que estas são criadas a partir de relatos, histórias contadas sobre as experiências de outras pessoas. Integra também a noção que podem ser influenciadas no decurso do tratamento ou procedimento de diagnóstico e pelas próprias expectativas induzidas pelos profissionais de saúde (Laferton et al, 2017).

As expectativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta numa unidade de dor são sobretudo o alívio da dor (48,7%), a informação sobre o plano terapêutico (7,7%) e o esclarecimento sobre as causas de dor (2,6%) (McLoughlin, Imran, Hannigan & Harmon, 2018). No entanto mais de metade das pessoas idosas não tem qualquer expectativa, provavelmente porque têm um longo percurso até à primeira consulta numa unidade de dor.

As expectativas são um importante preditor da eficácia dos sistemas de saúde em termos de custos, qualidade, utilização de serviços e satisfação (Calpin et al, 2016). A avaliação da satisfação centrada no doente fornece informações cruciais sobre o desempenho e a qualidade dos cuidados de enfermagem, contribuindo assim para a gestão da qualidade hospitalar (Goh, Ang, Chan, He, & Vehvilainen Julkunen, 2016).

Doentes mais satisfeitos com os cuidados recebidos têm maior probabilidade de aderir aos regimes terapêuticos prescritos e, assim, contribuir para uma influência positiva na sua saúde (Buchanan, Dawkins, & Lindo, 2015).

Assim, saber identificar as expetativas é importante para os enfermeiros que lidam com a pessoa idosa com dor crónica para saber separar o que é a realidade e o que é projeção sobre a realidade. Ter uma comunicação assertiva, direta e clara pode aumentar as possibilidades de sucesso e diminuir expetativas irrealistas (Vasconcellos et al, 2019).

O conhecimento das expetativas da pessoa idosa com dor crónica e os fatores que as influenciam é um processo de avaliação contínuo ao longo do percurso de cuidados numa unidade de dor. A identificação das expetativas numa primeira consulta não pode ter caráter pontual, mas deve considerar-se uma primeira etapa desse processo de cuidados (Calpin et al, 2016; McLoughlin, Imran, Hannigan & Harmon, 2018). Portanto, considera-se fundamental para uma adequada gestão da dor crónica da pessoa idosa e sua família, a inclusão e a identificação das respetivas expetativas aquando da entrevista inicial na primeira consulta de enfermagem numa unidade de dor, com vista à promoção do Cuidado-de-Si.

A compreensão das expetativas da pessoa idosa com dor crónica, nomeadamente nas unidades de dor, pode ter implicações na satisfação e na resposta da pessoa idosa ao plano terapêutico (Calpin et al, 2016; McLoughlin, Imran, Hannigan & Harmon, 2018).

1.3 Consulta de enfermagem à pessoa idosa para a promoção do Cuidado-de-Si

A consulta encontra-se definida na Portaria nº 207 de 11 de julho de 2017 como

ato em saúde no qual um profissional de saúde avalia a situação clínica de uma pessoa e procede ao planeamento da prestação de cuidados de saúde. A consulta pressupõe um registo que contenha a identificação da pessoa, a data e a hora, os profissionais envolvidos e as ações tomadas, podendo ser presencial ou não presencial, e ser realizada por um profissional de saúde ou por vários (Portaria nº 207, 2017, p. 3552).

Em 2021, a Ordem dos Enfermeiros (OE) clarifica os princípios orientadores que suportam a Consulta de Enfermagem (CE). Para isso, baseia-se em orientações internacionais e nacionais que visam as boas práticas preconizadas por várias entidades, nomeadamente a OMS (OMS, 2021), Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, 2017) e os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS,

2019). Assim define os vários conceitos de consulta: CE, CE Especializada, CE presencial e não presencial. A CE é “uma consulta autónoma, programada ou não, presencial ou não presencial que pode ocorrer em diferentes contextos, permitindo atender às necessidades em cuidados de enfermagem, garantindo a continuidade de cuidados e a referenciação da pessoa para enfermeiros especialistas ou para outros profissionais, quando necessário”. A CE Especializada é descrita como “a consulta realizada por enfermeiro especialista” (Parecer nº 53/2021).

O Plano Nacional de Saúde (DGS, 2017) enfatiza a importância de colocar a pessoa, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema de saúde, o que é particularmente relevante no que diz respeito à pessoa idosa com dor crónica acompanhada na CE numa unidade de dor. Para isso é essencial promover a participação e capacitação da pessoa idosa e família, integrando-a num quadro de melhoria contínua da qualidade, através de ações de promoção da saúde e de prevenção das doenças, promoção do autocuidado, alteração de estilos de vida e comportamentos de risco e o acesso adequado aos recursos de saúde existentes (DGS, 2017, p.48).

Neste sentido, a pessoa idosa com dor crónica deve ser avaliada e tratada por uma equipa multidisciplinar, que inclua não só a pessoa idosa, mas também o seu familiar, e as várias áreas de especialidade, de acordo com as necessidades da pessoa idosa, numa perspetiva biopsicossocial (Diniz, 2017). O enfermeiro é uma “peça chave” para que o plano terapêutico seja gerido da melhor forma pela pessoa idosa/familiar, pois “cuidar é acompanhar passagens difíceis da vida” (Collière, 2003, p. 383). É essencial que a prática de cuidados à pessoa idosa com dor crónica, desde a primeira CE numa unidade dor, seja uma construção de uma ação conjunta com a pessoa idosa/família, sustentada num processo de parceria para a promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2016; 2021).

O modelo de parceria de Gomes (2021) desenvolve-se em cinco fases: Revelar-se, Envolver-se, Capacitar ou Possibilitar, Comprometer-se, Assumir o controlo de Si ou Assegurar o cuidado do Outro.

Na primeira CE numa unidade dor é especialmente importante a primeira fase do modelo de parceria, em que os intervenientes se revelam mutuamente. O enfermeiro dá-se a conhecer à pessoa idosa e família, apresentando-se e tratando-a pelo nome, criar confiança com o meio que a rodeia. Simultaneamente, o enfermeiro cria um ambiente propício à interação, mostrando disponibilidade, empatia e escuta

ativa, que permita a pessoa idosa e família partilhar o que deseja que a enfermeira e a equipa conheçam de si (1ª fase do modelo de parceria). Conhecer as expectativas da pessoa idosa deve ser uma preocupação do enfermeiro e ser um indicador da entrevista de enfermagem na consulta de primeira vez numa unidade dor (Gomes, 2021).

Considerando que a dor é uma experiência multidimensional, a sua avaliação deve ter em consideração vários domínios, incluindo o sensorial, afetivo, cognitivo, comportamental e sociocultural. A abordagem dos aspetos multidimensionais da dor são importantes para uma avaliação precisa e confiável do fenómeno doloroso e, conseqüentemente, crucial para estabelecer um plano terapêutico eficiente (Santos & Bezerra Thé, 2018). Para que isto possa acontecer, é necessário o enfermeiro envolver-se mais profundamente no processo de cuidados, bem como a pessoa idosa com dor crónica (2ª fase do modelo de parceria). Dar tempo e espaço para o desenvolvimento de uma relação de confiança com a pessoa idosa e família é também fundamental (Gomes, 2021).

O planeamento dos cuidados à pessoa idosa com dor crónica (avaliação, diagnóstico, tratamento e monitorização) é de extrema importância para o desenvolvimento de um plano terapêutico integrado de gestão de dor adequado e personalizado às necessidades e expectativas da pessoa idosa com dor crónica e sua família. Silva & Santos (2015) clarificaram as linhas orientadoras da CE à pessoa idosa: histórico de enfermagem; aplicação de instrumentos de avaliação de acordo com a necessidade; exame físico completo; avaliação e diagnóstico de enfermagem; prescrição, orientações, plano de cuidados, referenciação.

Sugerem, ainda, um modelo de atenção que contemple uma avaliação global com ênfase na funcionalidade, incluindo a investigação da história de vida da pessoa idosa, após essa avaliação, faz-se o balanço entre as perdas e os recursos disponíveis, e é proposto um plano de cuidados centrado na pessoa idosa.

As boas práticas no tratamento da dor recomendam a utilização conjunta de intervenções não farmacológicas e farmacológicas na dor crónica (DGS, 2001; OE, 2008; DGS, 2010, 2017b). É nas intervenções não farmacológicas para a gestão da dor que o enfermeiro tem uma intervenção independente (OE, 2008). Os cuidados de enfermagem pretendem capacitar a pessoa idosa a transformar as suas capacidades potenciais em reais, possibilitar e assumir a responsabilidade dos cuidados que o

Outro deveria ter consigo próprio. Esta constitui a 3ª fase do modelo de parceria (Gomes, 2021).

A 4ª fase é Comprometer-se. Nesta fase, realizam-se esforços conjuntos no compromisso com a pessoa idosa, tendo por base o que faz sentido para si, e também o compromisso entre o real e o expectável em relação ao controlo da dor, cumprindo o plano terapêutico (Gomes, 2021).

A 5ª fase do modelo de parceria atinge-se quando a pessoa idosa com dor crónica consegue assumir o controlo do Cuidado-de-Si, no que diz respeito ao controlo do seu projeto de vida e saúde, ou assegurar o cuidado do Outro em que a família adquire a capacidade para ajudar e cuidar da pessoa idosa com dor crónica, quando esta não o consegue fazer (Gomes, 2021). O acesso ao tratamento da dor é um direito fundamental (Declaração de Montreal, 2010).

Segundo Ritto & Rocha (2017, p.121) “o enfermeiro é o profissional de saúde que mais tempo cuida o doente, o que, pela relação de proximidade estabelecida, o torna o profissional privilegiado para avaliar e transmitir à equipa multidisciplinar a dor daquela pessoa”. Para estes autores, os registos relativos à avaliação, diagnóstico, tratamento e reavaliação da dor, proporcionam um sentimento de segurança à pessoa idosa e à equipa multidisciplinar, pela uniformidade e individualização de cuidados que disponibilizam.

Reconhecer e priorizar as preocupações e expetativas da pessoa idosa e sua família é um componente essencial especialmente na consulta numa unidade dor (McLoughlin, Imran, Hannigan & Harmon, 2018). Portanto, é imperativo não só na explicitação das expetativas, mas também o envolvimento da pessoa idosa e sua família no processo de avaliação e quantificação do alívio que ele próprio espera, para podermos definir em conjunto expetativas realistas.

2. METODOLOGIA DO PROJETO

Neste capítulo descrevemos o tipo de metodologia escolhido para o desenvolvimento do projeto, a caracterização dos contextos de estágio e as considerações éticas que sustentaram este trabalho.

2.1. Metodologia de projeto

Segundo Ruivo et al, (2010) a metodologia de projeto tem como objetivo centrar-se na resolução de problemas que permite desenvolver capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização de projetos numa situação real o que constitui uma ponte entre a teoria e a prática.

A dinâmica da metodologia de projeto, por ser um sistema interativo, entre a teoria e a prática, permite integrar conhecimentos adquiridos e promove a aquisição de novos conhecimentos e experiências que surgem durante o desenvolvimento do mesmo. Este tipo de opção metodológica baseia-se na investigação centrada num problema real identificado no contexto da prática de cuidados e na implementação de estratégias e atividades eficazes para a sua resolução (Ruivo et al, 2010; Schneider, 2017).

Nesta perspetiva, o saber é construído individualmente, privilegiando uma aprendizagem por descoberta pessoal, mas pressupõe o envolvimento de todos os intervenientes (instituição, colegas, escola, comunidade) na mudança desejada, através de conversas e debates de ideias/pontos de vista diferentes e questionamentos (Leite & Santos, 2004).

Ruivo et al, (2010) definem cinco etapas do projeto: diagnóstico da situação; definição de objetivos; planeamento das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação e divulgação dos resultados através de um relatório.

O diagnóstico da situação tem como finalidade realizar “um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo et al, 2010, p.10). Nesta etapa procurámos conhecer a problemática existente, através de recolha de dados de forma objetiva e qualitativa que nos levou à definição das necessidades sentidas e das ações a desenvolver. A recolha de dados foi obtida através do registo das expectativas na avaliação inicial da primeira consulta de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica e da realização de focus grupo (FG) com a equipa de enfermagem.

Constatámos com a colheita de dados obtida através do registo das expetativas na avaliação inicial da primeira consulta de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, que quase metade das primeiras consultas no CMD são a pessoas idosas e que em cerca de metade dos processos clínicos não se encontrou qualquer registo da avaliação inicial de enfermagem. Evidenciámos a escassez e objetividade no registo das expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem no CMD.

Verificámos após análise das narrativas das enfermeiras do CMD, conseguida através da metodologia de FG, que as enfermeiras consideram que é fundamental estabelecer uma relação de confiança para que a pessoa idosa fale sobre as suas expetativas o que está acordo com a primeira fase do modelo de parceria, revelar-se, a enfermeira dá-se a conhecer à pessoa idosa estabelecendo uma relação de confiança que permita conhecer a singularidade e o projeto de vida da pessoa idosa (Gomes, 2021). Mencionaram também dificuldade em identificar as expetativas na primeira consulta de enfermagem, por ser necessário tempo para estabelecer uma relação com a pessoa idosa e que difere de pessoa para pessoa. O que encontramos refletido na segunda fase do modelo de parceria, envolver-se que se distingue por criar tempo e espaço de reciprocidade que permita desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa idosa e estabelecer uma relação de confiança (Gomes, 2021). Destacaram ainda a preocupação em perceber o que é expectativa, que diagnóstico de enfermagem se pode levantar e quais são as intervenções de enfermagem possíveis de realizar.

Assim tendo em conta o diagnóstico realizado definimos os objetivos que segundo a metodologia de projeto os mesmos devem ser centrados na resolução de um problema, descritos de forma concisa, clara e explicita, formulados em enunciado declarativo, exequíveis e mensuráveis. Neste projeto traçamos como objetivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e família para promoção do Cuidado-de-Si, através do conhecimento das expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor.
- Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa e família, para a promoção do

Cuidado-de-Si, através do conhecimento das expectativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor.

O planeamento de atividades compreende a realização de um desenho detalhado do projeto tendo em conta os objetivos definidos, delineiam-se as atividades, definem-se estratégias, é feito o levantamento dos recursos necessários e existentes, calendarizando as atividades previstas através de um cronograma de orientação. O que foi realizado na Unidade Curricular (UC) Opção II.

A execução das atividades concretiza a sua realização, colocando em prática tudo o que foi previamente planeado. Segundo Ruivo et al (2010), embora esta fase seja “mais trabalhosa, é a mais proveitosa” (p. 24). As atividades desenvolvidas neste projeto que foram realizadas no decorrer do estágio com relatório nos vários contextos onde os mesmos foram realizados, num CMD e numa USF (Unidade de Saúde familiar), são descritas no próximo subcapítulo.

A avaliação é um sistema dinâmico e contínuo através da aplicação de instrumentos de avaliação, que fornecem elementos fundamentais para intervir e aperfeiçoar a eficiência e a eficácia. Sendo um processo dinâmico implica a comparação entre os objetivos delineados inicialmente e os objetivos atingidos, e nesse sentido deve ser rigorosa. Foi nossa preocupação ao longo do desenvolvimento das atividades ir avaliando os indicadores.

A divulgação dos resultados é a última etapa desta metodologia que pretende dar a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de determinado problema. Assim após a implementação do projeto redigimos este relatório final do percurso efetuado, sendo fundamental para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados, pretendemos também divulgar o mesmo em comunicações científicas, nomeadamente no congresso da Medicina da Dor realizado anualmente pelo CMD.

Para o sucesso da metodologia de projeto na melhoria dos cuidados de enfermagem, nos contextos onde os mesmos foram realizados, percebemos que era fundamental que cada enfermeira sentisse o projeto como seu, e com sentido na sua prática clínica (Oliveira, Lopes & Martins, 2000; Martins & Travanca, 2003; Martins & Lopes, 2010). Assim para uma melhor compreensão dos contextos de cuidados onde os mesmos foram realizados de seguida iremos fazer uma breve caracterização dos mesmos.

2.2. Caracterização dos contextos de estágio

O estágio foi realizado em contexto de cuidados de saúde primários e de cuidados diferenciados.

O estágio em cuidados de saúde primários teve a duração de 4 semanas (entre 5 e 29 de janeiro de 2021), integrado numa USF de um ACES de Lisboa e Vale do Tejo. A USF é uma unidade funcional de prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares e que atua em parceria com diversas entidades da comunidade que serve. Assegura a prestação de cuidados globais respeitando a individualidade, valorizando a humanização dos cuidados, dando primazia à qualidade técnico científica e garantindo a melhoria contínua. Serve uma população de cerca de 18 000 utentes. É constituída por uma equipa multiprofissional de 10 médicos de família, 10 enfermeiros de família e 6 secretários clínicos, que se organiza em equipas de família. Esta USF disponibiliza cuidados de saúde aos seus utentes de 2^a a 6^a feira, das 08h00 às 20h00.

No estágio em cuidados de saúde primários pretendeu-se desenvolver competências como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e mestre no cuidado à pessoa idosa com dor crónica no domicílio, nomeadamente na compreensão do impacto da dor nas atividades de vida diária.

O estágio em contexto de cuidados diferenciados, foi realizado em ambiente hospitalar e decorreu num CMD de um hospital central, com a duração de 14 semanas, no período entre (de 10 a 31 de dezembro de 2020 e de 1 fevereiro a 29 de abril de 2021).

Este CMD tem como missão prestar serviços e atos clínicos diferenciados a doentes de todos os grupos etários, portadores de dor crónica (oncológica e não oncológica), tendo como referência a população da área de influência do hospital. De acordo com as normas de organização e classificação das unidades de dor crónica é classificada como um Centro Multidisciplinar de Dor¹ (DGS, 2008).

A equipa multidisciplinar é constituída por 23 elementos, 19 exclusivos do CMD e 4 partilhados: 9 médicos (1 a tempo completo e 8 a tempo parcial; são especialistas em anestesiologia, medicina interna, fisioterapia, neurologia); 5 enfermeiras (3 das quais enfermeiras especialistas e mestres em enfermagem médico-cirúrgica vertente

¹ As unidades de dor possuem graus de diferenciação e especialização distintos, conforme a equipa que as constitui e a estrutura hospitalar em que estão inseridas (DGS, 2008).

pessoa idosa); 1 psicóloga clínica; 1 musicoterapeuta; 3 assistentes operacionais; 1 assistente técnica de secretariado; 1 psicomotricista (partilhada); 1 farmacêutica (partilhada); 1 nutricionista (partilhada) e 1 técnica do serviço social (partilhada).

O CMD localizava-se, desde há muitos anos, no 8º piso do hospital e era constituído por 4 gabinetes, 3 de consulta e um hospital de dia. A 16 de março de 2020, a equipa do CMD viu-se obrigada a mudar de instalações devido ao plano de contingência acionado pelo Conselho de Administração (CA) para dar resposta à pandemia por SARS-CoV-2 (covid-19). As instalações provisórias atribuídas ao CMD foram uma sala onde a equipa multidisciplinar realizava as consultas telefónicas de enfermagem e médicas aos doentes seguidos no CMD, e um gabinete para consultas médicas presenciais. Esta mudança e a significativa redução do espaço físico teve um grande impacto na organização e funcionamento da equipa multidisciplinar e condicionou os cuidados presenciais à pessoa idosa com dor crónica e suas famílias. Esta situação que se pensava ser provisória de dois ou três meses, manteve-se durante dezoito meses até setembro de 2021. O CMD manteve o seu horário de funcionamento das 08h00 às 18h00 nos dias úteis.

Os participantes neste projeto foram: as pessoas idosas (≥ 65 anos) com dor crónica na primeira consulta no CMD no período de estágio, que não apresentassem alterações cognitivas, sensoriais (auditivas) e/ou de comunicação e a equipa de enfermagem do CMD.

2.3. Considerações éticas

Numa primeira etapa tivemos que cumprir os princípios ético-legais exigidos para a realização do projeto na instituição. Por esse motivo, foi solicitada autorização ao Conselho de Administração do hospital e o parecer à respetiva Comissão de Ética, juntamente com as prévias autorizações da Enfermeira Coordenadora e a Diretora do CMD, para a realização do estágio e do projeto. A autorização foi concedida pelo CA, após o parecer favorável da Comissão de Ética.

No estágio foram cumpridos todos os procedimentos para garantir uma prática profissional ética e legal, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, cumprindo e zelando pelo cumprimento da legislação ao exercício da profissão (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005). O respeito pela pessoa e pela proteção do seu direito de viver livre e condignamente enquanto ser humano é um limite que não pode ser ultrapassado na área de investigação (Fortin, 1999). De

acordo com os códigos de ética existem cinco direitos fundamentais dos seres humanos: o direito à autodeterminação (a capacidade de decidir por si), o direito à intimidade (liberdade de limitar a informação que quer dar, devendo ser pedido consentimento para tal), o direito ao anonimato e à confidencialidade (para que não nenhum participante seja identificado, através dos dados apresentados), o direito à proteção contra o desconforto e prejuízo (proteção contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem e pôr fim), o direito a um tratamento justo e equitativo (o direito de informação sobre a finalidade e metodologia do estudo) (Fortin, 1999).

Com base nestes princípios, garantiu-se a obtenção do consentimento informado² livre e esclarecido das pessoas idosas que participaram no projeto e das enfermeiras do CMD. No consentimento escrito encontravam-se: identificados os objetivos e o projeto a desenvolver, o nome das responsáveis do projeto; estava explícito o caráter voluntário da participação, o direito de revogação em qualquer momento do consentimento fornecido e a garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes.

Os princípios éticos e deontológicos que foram cumpridos ao longo do estágio, nomeadamente durante a prestação de cuidados à pessoa idosa e família foram os descritos no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros e no respetivo Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015), respeitando a sua privacidade e intimidade, mantendo a humanização dos cuidados e, promovendo a autonomia da pessoa idosa com o objetivo primordial de manter o seu projeto de vida e saúde, respeitando as suas crenças e valores. Tomámos consciência da importância de informar, para que as tomadas de decisão fossem conscienciosas. O sigilo profissional, principalmente associado à apresentação e discussão de casos clínicos, foi mantido (OE, 2015).

² Os consentimentos informados escritos não são apresentados como apêndice neste relatório porque permitiam a identificação da instituição onde se desenvolveu o projeto académico.

3. ATIVIDADES REALIZADAS, APRENDIZAGENS ADQUIRIDAS E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo pretendemos descrever as atividades desenvolvidas durante os estágios numa USF de um ACES de Lisboa e Vale do Tejo e num CMD de um hospital central, bem como as aprendizagens realizadas e competências desenvolvidas de enfermeiro especialista e mestre enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção em enfermagem à pessoa idosa. Organizamos a apresentação em dois subcapítulos de acordo com os objetivos gerais que foram definidos para o projeto, as atividades realizadas para os atingir, bem como as aprendizagens adquiridas e as competências desenvolvidas neste percurso académico.

3.1. Competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e família para a promoção do Cuidado-de-Si

Neste subcapítulo apresentam-se os objetivos específicos, as principais atividades realizadas, as aprendizagens adquiridas para dar cumprimento ao primeiro objetivo geral de desenvolver competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e família para promoção do Cuidado-de-Si, através do conhecimento das expectativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor.

Quadro 1 Objetivo específico 1 e atividades desenvolvidas

Objetivo Específico 1 Aprofundar conhecimentos sobre o envelhecimento, pessoa idosa com dor crónica, expectativas na primeira consulta num CMD e modelo de intervenção em parceria.

Atividades:

1. Pesquisa bibliográfica e revisão narrativa sobre: envelhecimento, pessoa idosa com dor crónica, expectativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num CMD e modelo de intervenção em parceria de Gomes (2016).
2. Elaboração de um guião com base no modelo de parceria à pessoa idosa com dor crónica.
3. Reuniões orientação tutorial.

Pesquisa bibliográfica e revisão narrativa sobre: envelhecimento, pessoa idosa com dor crónica, expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num CMD e modelo de intervenção em parceria

A pesquisa bibliográfica e a revisão narrativa foram atividades desenvolvidas ao longo de todo o estágio com o objetivo de aprofundar o conhecimento científico sobre diversas temáticas, para fundamentar teoricamente o projeto e a intervenção de enfermeira especialista e mestre à pessoa idosa com dor crónica. Nesta metodologia utilizámos diversas fontes de informação bibliográficas e eletrónicas para conhecer o “estado da arte” nomeadamente no que diz respeito ao processo de envelhecimento, a compreensão da pessoa idosa com dor crónica e as expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num CMD. Foi necessário também realizar uma revisão narrativa acerca do modelo de parceria de Gomes (2021), para alicerçar a intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica.

Optámos pela revisão narrativa da literatura pois possibilitou a aquisição e atualização do conhecimento num curto período de tempo (Rother, 2007). A revisão narrativa permitiu, tal como refere Rodgers, et al (2007), a descrição e discussão teórico-reflexiva de estudos já produzidos a respeito de um assunto relevante e atual, como também viabiliza o acesso e o processamento do conhecimento e de ideias novas acerca da temática estudada, possibilitando o seu enquadramento de forma sintetizada.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Ressaltamos a importância da análise do conhecimento científico, pois possibilitou a compreensão dos vários fatores que contribuem para o envelhecimento, a problemática da dor crónica na pessoa idosa, a relevância das expetativas da pessoa idosa com dor crónica numa primeira consulta de enfermagem num CMD e importância de as expetativas serem incorporadas como um foco de atenção dos enfermeiros à pessoa idosa com dor crónica.

Aprendemos com estas atividades, que as metodologias de pesquisa são fundamentais para aprofundar conhecimentos provenientes de evidência científica que suportem a prática clínica do enfermeiro especialista à pessoa idosa com dor crónica (OE, 2019). Deste modo, as aprendizagens realizadas de pesquisa bibliográfica e de revisão da literatura contribuíram para a fundamentação teórica do projeto e o desenvolvimento da autonomia na aquisição de conhecimento e

competências, nomeadamente de enfermeiro mestre em enfermagem médico-cirúrgica na intervenção à pessoa idosa (ESEL, 2020).

Elaboração de um guião com base no modelo de parceria à pessoa idosa com dor crónica

Após a realização da pesquisa bibliográfica foi pertinente desenvolver um guião para apoiar a colheita de dados e o conhecimento da pessoa idosa com dor crónica, bem como as suas expectativas na primeira consulta de enfermagem num CMD. Este guião teve como base o modelo de parceria, de acordo com os elementos próprios de cada uma das fases do processo de construção de parceria com a pessoa idosa com dor crónica para a promoção do cuidado-de-Si (Gomes, 2016). Salientamos que a elaboração deste guião foi realizada em colaboração com uma colega do CMD que se encontra igualmente neste percurso académico, tornando-se um fator facilitador para a sua construção, pelos momentos de reflexão conjunta e troca de ideias.

O guião de parceria desenvolvido (Apêndice I) envolveu conhecimentos da pessoa idosa nos seus diversos domínios. Definiram-se os elementos para cada domínio de acordo com as cinco fases que constituem o processo de construção de parceria, e que se sintetizam de seguida:

- Revelar-se: a enfermeira dá-se a conhecer à pessoa idosa; conhecer identidade da pessoa idosa; conhecer o contexto de vida da pessoa idosa; conhecer a história da doença da pessoa idosa; conhecer a história da dor da pessoa idosa.
- Envolver-se: conhecer a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa; conhecimento mútuo dos recursos do CMD e da pessoa idosa; a enfermeira procura saber quais as expectativas da pessoa idosa na primeira consulta no CMD; a enfermeira enquadra e explicita as expectativas dentro dos limites previsíveis.
- Capacitar ou possibilitar: partilhar o poder para a construção ação conjunta - promover o cuidado-de-Si; promover o cuidado do Outro.
- Comprometer-se: a enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o Cuidado-de-Si; a enfermeira promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do Outro; a enfermeira identifica as expectativas e adapta a pergunta ao nível de compreensão da pessoa idosa; a enfermeira clarifica com a pessoa idosa as suas as expectativas, dentro dos limites previsíveis, estabelecendo compromissos; a enfermeira valida

intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado-de-Si, integrando as expectativas da pessoa idosa.

- Assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro: assumir ou assegurar o Cuidado-de-Si; assumir ou assegurar o cuidado do Outro; a pessoa idosa sabe gerir o plano terapêutico, com base em informação esclarecida e partilha dos significados que atribui às expectativas; o cuidador familiar sabe gerir o plano terapêutico, com base em informação esclarecida e partilha dos significados que a pessoa idosa atribui às expectativas.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A elaboração deste guião possibilitou desenvolver os conhecimentos sobre a forma de operacionalizar o conceito de parceria nos cuidados à pessoa idosa com dor crónica. A reflexão resultante da sua construção e o confronto entre teoria e prática, permitiu compreender o significado da pessoa idosa como ser de projeto e de cuidado tendo em vista o seu potencial de desenvolvimento e, a relevância de estabelecer uma relação de confiança promotora do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com dor crónica (Gomes, 2021).

A construção deste instrumento permitiu-nos desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre no domínio da gestão de cuidados. A aplicação do guião permitiu compreender a singularidade da pessoa idosa com dor crónica e suas expectativas, possibilitando uma colheita de dados adequada, fundamental para uma tomada de decisão fundamentada.

A colheita de informação que foi obtida com este guião, contribuiu para o estudo de caso realizado, aprofundando o conhecimento sobre a pessoa idosa com dor crónica e suas expectativas, o que permitiu aumentar a capacidade de observação e análise.

O guião do processo de construção de parceria à pessoa idosa com dor crónica, foi um instrumento orientador útil na intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica.

Reuniões orientação tutorial

Ao longo deste percurso académico realizaram-se reuniões tutoriais com a professora orientadora da ESEL e reuniões formais e informais com as enfermeiras orientadoras dos locais de estágio.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

As reuniões de orientação foram fundamentais neste percurso académico, norteando a linha de pensamento e a reflexão sustentada em evidência científica, permitindo e fomentando um raciocínio crítico como enfermeira especialista e mestre.

As reuniões tutoriais com professora e com as enfermeiras orientadoras dos locais de estágio contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no domínio das aprendizagens profissionais, nomeadamente na capacidade do autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeira, na identificação de fatores que podem interferir na relação da pessoa idosa com dor crónica e família, bem como com a equipa multidisciplinar (OE, 2019). Estas reuniões foram também fundamentais na reflexão sobre a prática e ajudaram no desenvolvimento de competências no domínio da gestão de cuidados otimizando a intervenção de enfermagem especializada á pessoa idosa e família ao longo deste percurso (OE, 2019).

A disponibilidade demonstrada pela professora e orientadoras foi essencial para nortear o desenvolvimento do projeto assim como da própria realização deste relatório, ajudando a ultrapassar as dificuldades sentidas em áreas que eram novas, como por exemplo a implementação do projeto e o processo de escrita. Aprendemos que a prática de uma escrita reflexiva pode ser transformadora e potenciadora de mudanças no pensamento e de desenvolvimento pessoal e profissional (Pereira-Mendes, 2016). Estes momentos formativos ao longo do percurso de desenvolvimento do projeto permitiram melhorar os hábitos de reflexão, aperfeiçoar a construção do pensamento, a consciencialização de incoerências e dilemas, assim como expor ideias e emoções como refere Pereira-Mendes (2016).

Quadro 2 Objetivo específico 2 e atividades desenvolvidas na área dos Cuidados Diferenciados

Objetivo Específico 2 Intervir em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família visando a promoção do Cuidado-de-Si num CMD

Atividades:

1. Realização de estágio num CMD de um hospital central, de 10 a 31 de dezembro de 2020 e de 1 de fevereiro a 29 de abril de 2021.
2. Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na promoção do Cuidado-de-Si num CMD.

Realização de estágio num CMD de um hospital central, de 10 a 31 de dezembro de 2020 e de 1 de fevereiro a 29 de abril de 2021

Para alcançar o objetivo específico de intervir em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família, visando a promoção do Cuidado-de-Si realizámos um estágio num CMD de um hospital central, onde trabalhamos, que decorreu de 10 a 31 de dezembro de 2020 e de 1 fevereiro a 29 de abril de 2021.

A atividade assistencial presencial à pessoa idosa com dor crónica e sua família no CMD foi condicionada pela pandemia e pela exiguidade de espaço físico, tal como referimos anteriormente. Tivemos que cancelar as consultas de enfermagem de primeira vez à pessoa idosa com dor crónica e os tratamentos não farmacológicos³.

No período de realização do estágio grande parte da atividade assistencial médica e de enfermagem foi realizada via telefone. As consultas presenciais médicas e de enfermagem foram realizadas quando a situação da pessoa idosa com dor crónica o exigia, e que não era passível de resolver em consulta telefónica.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A realização do estágio em tempo de pandemia foi um desafio em termos pessoais e profissionais que proporcionou aprendizagens e desenvolvimento de competências especialista e mestre, que só agora com a realização deste relatório tomámos consciência.

Este estágio permitiu-nos desenvolver a capacidade de autoconhecimento como pessoa e profissional. Aprendemos a tomar consciência dos nossos medos, incertezas e preocupação que tínhamos em não contrair a infeção por covid-19, deste modo diminuindo o risco de contágio dos elementos da equipa do CMD, dos utentes, como da minha própria família. Por outro lado, a nível profissional acresceu o stress provocado pela súbita mudança de instalações físicas que obrigou a uma total reorganização dos circuitos, bem como do modelo assistencial às pessoas com dor crónica acompanhadas no CMD. Estes fatores impulsionaram o desenvolvimento de competências de enfermagem especializada para dar respostas eficientes em

³ Os tratamentos não farmacológicos realizados no CMD são: massagem terapêutica, colocação de bandas neuromusculares, diatermia, estimulação muscular de alta frequência, entre outras. Estas intervenções exigem a presença da pessoa em hospital de dia, em média cerca de 30 minutos com sessões regulares bissemanais durante um período de tempo que pode variar entre 3 semanas e vários meses.

contextos de mudança sob pressão, em que se exigem capacidades de adaptação e criatividade. Nesse sentido desenvolvemos a capacidade de repensar a intervenção da equipa de saúde e em especial da equipa de enfermagem para a continuidade dos cuidados de forma segura à pessoa idosa com dor crónica e família. A título de exemplo, destacámos o incremento da consulta telefónica de enfermagem, já anteriormente existente, para garantir a comunicação e a intervenção à distância e deste modo fazermo-nos presentes naquela fase de grande vulnerabilidade da vida das pessoas idosas com dor crónica. É necessário irmos ao encontro das necessidades da pessoa idosa e família, de modo a evitar que as pessoas idosas se tornem ainda mais vulneráveis (Sequeira, 2018b).

Em relação, ainda ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais consideramos que também desenvolvemos capacidade de reconhecer, antecipar e resolver eficazmente conflitos no seio da equipa de saúde, que eram potenciados pelas deficientes condições de trabalho no CMD – toda a equipa de saúde trabalhava simultaneamente a realizar consultas telefónicas numa única sala sem quaisquer barreiras visuais ou acústicas.

Salientamos as aprendizagens que realizámos na elaboração de planos de contingência para responder à evolução da pandemia, assim como a realização de planos funcionais com organização espaços físicos, circuitos, atividade assistencial, equipamentos e mobiliário para os diversos cenários do CMD no futuro. Foi particularmente importante como enfermeira especialista a coordenação da implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo de infeção no âmbito da prevenção da covid-19, nomeadamente na criação de normas e protocolos de limpeza de superfícies, higiene das mãos e colocação de equipamentos de proteção individual, assim como o acompanhamento e a constante atualização no CMD das normas emanadas pela DGS e instituição. Estas atividades e aprendizagens permitiram o desenvolvimento e competências também na área do domínio da melhoria contínua da qualidade (OE, 2019).

A realização deste estágio tornou-se um desafio para romper rotinas e intervirmos como enfermeira especialista na promoção do Cuidado-de-Si, em parceria com a pessoa idosa com dor crónica, incorporando na prática de cuidados os conhecimentos adquiridos durante o curso de pós-especialização em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção à pessoa idosa com dor crónica.

Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na promoção do Cuidado-de-Si num CMD

Ao longo do estágio no CMD, desenvolvemos competências de enfermeira especialista e mestre na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica e família com base no modelo teórico de Gomes (2016, 2021). O modelo de parceria de Gomes (2016, 2021) é uma teoria de médio alcance que tem como pressupostos dois fatores fundamentais para a construção de uma relação de parceria: ver a pessoa idosa como um ser de projeto de cuidados e ter tempo e espaço para contribuir para a construção de uma relação de qualidade.

Na concretização desta atividade foi elaborado um estudo de caso de uma pessoa idosa com dor crónica acompanhada tanto pela USF como pelo CMD (Apêndice III), selecionada de forma intencional e consentida, através da qual adquirimos competências na avaliação multidimensional à pessoa idosa.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A prestação de cuidados à pessoa idosa com dor crónica alicerçou-se num modelo teórico de enfermagem, o modelo de parceria de Gomes (2021). Apesar de a intervenção de enfermagem no CMD ser baseada neste modelo, só neste percurso académico compreendemos de forma mais profunda as suas etapas. Percebemos que este modelo de parceria enfatiza o envolvimento proactivo da pessoa idosa com dor crónica e família num trabalho conjunto, em parceria com a enfermeira, com o objetivo de a pessoa idosa com dor crónica assumir o Cuidado-de-Si, mantendo o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2021). Esta relação de parceria promove não só a satisfação da pessoa idosa e família como também, a satisfação da enfermeira no exercício profissional. Este modelo norteador da intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica durante o nosso percurso académico enquadrou a realização do estudo de caso, o que possibilitou o aprofundamento e a consolidação dos elementos inerentes ao processo de parceria, ao longo das suas 5 fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado-de-Si próprio ou assegurar o cuidado do Outro, na pessoa idosa com dor crónica. O guião do processo de parceria à pessoa idosa com dor crónica (Apêndice I) norteou todo o processo de intervenção de enfermagem especializada. O estudo de caso e o guião de parceria e contribuíram para aprofundar o conhecimento sobre a pessoa idosa com dor crónica e permitiram obter informações em quantidade e de

qualidade, que apoiaram e fundamentaram a tomada de decisão no processo do cuidar. A seleção da pessoa idosa para o estudo de caso foi decidida em conjunto com as enfermeiras orientadoras dos locais de estágio, tendo em conta os objetivos que tinham sido definidos para o estágio.

Aprendemos que para uma intervenção de enfermagem especializada precisamos de conhecer de uma forma aprofundada a pessoa idosa, nomeadamente através da entrevista. As entrevistas com a pessoa idosa com dor crónica foram previamente combinadas, tanto no CMD como na USF. Escolhemos locais que proporcionassem um clima amigoso e de confiança, permitindo que a pessoa idosa pudesse falar livremente. A realização da entrevista na consulta de enfermagem com base no guião do processo de parceria possibilitou o desenvolvimento de competências comunicacionais, conversas intencionais, significativas e integradas nos cuidados prestados (Gonçalves et al, 2021). Compreendemos a importância das primeiras etapas do processo de parceria - revelar-se e envolver-se – e os elementos essenciais que as definem. Assim, a enfermeira dá-se a conhecer à pessoa idosa com dor crónica e família. Apresentámo-nos à pessoa idosa e família, apresentámos a equipa multidisciplinar, informámos sobre a objetivos da CT, fornecemos o número de contacto e horário. Reforçámos estas e outras informações com a entrega de um guia de acolhimento. Durante a consulta demonstrámos disponibilidade, afetividade e respeito. Aprofundámos também o conhecimento sobre a identidade da pessoa idosa, contexto de vida, singularidade do seu processo de envelhecimento, história da doença e história da dor da pessoa idosa, as suas expectativas e os recursos pessoais e sociais que tinha para fazer face à situação (Gomes, 2021). Tomámos consciência que uma competência da enfermeira especialista é transformar a colheita de dados não um interrogatório, mas num diálogo em que é a pessoa idosa com dor crónica que nos dá o fio condutor (Colière, 1999). O conhecimento das expectativas da pessoa idosa com dor crónica e os fatores que as influenciam aquando da entrevista inicial na primeira consulta de enfermagem no CMD é essencial. No entanto, esta identificação das expectativas não pode reduzir-se a um momento, mas deve considerar-se uma primeira etapa do processo de cuidados (Calpin et al, 2016; McLoughlin, Imran, Hannigan & Harmon, 2018).

As pessoas idosas podem necessitar de mais tempo para a consulta, e não se centraram apenas na dor, gostavam de contextualizar a história da dor, que muitas vezes fazia parte da sua história de vida, e, também, na grande maioria dos casos

apresentavam mais que uma dor, sendo difícil focar-se na principal. Isto remete-nos para as condições essenciais, já referidas pelo modelo de parceria, de que, para estabelecer uma relação de confiança com a pessoa idosa, é necessário tempo e espaço para solidificar esta relação (Gomes, 2021).

Aprendemos que a relação de confiança e qualidade, existente entre a enfermeira e a pessoa idosa e família é uma condição fundamental no processo de parceria e que facilita o enquadramento das expectativas de controlo da dor em limites realistas.

Aprendemos também que como enfermeira especialista é essencial a avaliação multidimensional da pessoa idosa com recurso a instrumentos, especialmente na dor crónica, pelas comorbilidades associadas. Compreendemos, que a utilização de instrumentos de avaliação pode ser um cuidado de enfermagem, porque ao perguntarmos determinados itens das escalas de avaliação, a pessoa idosa revelava-se e partilhava histórias de vida, a que provavelmente não teríamos acesso. A título de exemplo, a realização da avaliação do risco de queda da Sra. L. com recurso à escala de Holden (GERMI, s/d) que nos permitiu determinar o grau de autonomia na marcha da Sra. L. de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície. Estas informações possibilitaram adequar as intervenções de enfermagem para prevenir o risco de queda, promovendo e estimulando a independência para que a Sra. L. pudesse dar continuidade ao seu projeto de vida. Assim como, a avaliação do estado emocional da Sra. L. recorrendo à escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GERMI, s/d) possibilitou-nos aceder a eventos significativos da história de vida da Sra. L. (a sua viuvez, o corte no relacionamento com o filho de 54 anos, a sua depressão, o significado que atribuía à sua dor, e o respetivo impacto psicológico). Estas informações ajudaram-nos a enquadrar a dor crónica, na trajetória de vida da pessoa, e numa compreensão da natureza da transição vivenciada pela Sra. L. O tipo de transição (saúde-doença: dor, doenças, episódios de agravamento; desenvolvimento: envelhecimento; situacional: isolamento pós reforma) e as dimensões (múltipla, simultânea, sequencial e não desejada) explicitam, o que nos possibilitou, abranger a complexidade inerente à pessoa idosa com dor crónica, demonstrada no estudo de Ribeiro (2013).

As aprendizagens acima referidas contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista nos domínios da gestão dos cuidados e da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente na gestão do ambiente terapêutico e

seguro gerador de segurança e respeito pela pessoa idosa e família na consulta de enfermagem no CMD.

Quadro 3 Objetivo específico 3 e atividades desenvolvidas na área dos Cuidados de Saúde Primários

Objetivo Específico 3 Intervir em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família visando a promoção do Cuidado-de-Si numa USF.

Atividades:

1. Realização de estágio numa USF de ACES de Lisboa e Vale do Tejo, de 5 a 28 janeiro de 2021, com a elaboração de um relatório de estágio final.
2. Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na promoção do Cuidado-de-Si numa USF.
3. Conhecer e compreender a intervenção da USF nos cuidados de saúde primários e sua articulação com o hospital de referência.
4. Reuniões reflexivas da prática com os enfermeiros.

Realização de estágio numa USF de ACES de Lisboa e Vale do Tejo, de 5 a 28 janeiro de 2021, com a elaboração de um relatório de estágio final

Para a concretização do objetivo específico de intervir em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e família, visando a promoção do Cuidado-de-Si numa USF realizámos um estágio numa USF inserida no ACES de Lisboa e Vale do Tejo de 5 a 28 de janeiro de 2021. Esta USF desenvolve a sua atividade no âmbito da comunidade, e pretende através da intervenção de uma equipa multidisciplinar, contribuir para a melhoria do estado de saúde da população visando ganhos em saúde.

Na USF é assegurada a prestação de cuidados globais respeitando a individualidade e valorizando a humanização dos cuidados. Encontra-se organizada em equipas de família que integram, além da multidisciplinaridade, uma visão interdisciplinar e transdisciplinar, direcionada para a promoção da autonomia e capacitação da pessoa idosa e família. Este estágio contribuiu para o desenvolvimento competências de mestre e de enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa com dor crónica no domicílio nomeadamente compreendendo a sua especificidade, conhecendo as suas expectativas e o impacto da dor nas atividades de vida diária.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A realização deste estágio, tal como atrás mencionado, teve grande importância para o desenvolvimento de competências na área de intervenção à pessoa idosa.

Proporcionou reflexões sobre o contributo que uma enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção à pessoa idosa pode ter, quando integrada numa equipa multidisciplinar na comunidade. O estágio possibilitou igualmente o desenvolvimento de competências na intervenção como enfermeira especialista e mestre junto da pessoa idosa e família, no âmbito da doença crónica, desenvolvendo a sua capacitação na gestão da sua situação saúde/doença, ajudando nos processos de transição, com vista a sua autonomia e qualidade de vida.

O acompanhamento dos enfermeiros da USF permitiu constatar que a sua prática de cuidados procura estabelecer uma relação de parceria com a pessoa idosa, fomentando a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade da pessoa idosa. Apercebemo-nos da importância que dão a individualidade e singularidade da pessoa e ao reconhecimento da pessoa idosa como responsável pelo seu projeto de vida e saúde, habilitando-a a participar na decisão e gestão da sua doença, tendo em conta as suas necessidades e potencialidades, preferências e expectativas, contribuindo para que esteja ativamente envolvida, revelando uma prática de cuidados centrada na pessoa idosa como nos refere Gomes (2021).

Este estágio permitiu-nos ainda constatar que, relativamente à gestão da dor crónica, é essencial o conhecimento das capacidades físicas e cognitivas da pessoa idosa, o seu estilo de vida, o contexto de vida individual, familiar e social. Estas são condições importantes para adequar a intervenção de enfermagem no sentido de capacitar a pessoa idosa ou cuidador familiar na gestão do regime terapêutico, afim de controlar a dor e respetivo impacto nas atividades de vida.

Algumas das dificuldades sentidas pelas pessoas idosas e seus cuidadores familiares no domicílio, que presenciámos, contribuíram para repensar a intervenção enfermagem no CMD onde trabalhamos, nomeadamente a necessidade de um melhor conhecimento do apoio familiar existente no domicílio e da condição física/funcionalidade da pessoa idosa. Estes fatores são essenciais para o adequado controlo da dor crónica, valorizando o potencial da pessoa idosa e família, maximizando a autonomia e a qualidade de vida, respeitando as suas expectativas. Somente desta forma se pode estabelecer planos de intervenção à pessoa idosa com

dor crónica e família, que sejam individualizados, coerentes, exequíveis e em articulação entre diferentes serviços, por exemplo, entre o CMD e a área dos cuidados de saúde primários.

Este estágio também foi realizado em fase de pandemia. Saliemos a capacidade de resiliência das enfermeiras da USF que mantiveram o acompanhamento regular telefónico dos doentes infetados com covid-19 e contactos de risco promovendo o Cuidado-de-Si ou capacitando a família para assegurar o cuidado do Outro (Gomes, 2021).

Complementar ao estágio foi realizado um relatório final de estágio que contribuiu para a reflexão sobre os conhecimentos e competências adquiridas e desenvolvidas, relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica e sua família em processo de parceria, no domicílio.

Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica na promoção do Cuidado-de-Si numa USF

Durante o estágio na USF desenvolvemos competências como enfermeira especialista e mestre no domínio da melhoria contínua da qualidade, garantindo um ambiente terapêutico e seguro nas diversas consultas, nomeadamente nas que são direcionadas à pessoa idosa e família (OE, 2019). Procurámos respeitar as capacidades, crenças, valores e desejos de natureza individual da pessoa idosa e família, estabelecendo uma relação empática e em parceria envolvendo a pessoa idosa e família no processo de cuidados.

Durante as visitas domiciliárias foi possível desenvolvermos competências como enfermeira especialista na gestão de cuidados à pessoa idosa no domicílio, o que para nós era uma área desconhecida, em que a intervenção de enfermagem se flexibiliza e adapta tanto à sua situação de saúde/doença, como às condições habitacionais, familiares e sociais. Pudemos ainda constatar a importância e o empenho da equipa de enfermagem no controlo da dor, ao longo das visitas domiciliárias que realizámos.

Percebemos também que para uma intervenção de enfermagem especializada no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, que assegure o respeito e a privacidade da pessoa idosa (OE, 2019), precisamos de conhecer de uma forma aprofundada a pessoa idosa realizando uma avaliação multidimensional. O respeito pela individualidade e privacidade da pessoa é fundamental no contexto de cuidados

domiciliários onde a enfermeira precisa de pedir permissão para entrar em casa demonstrando respeito pela pessoa idosa, nomeadamente tratando-a pelo seu nome, apresentando-nos, respeitando o ritmo da pessoa idosa e mostrando-se disponível para a criação de uma relação de confiança. Esta postura do enfermeiro propicia um ambiente que predispõe a pessoa idosa a partilhar a sua história de vida, possibilitando conhecer a pessoa e o seu projeto de vida para que seja possível ir ao encontro das suas reais necessidades e promover o Cuidado-de-Si. Assim intervimos como enfermeira especialista e mestre na promoção do Cuidado-de-Si, na gestão do ambiente centrado na pessoa idosa atuando proactivamente na promoção da autonomia e independência dentro das capacidades da pessoa idosa (OE, 2019). Estes são aspetos fundamentais para capacitar a pessoa idosa a desenvolver competências que lhe permitam agir e decidir, de acordo com o perfil de dependência e independência da pessoa idosa nas atividades de manutenção de vida e contribuindo desta forma para mobilizar a singularidade da pessoa idosa a converter capacidades potenciais em reais, para que assuma o controlo do Cuidado-de-Si (Gomes, 2021)

Deste modo outro elemento fonte de aprendizagem foi a importância dada em cada intervenção pelas enfermeiras à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, enquadrada no conhecimento do potencial de desenvolvimento da pessoa idosa, qualquer que seja a circunstância tendo em conta as suas capacidades (Gomes, 2016). Procuram capacitar a pessoa idosa, desenvolvendo as suas potencialidades que permitam agir e decidir, de acordo com o perfil de dependência e independência da pessoa idosa nas atividades de manutenção de vida (Gomes, 2016).

Tomamos consciência que os enfermeiros são fundamentais no processo de promoção da autonomia, prevenção, tratamento, palição, reabilitação e reinserção, orientado para a capacitação da pessoa idosa e família para a promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2021). Estas aprendizagens contribuíram para o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade no âmbito de uma prática de cuidados centrada na pessoa idosa (OE, 2019).

Este estágio realizou-se durante uma fase particularmente exigente da pandemia covid-19, no entanto as enfermeiras com a sua capacidade de resiliência mantiveram o acompanhamento regular telefónico dos doentes infetados e contactos

de risco promovendo o Cuidado-de-Si ou capacitando a família para o fazer (Gomes, 2021).

A realização do relatório final deste estágio contribuiu para a reflexão sobre os conhecimentos e competências adquiridas e desenvolvidas, relativamente aos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica e sua família em processo de parceria, no domicílio.

Conhecer e compreender a intervenção da USF nos cuidados de saúde primários e sua articulação com o hospital de referência

O estágio realizado numa USF contribuiu para compreendermos melhor a organização dos serviços de saúde na área dos cuidados de saúde primários, que desconhecíamos o seu funcionamento. Permitiu-nos também perceber a interligação e integração existente entre os cuidados de saúde primários e os cuidados hospitalares, nomeadamente entre a USF e o hospital de referência. As informações que obtivemos dos diversos elementos da equipa multidisciplinar contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos nesta área.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Considerávamos que existia uma boa relação de interligação e articulação entre esta USF e o CMD. A realização do estágio na USF fortaleceu ainda mais essa relação, pois aprendemos que o conhecimento mútuo entre os profissionais é o que facilita a comunicação e a referenciação das pessoas idosas para os prestadores de cuidados mais adequados para responder às suas necessidades. Reforçámos a informação sobre o contacto telefónico direto do CMD e a disponibilidade da equipa de saúde para garantir a continuidade de cuidados, nomeadamente para o esclarecimento de dúvidas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa, despiste precoce de efeitos colaterais dos tratamentos e da terapêutica (Martins & Lopes, 2010).

Outra das aprendizagens realizadas foi percebermos que uma enfermeira especialista tem como principal objetivo conhecer a pessoa no seu contexto familiar e da comunidade, o que é particularmente importante na intervenção de enfermagem médico-cirúrgica à pessoa idosa. Este conhecimento é fundamental para a construção de uma relação de parceria com a pessoa idosa e família ao longo do processo de cuidados de enfermagem na capacitação da pessoa idosa para assumir o Cuidado-

de-Si ou capacitação da família para assegurar o Cuidado do Outro, no que diz respeito ao seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2021). Só deste modo é que podemos ter uma intervenção de enfermagem centrada na pessoa idosa e família.

Estas aprendizagens permitiram desenvolver competências na área da gestão de cuidados, nomeadamente na importância da articulação e referenciação para os cuidados de saúde primários da pessoa idosa com dor crónica, afim de otimizar o processo de cuidados (OE, 2019).

Reuniões reflexivas da prática com os enfermeiros

Diariamente realizaram-se reuniões entre os elementos da equipa, para garantir a continuidade e promover a qualidade dos cuidados dos utentes da USF. A formação era programada semanalmente e abarcava diversos temas, com a partilha de conhecimento e debate sobre situações clínicas e onde são decididas as intervenções à pessoa idosa e família.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Os momentos da passagem de informação demonstraram um cuidado de enfermagem centrado na pessoa, na medida em que é tida em conta a singularidade da pessoa idosa. Esta é o centro de interesse dos cuidados dos enfermeiros que pretendem apoiar e ajudar a obter níveis de bem-estar e conforto superiores ao que possui, ajudando-a a gerir e lidar com a situação de doença, no contexto do seu projeto de vida (Gomes, 2021). Nestas reuniões constatámos que a equipa de enfermagem desta USF encontrava-se desperta para a importância de identificar as pessoas idosas com dor não controlada, através da avaliação da dor e ensino sobre a terapêutica analgésica. Realizavam igualmente intervenções não farmacológicas para a prevenção e controlo de dor em pessoas idosa em situação de imobilidade, como por exemplo posicionamentos, mobilizações, exercícios e massagens.

Tínhamos a ideia preconcebida, baseada na experiência de estágio durante a licenciatura há muitos anos, de que os cuidados de saúde primários tinham uma prática de cuidados apoiada no modelo biomédico e na tarefa (realização tratamentos, pensos, injeções intramusculares). Verificámos com surpresa e aprendemos que a intervenção de enfermagem é norteadas por modelos de cuidados centrados na pessoa idosa e família. Este estágio foi muito útil numa mudança da perspetiva sobre os cuidados de saúde primários. Portanto vai melhorar a nossa atuação como enfermeira

especialista no que diz respeito à articulação entre os diferentes serviços de saúde diminuindo o fosso entre hospital e cuidados de saúde primários.

3.2. Competências como enfermeira mestre e especialista na implementação de um projeto

Relativamente ao segundo objetivo geral: promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa e família, para a promoção do Cuidado-de-Si através do conhecimento das expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num CMD, apresentamos neste subcapítulo de forma reflexiva as principais atividades realizadas e as aprendizagens adquiridas para dar cumprimento ao objetivo específico.

Quadro 3 Objetivo específico 4 e atividades desenvolvidas na área dos Cuidados Diferenciados

Objetivo Específico 4 Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa e família para a promoção do Cuidado-de-Si, através do conhecimento das expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num CMD.

Atividades:

1. Apresentação e divulgação do projeto à equipa multidisciplinar.
2. Realização do diagnóstico de situação:
 - Análise dos registos das expetativas na avaliação inicial da primeira consulta de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica no CMD;
 - Realização de focus grupo com a equipa de enfermagem;
 - Entrevistas à pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta no CMD.
3. Reunião de apresentação dos resultados.

Apresentação e divulgação do projeto à equipa multidisciplinar

A divulgação do projeto à equipa multidisciplinar ocorreu em janeiro de 2021, o que foi essencial para o envolvimento de todos os profissionais em todas as etapas do desenvolvimento do projeto.

Este trabalho encontrava-se integrado no projeto “Centro Multidisciplinar da Dor Amigo das Pessoas Idosas” a decorrer no CMD desde setembro de 2019, em parceria com a ESEL, que tinha sido já previamente autorizado pelo CA e Comissão de Ética.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Na apresentação do projeto à equipa multidisciplinar, planeámos previamente o dia e hora mais adequado para esta formação que todos os elementos estivessem presentes, integrando-a no plano de formação semanal já existente no CMD (segunda-feira das 8 às 10h). Tivemos o cuidado de adaptar o conteúdo ao grupo constituído por profissionais de diferentes áreas (médicos, enfermeiros, psicóloga, psicomotricionista e musicoterapeuta) que assistiram à apresentação. A realização da apresentação em powerpoint foi um momento de nos familiarizarmos mais com esta técnica informática de formação o que é muito útil para futuras formações. Uma aprendizagem importante foi a apresentação oral, porque tínhamos dificuldade em expor e falar em público. A concretização desta atividade, permitiu-nos reconhecer os recursos e limites pessoais, a ultrapassar os medos e receios, e ser formadora em contexto de trabalho, facilitando o processo de aprendizagem da equipa na aquisição de conhecimentos, utilizando os recursos disponíveis (Rodrigues, 2019). Assim, desenvolvemos competências de enfermeira especialista e mestre que se inserem no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

Não fizemos uma avaliação formal da formação, mas a equipa demonstrou interesse e participou ativamente, tanto durante a apresentação como no final no tempo previsto para a discussão e sugestões. Referiram que teoricamente as expectativas da pessoa idosa com dor crónica são importantes, mas que na prática esta área é abordada superficialmente. A participação e a partilha da equipa não só demonstrou interesse na temática do projeto como validou para nós a pertinência do mesmo.

Realização do diagnóstico de situação

No projeto definimos a necessidade de realização do diagnóstico da situação. Esta etapa permitiu-nos criar a distância necessária para refletir sobre a prática clínica das enfermeiras à pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem no CMD e a forma como intervinham com as pessoas idosas para tomarem conhecimento das suas expectativas (Sousa et al, 2015). O diagnóstico da situação baseou-se na análise de dados provenientes de três fontes: registos das expectativas na avaliação inicial da primeira consulta de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, focus grupo (FG) com a equipa de enfermagem e entrevistas à pessoa idosa

com dor crónica na primeira consulta no CMD. Descrevemos de seguida cada uma destas atividades e aprendizagens realizadas.

Análise dos registos das expetativas na avaliação inicial da primeira consulta de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica no CMD

Para levar a cabo esta atividade construímos um instrumento designado por “Grelha de colheita de dados dos registos de enfermagem para identificar as expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta no CMD” (Apêndice IV). Neste instrumento de colheita de dados definimos as dimensões de análise das expetativas da pessoa idosa com dor crónica com base na literatura e cujos resultados apresentamos em seguida.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A colheita de dados baseou-se nos registos clínicos da avaliação inicial na primeira consulta de enfermagem no CMD referente ao período de 2 de dezembro de 2019 a 13 de março de 2020. Constatou-se que se realizaram-se 294 consultas de enfermagem de primeira vez a pessoas com dor crónica no CMD. Destas consultas 119 pessoas tinham idade igual ou superior a 65 anos, o que corresponde a 40,48% e 175 pessoas tinham idade inferior a 65 anos (59,5%). Apresentamos na tabela abaixo a distribuição do número de consultas de enfermagem de primeira vez por mês, no período definido.

Tabela 1- Primeiras consultas no CMD dezembro 2019 - março 2020

Primeiras consultas no CMD	dezembro 2019	janeiro 2020	fevereiro 2020	março 2020	Total de consultas
Primeiras consultas	81	104	76	33	294
Primeiras consultas a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos	32	42	33	9	119
Primeiras consultas a pessoas com idade inferior a 65 anos	49	59	43	24	175

Das 119 consultas realizadas a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, constatámos que em 62 processos clínicos estava registada a avaliação inicial de

enfermagem (52,1%). Não se encontrou qualquer registo sobre as expetativas em 55 processos clínicos, 5 processos clínicos tinham o registo das expetativas da pessoa idosa com dor crónica, nomeadamente: alívio da dor, melhoria da dor e esperança na consulta.

Numa primeira reflexão verificámos que quase metade das primeiras consultas no CMD são à pessoa idosa, o que já era expetável pela prevalência de dor crónica nesta população (Azevedo et al, 2012). A literatura refere que existe uma desvalorização da dor na pessoa idosa tanto pelos próprios, família e profissionais de saúde (IASP, 2017; Ghandehari et al, 2020). Apesar da amostra ser reduzida, questionámo-nos se já começa a existir uma preocupação na referenciação das pessoas idosas com dor crónica ao CMD por parte dos profissionais de saúde ou se são as pessoas idosas e família que exigem o encaminhamento e tratamento adequado para a sua dor crónica.

Relativamente ao registo da avaliação inicial de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, verificámos que em cerca de metade dos processos não se encontrou qualquer registo da avaliação inicial de enfermagem. Interrogarmo-nos das razões que poderão levar à inexistência de registo. Constatámos que durante este período e por questões organizativas não era realizada a avaliação inicial de enfermagem nas primeiras consultas a pessoas com dor crónica referenciadas para realizar intervenções ecoguiadas invasivas. A equipa de saúde questionou-se, já nessa altura, se esta seria a melhor decisão e qual o impacto na continuidade dos cuidados. Refletindo sobre esta questão comprovámos que se perde grande parte da informação e conhecimento sobre a pessoa idosa, o que é vital para fundamentar a intervenção em enfermagem na área da dor crónica.

Conhecer as expetativas da pessoa idosa com dor crónica que é consultada pela primeira vez no CMD é determinante na construção de uma relação de confiança e de ajuda e no compromisso entre o real e o expectável em relação ao controlo da dor crónica. A compreensão destas pode ter implicações importantes na satisfação da pessoa idosa com dor crónica e na sua resposta ao plano terapêutico integrado (Calpin et al, 2016). O alinhamento de expetativas da pessoa idosa é uma das dimensões a considerar na comunicação doente-enfermeira ao longo de todo o processo terapêutico, nomeadamente no alívio da intensidade da dor crónica (Fernandes, 2015). No entanto verificámos que estas são um indicador praticamente desconhecido para as enfermeiras pois os registos são escassos e pouco objetivos.

Em reflexões de equipa ao olharmos para a nossa própria prática e para os dados obtidos tomámos consciência, que apesar de pensarmos que registávamos as expetativas, constatámos que na realidade não o fazíamos na primeira consulta de enfermagem no CMD, ou quando registávamos não aprofundávamos, verificámos que existe escassez e objetividade no registo das expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem no CMD. Consideramos que existe uma dicotomia entre o que as enfermeiras pensam que fazem (teoria) e o que dizem que fazem (teoria/prática) e ainda com o que efetivamente registam (prática) acerca das expetativas na avaliação inicial na consulta de enfermagem da pessoa idosa com dor crónica.

A realização desta atividade e as consequentes aprendizagens contribuíram para o desenvolvimento do autoconhecimento profissional, assim como permitiu um primeiro contacto com a metodologia de investigação em que os dados objetivos suportam a reflexão sobre a prática clínica. Deste modo, permitiu-nos o início do desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em que alicerçamos os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido e pertinente, assumindo-nos como facilitadora nos processos de aprendizagem e investigação (OE, 2019).

Realização de focus grupo com a equipa de enfermagem

Realizámos um focus grupo com a equipa de enfermagem. Esta técnica foi escolhida para possibilitar uma colheita de dados mais célere e permitir o debate de ideias, criando uma dinâmica pedagógica no seio da equipa de enfermagem. De acordo com Morgan (2019), FG é uma técnica de investigação qualitativa que nos permitiu a recolha de dados através da interação do grupo sobre um tema apresentado pelo investigador. Neste projeto foi objetivo do FG encontrar a compreensão, descrevendo as experiências, atitudes, sentimentos e crenças da equipa de enfermagem sobre as expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem no CMD.

O FG foi planeado em colaboração com a professora orientadora e a enfermeira orientadora no CMD. Na dinamização do FG elaborámos um guião semiestruturado com questões abertas “Guião focus grupo com a equipa de enfermagem do CMD” (Apêndice V), que sustentou a orientação da reunião com a equipa de enfermagem e

a compreensão da problemática na identificação das expectativas da pessoa idosa com dor crónica, na primeira consulta de enfermagem.

A principal característica do FG resultou da interligação que existiu no interior da equipa de enfermagem, que foi a principal fonte de produção de dados (Amaro, 2014; Pátaro & Calsa, 2020).

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A realização do FG com a equipa de enfermagem possibilitou conhecer e aprofundar esta técnica de colheita de dados, que era para nós desconhecida. Tivemos necessidade de pesquisar e aprofundar os conhecimentos teóricos sobre o FG. Aprendemos que para esta técnica de investigação teríamos que seguir as seguintes etapas: planejar, preparar, moderar, analisar os dados e divulgar os resultados como nos refere Morgan (2019).

Na primeira fase de planeamento do FG elaborámos um guião semiestruturado que designamos por “Guião de focus grupo com a equipa de enfermagem do CMD” (Apêndice V), que suportou a orientação da reunião com a equipa de enfermagem com a finalidade de compreender a problemática na identificação das expectativas da pessoa idosa com dor crónica, na primeira consulta de enfermagem. Na fase de preparação do FG convidámos pessoalmente todos os elementos da equipa de enfermagem do CMD, e escolhemos o dia e a hora para a reunião. Seleccionámos a sexta-feira das 14h às 16h, porque em termos organizacionais foi mais oportuno, uma vez que não existiam atividades assistenciais programadas, o que permitiu a criação de condições favoráveis (espaço, tempo, disponibilidade) para a reflexão em equipa, e potencializou o desenvolvimento do projeto. Seleccionámos o dia 12 de março de 2021 e a sessão de FG foi realizada no gabinete de consulta e teve a duração de 1 hora e 30 minutos.

A moderação é a fase seguinte do FG e como investigadoras assumimos a sua moderação. Nessa função procurámos criar as condições necessárias para que as enfermeiras se sentissem confortáveis e respeitadas, com segurança para emitirem a sua opinião. Certificámo-nos que cada enfermeira tivesse oportunidade de participar, garantindo o rumo do diálogo, escutando ativamente e questionando as enfermeiras, para assegurarmos que se sentiam confiantes para partilharem as suas ideias e opiniões (Marconi & Lakatos, 2017). Percebemos que a intenção do FG é promover a autorrevelação entre as enfermeiras, mantendo um fluxo de conversação contínua e

agradável. Centrâmo-nos principalmente na condução e manutenção da discussão e solicitámos o apoio da colega da equipa de enfermagem que se encontra no mesmo percurso académico, para fazer a gestão do equipamento de gravação e tomar notas sobre a discussão do grupo Marconi & Lakatos, 2017). Aprendemos que o moderador ao dirigir-se ao grupo pode influenciar os resultados atingidos, e que o grupo pode influenciar a natureza dos dados produzidos (Silva, Veloso & Keating, 2014). A equipa de enfermagem foi informada no início da reunião do tema “Promoção do Cuidado-de-Si: expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor” e objetivo do FG, das regras de participação, incluindo o tempo estimado de duração. Foram também garantidos os princípios éticos inerentes a um projeto de investigação, principalmente o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos. Foi assegurado o consentimento oral e escrito das participantes.

A realização desta técnica permitiu-nos desenvolver competências de enfermeira especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Após a apresentação do tema, finalidade do projeto, objetivos e apresentação da análise dos resultados sobre os registos das expetativas na avaliação inicial na primeira consulta de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica no CMD, foram colocadas as questões orientadoras que contribuíram para a discussão sobre: a importância de conhecer as expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem, de que forma as integram no processo de cuidados e em que medida podem contribuir para a promoção do Cuidado-de-Si, partilhando experiências para possíveis melhorias nos cuidados de enfermagem. Estimulámos a participação de todos os intervenientes, promovendo a autorrevelação e, mantendo um fluxo de conversação contínua e agradável, para que os participantes se sentissem à vontade para partilhar as suas ideias sobre o tema, sem procurarmos consensos (Amaro, 2014; Pátaro & Calsa, 2020). Percebemos a importância das enfermeiras se confrontarem com os registos do que pensam que fazem e do que realmente fazem o que já tinha acontecido connosco, como já foi referido anteriormente. Baseámo-nos num dos princípios de reflexão sobre a prática de Schön (1996). Este autor considera indispensável que quem está na prática tenha acesso a dados diretos e imediatos da ação-investigação, para usar como processo de reflexão. Defende também que podem tornar-se investigadores reflexivos perante situações de singularidade, perplexidade e conflito. Deste modo, desenvolvemos competências

como enfermeira especialista no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, estimulando a reflexão da equipa de enfermagem do CMD ao confrontar-se com os resultados que apresentámos sobre os registos das expectativas na avaliação inicial na primeira consulta enfermagem à pessoa idosa com dor crónica. Também, desenvolvemos competências como enfermeira especialista e mestre suportando a nossa prática em evidência científica, através da análise diagnóstica e divulgação dos resultados, contribuindo para o conhecimento e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica (OE, 2019).

Após recolhida a informação, passamos à quarta fase do processo, dedicada à análise dos dados. A sessão do FG que foi gravada em áudio, foi transcrita manualmente e posteriormente realizada a análise de conteúdo. De forma a garantir o anonimato e a confidencialidade, foram atribuídos códigos às enfermeiras que participaram no focus grupo, (*E1, E2, E3 e E4*). Procedemos à análise dos dados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin (2018). Esta análise pode ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam as inferências de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2018). Este método permitiu-nos conhecer o que está por trás do significado das palavras, tendo em conta o objetivo desta atividade que era perceber qual a perceção das enfermeiras acerca das expectativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem e qual a sua importância. Procedemos a uma divisão manual do conteúdo das entrevistas em unidades manejáveis de síntese, de descoberta dos aspetos importantes, assim como na procura de padrões (Bardin, 2018). As categorias e subcategorias foram definidas à posteriori e resultaram dos significados referidos pelos participantes de forma implícita e explícita e da análise de frequências. Este processo de análise de conteúdo foi difícil e moroso, porque foi a primeira vez que tivemos contacto com esta técnica de análise de dados, que anteriormente desconhecíamos. No entanto a orientação eficaz da professora orientadora da ESEL foi essencial neste método, ajudando a ultrapassar as dificuldades sentidas e contribuindo para a aprendizagem desta técnica de investigação.

Apresentamos de seguida e de forma resumida, as categorias que emergiram da análise dos dados do FG.

As quatro categorias encontradas foram: **Conhecer as expetativas da pessoa idosa, As expetativas são bidirecionais e Estabelecer expetativas com a pessoa idosa é um trabalho de equipa e As expetativas são um problema de e para a enfermagem.**

As enfermeiras reconhecem que para **Conhecer as expetativas da pessoa idosa** com dor crónica numa primeira consulta de enfermagem no CMD é fundamental estabelecer uma relação de confiança, tal como nos diz uma enfermeira “(...) *a pessoa idosa tem de sentir-se confiante conosco.*” (E3). O que está de acordo com o que diz Gomes (2016), na 1ª fase do modelo de parceria – Revelar-se, em que a enfermeira se dá a conhecer à pessoa idosa estabelecendo uma relação de confiança que permita conhecer a singularidade e o projeto de vida da pessoa idosa.

Na construção de uma relação de confiança entre a enfermeira e a pessoa idosa com dor crónica é necessário tempo. As enfermeiras especificam a necessidade do tempo: tempo para estabelecer a relação, como explicita uma enfermeira “(...) *é necessário tempo para estabelecer uma relação com a pessoa idosa.*” (E4); tempo para compreender as expetativas daquela pessoa idosa, segundo a mesma enfermeira “(...) *tempo para compreender as expetativas da pessoa idosa.*” (E4); e ainda tempo para colher a informação sobre as expetativas da pessoa idosa, como referiu uma enfermeira “(...) *devemos saber o que a pessoa idosa espera de nós.*” (E1), mas por vezes é difícil, a participante acrescentou ainda “(...) *muitas vezes nem existe tempo para chegar ao assunto das expetativas.*” (E1) ter tempo para adequar a linguagem à nível de compreensão da pessoa idosa uma das participantes referiu que “*Às vezes temos que traduzir o que é expectativas por miúdos e às vezes também não é fácil consoante a pessoa, perguntar isso eu vejo que essa é uma dificuldade, acho que precisamos de um bocadinho mais de tempo para compreender as expectativas da pessoa idosa*” (E4).

A segunda categoria que emergiu foi **As expetativas são bidirecionais**. As enfermeiras referiram que as expetativas são um barómetro da relação terapêutica, ou seja, as expetativas da enfermeira e da pessoa idosa influenciam-se mutuamente, como nos diz uma participante “(...) *as expectativas são sempre um barómetro, um barómetro que não é só unidirecional é bidirecional, é do doente para nós e de nós para o doente. O profissional cria expetativas em relação à pessoa idosa*” (E2).

Importante é também o autoconhecimento da enfermeira sobre as suas próprias expetativas na interação com a pessoa idosa. A enfermeira pode criar

expetativas em relação à pessoa idosa e ao seu diagnóstico o que condiciona a comunicação na consulta de enfermagem. A autorreflexão da enfermeira sobre as suas próprias expetativas necessita ser um processo contínuo ao longo da relação terapêutica com a pessoa idosa. Uma participante expressa do seguinte modo esta dificuldade *“A questão de expectativas também é muito criada no profissional para com o doente e é uma das maiores dificuldades que eu tenho é de me autocontrolar, (...) quando lê o diagnóstico, já estás a criar uma expetativa em relação a quem vais ter a tua frente e condiciona até mesmo o seguimento da entrevista que se tem com o doente, (...)”* (E2). A enfermeira pode por um lado criar expetativas irrealistas esperando um adequado controlo da dor e quando este resultado não se verifica fica desiludida e culpabiliza o comportamento da pessoa idosa por não corresponder às expetativas dos profissionais. Duas participantes explicitam de forma clara esta situação *“Porque o que a gente pensa antes do doente entrar, não tem nada a ver com a realidade em si”* (E1) e *“(...) quando (os resultados) não correspondem às nossas expetativas ficamos desiludidas e depois, a partir daí, é da cabeça do doente, porque não cumpre, ou não tem capacidade”.* (E4)

A terceira categoria encontrada foi **Estabelecer expetativas com a pessoa idosa é um trabalho de equipa**. As enfermeiras referem como fundamental a comunicação com a equipa médica e consideram que o estabelecimento e o balizar de resultados expetáveis para o controlo da dor na pessoa idosa é uma intervenção interdependente. Duas enfermeiras expressam alguns dos motivos que dificultam a adequação das expetativas num primeiro contacto com a pessoa idosa *“(...) não sei que expetativas posso estabelecer com a pessoa idosa, porque depois ele vai à consulta médica, não tem um diagnóstico estipulado e eu não estou à vontade para balizar expectativas”* (E4), *“(...) tenho dificuldade em esclarecer as expetativas porque não sei qual o prognóstico e o que é que é esperado perante aquela situação”* (E3) e *“(...) não sei que expetativas posso estabelecer com a pessoa idosa, porque depois vai à consulta médica e eu não sei se aquela dor, é para descer 20% ou 50% ou pode descer para 100%, fico condicionada, para não elevar a expetativa ou dar uma expetativa muito baixa. Não sei qual a percentagem que posso negociar com a pessoa idosa, não estou à vontade para balizar expetativas”* (E4).

Constatámos que as enfermeiras reconhecem que as expetativas requerem continuidade ilustrado do seguinte modo *“(...) não se encerra na primeira consulta.”* (E4). As expetativas englobam um processo de negociação entre os profissionais de

saúde e a pessoa idosa que deve ser registrado, como expressa uma das participantes na seguinte frase: “*É necessário escrever as diferentes negociações das expetativas, com a pessoa idosa.*” (E3).

A quarta categoria encontrada foi **As expetativas são um problema de e para a enfermagem**. Percebe-se algum desinteresse das enfermeiras em aprofundar as expetativas, porque segundo uma enfermeira refere “*(...) não aprofundo porque ninguém vai ler, o que se faz com a informação?*” (E3). Salientamos também que as enfermeiras têm difficuldade em reconhecer as expetativas como um problema de enfermagem, portanto, não se intervém, como referido por uma enfermeira “*Não vejo da nossa parte que as expetativas da pessoa idosa se tornem num problema e depois em intervenções.*” (E4).

O conhecimento da pessoa idosa com dor crónica é um processo contínuo ao longo da relação de cuidados. Cingir-se ao momento da avaliação inicial, torna-o redutor. As enfermeiras consideram que na primeira consulta de enfermagem é difícil ficar a conhecer a pessoa idosa de uma forma profunda, segundo uma participante “*É difícil chegar ao mais íntimo da pessoa idosa.*” (E3)

As enfermeiras perceberam que embora seja fundamental apurar as expetativas, não aprofundam a questão das expetativas da pessoa idosa, segundo duas enfermeiras “*Aliviar a dor é vago.*” (E3, E4).

Constatámos que as expetativas da pessoa idosa modificam-se ao longo do processo terapêutico, através da intervenção da enfermeira. Uma enfermeira salienta desta forma a mudança “*E depois nós vamos conversando com o doente, vamos esclarecendo, com o tempo as expetativas do doente também podem ir mudando.*” (E4). A mudança não é só na pessoa idosa, também a enfermeira aprende com a experiência das pessoas idosas, e as suas próprias expetativas se alteram. Uma participante explicita desta forma “*as nossas próprias expetativas sobre o doente também vão mudando, ou sobre o tratamento.*” (E4)

Na realização desta atividade e as aprendizagens realizadas permitiram-nos desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em que alicerçamos os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido e pertinente, assumindo-nos como facilitadoras nos processos de aprendizagem e investigação (OE, 2019).

Entrevistas à pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta no CMD

No diagnóstico da situação contemplámos ainda a colheita de dados através de entrevista à pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta no CMD. De acordo com Marconi & Lakatos (2017), a entrevista é um método de recolha de dados que permite, através do encontro entre a enfermeira investigadora e a pessoa idosa, a identificação das expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta no CMD. Para realizarmos a entrevista à pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta no CMD, construámos dois instrumentos: o “Guião de entrevista sobre as expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem no CMD” (Apêndice VI) e o “Instrumento de colheita dados para caracterização da amostra do estudo” (Apêndice VII). Inicialmente, estava prevista a realização das entrevistas à pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem. Conforme referimos anteriormente, devido à pandemia e à exiguidade do espaço físico não se efetuaram primeiras consultas de enfermagem. Assim, tivemos que encontrar um espaço/tempo nas condições existentes para a realização das entrevistas à pessoa idosa com dor crónica de forma a garantir o desenvolvimento desta atividade. Aproveitámos o tempo de espera para a realização da consulta médica para realizarmos a entrevista à pessoa idosa na sala de espera.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A realização das entrevistas estimulou-nos a aprofundar conhecimentos teóricos sobre os princípios inerentes a esta técnica de colheita de dados.

Aprendemos que segundo Marconi & Lakatos (2017), a preparação da entrevista é uma fase fundamental, que obriga a alguns princípios, que salientamos sinteticamente de seguida. A entrevista precisa de planeamento, pelo que elaborámos os dois instrumentos de colheita de dados acima mencionados, com questões pertinentes de acordo com o objetivo de identificar as expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta no CMD. Apesar de autores definirem a necessidade do conhecimento prévio do entrevistado, no nosso estudo a escolha da amostra foi intencional, constituída por 20 pessoas idosas que foram consultadas pela primeira vez no CMD durante o mês de março de 2021. Estavam previstas 23 consultas de primeira vez a pessoas idosas, mas 3 pessoas idosas não compareceram à consulta. Incluíram-se as pessoas idosas com dor crónica na primeira consulta no CMD, que aceitaram participar na entrevista. Definimos como

critérios de exclusão as pessoas idosas com deficits cognitivos significativos, diminuição da acuidade auditiva que impeça a comunicação oral, incapacidade de comunicar e recusa na participação no estudo.

Outros dos princípios referidos por Marconi & Lakatos (2017) é a criação da oportunidade para a entrevista, procedendo ao agendamento com antecedência da hora e do local, para assegurar que se concretiza. Neste trabalho, e devido às circunstâncias anteriormente descritas, realizámos as entrevistas à pessoa idosa utilizando o tempo de espera para a consulta médica. As entrevistas decorreram na sala de espera, mas assegurámos a existência do mínimo ruído possível, clarificámos qual o objetivo da entrevista e o tempo previsto para a sua realização. Garantimos os princípios éticos inerentes a um projeto investigação, nomeadamente o respeito e a privacidade da pessoa idosa, assim como a confidencialidade dos dados obtidos. Foi assegurado o consentimento oral e escrito dos participantes. Este processo permitiu desenvolvermos competências como enfermeira especialista em dois domínios: na melhoria contínua da qualidade, nomeadamente através da criação e manutenção de um ambiente terapêutico e seguro durante a realização das entrevistas à pessoa idosa com dor crónica, e no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (OE, 2019).

A realização desta atividade possibilitou o desenvolvimento da nossa capacidade como entrevistadora, e compreendemos que esta se desenvolve com a prática, com a experiência, requer habilidade e sensibilidade (Marconi & Lakatos, 2017). Apesar de ser a primeira vez que utilizámos esta técnica de investigação, percebemos que foi facilitador o fato de no CMD a consulta de enfermagem ser norteada pelo Modelo de Parceria de Gomes (2021), com as suas diversas fases, nomeadamente a primeira e segunda fases (revelar-se e envolver-se). Pois, foi fundamental como entrevistadora termos estabelecido uma relação de confiança com as pessoas idosas entrevistadas, o que possibilitou obtermos informações que de outra forma talvez não fossem possíveis, uma vez que os dados obtidos e a sua qualidade dependem da relação de confiança estabelecida entre o entrevistado e o entrevistador (Marconi & Lakatos, 2017).

Aprendemos que existem princípios basilares que contribuem para o êxito da entrevista. No contacto inicial com as pessoas idosas entrevistadas proporcionamos um ambiente de cordialidade e encetámos uma conversação amistosa explicando a finalidade e relevância da entrevista e a necessidade da sua colaboração,

assegurando-lhes o carácter confidencial das suas informações, estimulando as pessoas idosas entrevistadas a falarem espontaneamente e sem inibições (Marconi & Lakatos, 2017).

O tipo de entrevista que utilizámos foi a semiestruturada⁴, com um conjunto de questões previamente definidas, tentámos que não fosse um questionário, mas sim um diálogo fluído com o objetivo de obtermos respostas válidas, relevantes específicas e claras. Procurámos como entrevistadora ter uma atitude empática demonstrando interesse, respeitando o tempo e curso de ideias da pessoa idosa, clarificando, introduzindo ou direcionando alguns temas de acordo com o objetivo da entrevista. Anotámos as respostas da pessoa idosa com dor crónica durante a entrevista, com as mesmas palavras que o entrevistado utilizou (Marconi & Lakatos, 2017).

Esta atividade permitiu-nos aprofundar conhecimentos na técnica de entrevista, assim como o desenvolver capacidades comunicacionais durante a sua realização.

Foi feita a análise dos dados obtidos nas entrevistas cujos resultados apresentamos em seguida.

A amostra deste estudo constituiu-se por 20 pessoas idosas, das quais 13 são mulheres e 7 homens, com idade média de 79,3 anos. Quanto ao estado civil, a maioria era casada, 6 pessoas idosas eram viúvas, sendo as restantes divorciadas e 2 solteiras. Relativamente ao nível de escolaridade metade da amostra tinha o ensino básico, 3 pessoas idosas eram analfabetas, o mesmo número tinha o ensino secundário e 1 pessoa idosa tinha o ensino superior. Os resultados convergem com os resultados apresentados na literatura e estão de acordo com o único estudo epidemiológico de dor crónica realizado em Portugal, que identificou fatores e grupos de risco, mais propensos a uma maior incapacidade relacionada com a dor, nomeadamente baixos recursos socioeconómicos, aposentadoria, sexo feminino e pessoas idosas (Azevedo et al., 2012).

Verificámos que o período de tempo entre o início de dor e a primeira consulta no CMD para a maioria das pessoas idosas foi superior a 5 anos, tendo sido em igual número, no intervalo entre 1 e 5 anos e inferior a 1 ano.

⁴ Entrevista semiestruturada – combinam perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado tem a possibilidade de relatar as suas experiências e vivências sobre o tema proposto. O investigador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas enquadrando numa conversa informal (Vilelas, 2017).

A maioria das pessoas idosas foram referenciadas para o CMD pelo próprio hospital e os restantes pelos cuidados de saúde primários. Quanto à etiologia da dor é sobretudo dor não oncológica e dor oncológica.

As principais expectativas referidas pelas pessoas idosas relativamente à primeira consulta no CMD são semelhantes às encontradas na literatura.

Verificou-se que algumas pessoas idosas ainda acreditam que exista um cura total para a sua dor, que expressam dizendo "...espero que me tirem estas dores.", que "...exista alguma coisa que faça passar a minha dor.". Uma frase emblemática desta expectativa de cura foi-nos dita por uma senhora, "sabe o que eu queria era um milagre. As pessoas procuram milagres noutra lado eu procuro aqui." (P16). No estudo realizado por Calpin, Imran & Harmon (2016), 37% as pessoas ficam satisfeitas em experimentar algum alívio da dor, porém igual percentagem tem expectativas mais elevadas e esperam um total alívio. Outras pessoas idosas apresentam expectativas mais ajustadas à realidade da dor crónica, desejando um alívio da dor. Houve entrevistados que aliaram o alívio da dor à sua funcionalidade, nomeadamente na capacidade de marcha e na qualidade do sono. Os autores Nost, Steinsbekk, Riseth, Bratas, & Gronning (2017), confirmam que a expectativa da diminuição da dor está diretamente relacionada com a interferência que esta tem na realização das atividades de vida diárias e com a esperança de uma melhoria na qualidade de vida.

Constatámos a existência de diferentes posturas no envolvimento e participação no controlo da dor crónica. Como atrás mencionámos, a maioria das pessoas idosas tem uma postura passiva em relação à sua participação no controlo da dor, como se exemplifica com esta frase "...espero que arranjem uma solução para as minhas dores" (P11). Um pequeno número de pessoas idosas afirma-se como participante ativo no seu processo terapêutico, esperando aprender dicas e ter aconselhamentos dos profissionais para conseguirem lidar com a sua dor.

Encontraram-se ainda outras expectativas, que se relacionam com o desconhecimento, no que diz respeito em que consiste a consulta de dor, do diagnóstico da causa da dor e sobre como controlar os efeitos secundários da terapêutica analgésica. Alguns autores revelam que o conhecimento da etiologia e diagnóstico da dor é importante para a pessoa idosa com dor crónica, pois permite a validação e a justificação para si, e para os outros (família e profissionais de saúde) da sua incapacidade para a realização das atividades de vida diária de forma

independente, e sobretudo o seu sofrimento diário (Calpin, Imran & Harmon, 2016; McLoughlin, Imran, Hannigan & Harmon, 2018).

Como refere a literatura, o percurso da pessoa idosa com dor crónica é longo, e muitas vezes frustrante pelo sofrimento de viver com dor não controlada, até ter acesso a cuidados diferenciados na área da dor crónica uma vez que a demora média até terem um diagnóstico é de 4 anos após os primeiros sintomas em 34% das pessoas (Antunes et al, 2019).

Também no nosso estudo aplicamos um instrumento de avaliação da intensidade da dor a Escala Numérica (EN) (DGS, 2003). Constatamos que as pessoas idosas sofrem com dor intensa, com intensidade média no momento da entrevista de EN=7,9, numa escala de 1 a 10 e em pico de EN=9,6, também numa escala de 1 a 10 e demoraram em média 7,95 anos até terem a primeira consulta no CMD. Por isso, uma consulta no CMD abre possibilidades a um adequado controlo da dor e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa com dor crónica. É essa esperança que nos é transmitida numa das entrevistas, em que uma pessoa idosa diz que vir à consulta no CMD, “é a luz ao fundo do túnel.” (P9). Outro estudo define a caracterização das experiências vivenciadas pelas pessoas que frequentam centros multidisciplinares de dor refere “ser uma boia salva-vidas” (Nost & Steinsbekk, 2019).

Ao refletirmos sobre a análise dos dados obtidos através das entrevistas, salientamos que a nossa falta de experiência e as condições existentes na altura não contribuíram para aprofundarmos alguns itens que necessitavam de ter sido explorados com maior profundidade na entrevista à pessoa idosa entrevistada, nomeadamente a clarificação e quantificação do que a pessoa idosa considera alívio da dor, pois pode ir de 0 a 100%. Verificámos que algumas pessoas idosas não têm qualquer expectativa, provavelmente porque têm um longo percurso até à primeira consulta num centro multidisciplinar de dor, uma vez que a demora média é superior a 1 ano (EFIC, 2016). No entanto constatámos que existem outras pessoas idosas mantêm o discurso focado na cura da dor e desejam um alívio de 100% (Nost, Steinsbekk, Riseth, Bratas, & Gronning, 2017). Estes resultados questionam o nosso papel como enfermeira especialista na importância da divulgação da dor crónica como doença tanto à população como aos profissionais de saúde assim como, na articulação com os cuidados de saúde primários. Existe ainda um desconhecimento sobre a dor crónica e seu tratamento, nomeadamente nas unidades de dor. Constatase a falta de formação dos profissionais tanto a nível pré-graduado como pós-

graduado na área da dor. Ainda permanece hoje associação das unidades de dor à dor oncológica.

Aprendemos que é fundamental a gestão das expetativas, pois de acordo com a literatura, na maioria dos casos o alívio da dor que se pode oferecer situa-se apenas entre os 30 e 50% (DGS, 2011; Geurts et al, 2016).

Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências como enfermeira mestre, com a implementação do projeto, com o incremento da capacidade de análise das práticas, na realização das entrevistas e contribuindo para a promoção da prática baseada na evidência sustentada pela investigação, na gestão das expetativas da pessoa idosa com dor crónica e melhoria da qualidade dos cuidados, com o principal objetivo de conhecermos a pessoa idosa e construirmos um processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica, promovendo o Cuidado-de-Si na gestão da dor e das expetativas (Martins, 2016; OE, 2019; Gomes, 2020).

Reunião de apresentação dos resultados

Foi realizada uma reunião para apresentação dos resultados do diagnóstico de situação à equipa de enfermagem no dia 16 de abril de 2021. Garantimos que todos os elementos da equipa estivessem presentes, planeando previamente de acordo com as condições que já foram descritas anteriormente aquando da realização do FG. Apresentámos os resultados do FG e das entrevistas à pessoa idosa com dor crónica, com o objetivo de discutir os resultados e definir estratégias para o desenvolvimento do projeto.

Realizámos notas ao longo desta reunião que posteriormente serviram como base para uma reflexão sobre a mesma.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A apresentação dos resultados foi uma oportunidade para a reflexão da equipa sobre o que pensam da sua prática e o que efetivamente fazem. As enfermeiras reviram-se nos resultados apresentados e consideraram fundamental para a sua prática conhecer as expetativas da pessoa idosa com dor crónica, clarificar e objetivar não só as expetativas da pessoa idosa, mas também as suas próprias expetativas. Referiram também, que é importante envolver a pessoa idosa no processo de avaliação e quantificação do alívio da dor que ele próprio espera e definirem em conjunto expetativas realistas, que ajudam não só no controlo da dor, mas também na

aceitação da dor crónica. No entanto, a equipa confrontou-se com a dificuldade em reconhecer as expectativas como um problema de enfermagem, pelo que não faz das expectativas irrealistas um diagnóstico de enfermagem e, portanto, não são planeadas intervenções de enfermagem. As expectativas da pessoa idosa ainda não são consideradas nos cuidados de enfermagem, nem na prática da equipa de saúde, e por isso provavelmente não se encontram registos delas no processo clínico da pessoa idosa. As enfermeiras tomaram consciência de que algumas pessoas idosas não têm qualquer expectativa, provavelmente porque têm um longo percurso até à primeira consulta num centro multidisciplinar de dor, uma vez que a demora média é superior a 1 ano. No entanto existem outras pessoas idosas que mantêm o discurso focado na cura da dor e desejam um alívio de 100%.

Inicialmente estava prevista a definição de estratégias para a implementação do projeto nesta reunião. Devido à falta de condições físicas e organizacionais, pela contingência da pandemia já anteriormente referida, a equipa decidiu adiar a definição de estratégias para quando existissem as condições mínimas para iniciar a consulta de enfermagem na primeira consulta no CMD. Ao protelarmos a implementação do projeto pensámos que seria possível fazê-lo brevemente, mas esta situação foi-se prolongando o que levou a que não tivéssemos desenvolvido, conforme desejávamos, no tempo previsto para o projeto académico.

Neste processo e a finalizar o percurso académico aprendemos a importância de aceitar que o percurso académico e profissional não é linear e pode não correr como previsto. Apercebemo-nos que como enfermeira especialista e mestre temos uma responsabilidade acrescida na liderança e dinamização do projeto na equipa de enfermagem. Cabe-nos aproveitar o tempo até à possibilidade de retomar o projeto para, por um lado aprofundar conhecimentos na área das expectativas que fundamentem intervenções de enfermagem futuras à pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem no CMD. Por outro lado, continuar a envolver e motivar a equipa para esta temática até encontrar o momento oportuno para o relançamento deste projeto no serviço ou a realização de futuros estudos de investigação, por exemplo, na compreensão do papel das expectativas no cumprimento do plano terapêutico da pessoa idosa com dor crónica.

Todas estas aprendizagens contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre em vários domínios nomeadamente, no domínio das aprendizagens profissionais promovendo o

autoconhecimento, a adaptação à mudança sob pressão e assumindo-nos como líderes e facilitadoras da aprendizagem em contexto de trabalho para a equipa de enfermagem do CMD, fomentando a prática clínica à pessoa idosa com dor crónica na evidência científica.

CONCLUSÃO

O envelhecimento traz consigo, na maioria das vezes, um aumento de doenças crónicas, associando-se a estas a dor crónica. Em Portugal, o único estudo que evidencia a prevalência de dor crónica foi realizado em 2012, e revelou que a prevalência de dor crónica é de cerca de 37%, e destes, 20% são pessoas idosas (Azevedo et al, 2012).

O impacto da dor crónica na pessoa idosa é especialmente pertinente no CMD, pois pode ter consequências na sua autonomia e independência (Guerreiro, 2016). Estas alterações podem contribuir para o aumento das grandes síndromes geriátricas, como: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade e incapacidade comunicativa (Moraes et al, 2018). Tomámos consciência que a avaliação multidimensional da pessoa idosa, especialmente na dor crónica, é fundamental para a singularidade do processo de cuidados (Moraes et al, 2018).

Percebemos que o inadequado controlo da dor crónica nas pessoas idosas é uma causa relevante de incapacidade funcional, contribuindo para a diminuição da mobilidade e da sociabilização, provocando distúrbios do sono, com consequente aumento dos custos de cuidados de saúde e utilização de recursos (Matos et al, 2016; Jett, 2018).

A dor é um fenómeno multidimensional e subjetivo que se relaciona com a memória, as expectativas e as emoções de cada um, englobando aspetos fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos e comportamentais (Turk & Adams, 2016). Daí a importância de na avaliação e controlo da dor crónica no CMD, as enfermeiras incluírem a avaliação das expectativas da pessoa idosa na primeira consulta de enfermagem. Salientamos também, a influência dos fatores culturais e sociais na perceção da dor, que se encontram refletidas nas expectativas e que têm impacto na experiência de dor crónica da pessoa idosa (Kiel et al, 2020).

Assim definimos um projeto tendo por base a metodologia de projeto, que se que tinha como objetivos gerais. desenvolver competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e família para promoção do Cuidado-de-Si, através do conhecimento das expectativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor e promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa e família, para a promoção do Cuidado-de-Si, através do conhecimento das

expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem num centro multidisciplinar dor.

A enfermeira ao conhecer as expetativas da pessoa idosa com dor crónica na consulta de enfermagem no CMD, pode ajudar no processo reflexivo que contribui para a sua autonomia e tomada de decisões em relação ao plano terapêutico, com base em informação esclarecida, um dos valores para a promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2019). O modelo de parceria de Gomes (2020) permitiu operacionalizar o processo de cuidados centrado na pessoa idosa com dor crónica e na compreensão das expetativas, de acordo com as características de cada fase e das condições necessárias para a construção de uma relação de parceria, principalmente entendermos a importância de ter tempo e espaço para o desenvolvimento de uma relação de confiança e empatia com a pessoa idosa com dor crónica e família.

Verificámos nas entrevistas que as pessoas idosas tinham a expetativa do alívio da dor e algumas esperavam a cura total. Na perspetiva das enfermeiras é necessário envolver a pessoa idosa no processo de avaliação e quantificação do alívio da dor e definirem em conjunto expetativas realistas, que ajudam não só no controlo da dor, mas também na aceitação da dor crónica. O confronto da equipa com a escassez de registo das expetativas na avaliação inicial da primeira consulta de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica no CMD expôs a dificuldade em identificar as expetativas como um problema, pelo que não realizam diagnóstico de enfermagem e, portanto, não são planeadas intervenções de enfermagem.

A equipa decidiu adiar a definição de estratégias para quando existissem as condições mínimas para iniciar a consulta de enfermagem na primeira consulta no CMD, devido à falta de condições físicas e organizacionais, pela contingência imposta pela pandemia. Contudo, o desafio como enfermeira especialista e mestre está em dinamizarmos o projeto na equipa de enfermagem envolvendo-a e motivando-a para esta temática, até encontrarmos o momento oportuno para o relançamento do projeto no serviço, aproveitando o tempo para aprofundarmos conhecimentos na área das expetativas que fundamentem intervenções de enfermagem futuras à pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem no CMD.

A concretização deste projeto contribuiu para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre na área da pessoa idosa, tendo por base o modelo de intervenção em parceria de Gomes (2016, 2020).

A metodologia de projeto permitiu a articulação e a mobilização de saberes teóricos facilitando a mudança da prática de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica. A dinamização do um projeto de intervenção de enfermagem, para o conhecimento das expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem para a promoção do Cuidado-de-Si, contribuiu para a aquisição de competências enfermeira especialista e mestre na área da pessoa idosa

Considera-se assim, que os objetivos definidos foram alcançados na medida em que foram desenvolvidas competências de enfermeira especialista e mestre nos domínios da responsabilidade profissional, ético, legal, da melhoria da qualidade, na gestão dos cuidados e de desenvolvimento de aprendizagens profissionais, para cuidar de pessoas idosas.

Este relatório constitui o final de uma etapa académica, contudo, será o ponto de partida para incorporarmos na nossa prática clínica as expetativas da pessoa idosa com dor crónica e na realização de futuros estudos de investigação, nomeadamente na compreensão do papel das expetativas no cumprimento do plano terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACSS. Administração Central do Sistema de Saúde (2017). Bilhete de Identidade dos Indicadores dos Cuidados de Saúde Primários para o ano de 2017.
- American Psychological Association (2012). Manual de publicação APA. (6ª ed.). Porto Alegre: Penso Editora.
- Amaro, J. (Coord.). (2014). Manual de investigação qualitativa em educação. (2ª ed.). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Antunes, F., Pereira, R. M., Afonso, V., Tinoco, R. (2019). Prevalence and characteristics of chronic pain in patients attending primary care units in continental Portugal: an observational study. EFIC 2019. Acedido em 25-07-2021. Disponível em:
<https://www.morressier.com/article/prevalence-characteristics-chronic-pain-patients-attending-primary-care-units-continental-portugal-observational-study/5d402f9f8f2158d25ec12484>
- APED (s/d). Portal da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. Retrieved from <https://www.aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/definicoes>
- Arnstein, P. & Herr, K. (2015). Persistent Pain Management in Older Adults. College of Nursing Barbara and Richard Csomay Center for Gerontological Excellence. Acedido em 27-07-21. Disponível em:
https://geriatricpain.org/sites/geriatricpain.org/files/202103/persistent_pain_guideline_2015_electronic.pdf
- Azevedo, L.F.;Costa-Pereira, A.;Mendonça, L.;Dias, C.C. & Castro-Lopes, J. M. (2012). Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. The Journal of pain, 13 (8), p. 773-783.
- Bardin, L. (2018). Análise de Conteúdo. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70
- Buchanan, J., Dawkins, P., & Lindo, J. L. M. (2015). Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study. International Emergency Nursing, 23, 218–224. [org/10.1016/j.ienj.2015.01.001](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.01.001).

- Calpin, P., Imran, A. & Harmon, D. (2016). A comparison of expectations of physicians and patients with chronic pain for pain clinic visits. *Pain Practice*, 17(3), 305-311.
- Cardoso, A. (2015). *Manual de Tratamento da dor*. Lisboa: Lidel.
- Cheng, S., Chan, K. L., Lam, R. L., Mok, M. T., Chen, P. P., Chow, Y. F., & ... Tam, C. C. (2017). A multicomponent intervention for the management of chronic pain in older adults: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 18(1), 528. Acedido em 16-06.2021. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=21&sid=f0d21b08-a8b84a1bbb2572c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d #AN=29121961&db=mnh>
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar...A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.
- Declaração de Montreal (2010). *Declaration that Access to Pain Management is a Fundamental Human Right*. Acedido em: 16-10-2021. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/advocacy/iasp-statements/access-to-pain-management-declaration-of-montreal/>
- Diniz, L. (2017). Dor Crónica. In: C. Ritto; F. Naves; F. D.Rocha; I. Costa; L. Diniz; M. B. Raposo; P. R. Pina; P. R. Milhomens; P. R. Faustino (Aut.). *Manual de dor Crónica* (pp. 87-100). Lisboa: Jorge Fernandes Lda.
- DGS (2001). *Plano Nacional de luta contra a dor*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido em 25/11/2021. Disponível em https://www.aped.dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Plano_Nacional_de_Luta_Contra_a_Dor.pdf
- DGS (2003). *A Dor como 5º Sinal Vital: Registo Sistemático da Intensidade da dor*. Circular Normativa N°9/DGCG de 14/06/2003. Direcção-Geral da Saúde.
- DGS (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Ministério da Saúde. Lisboa.
- DGS (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor*. Circular Normativa N°:11/DSCS/DPCD de 18/06/08. Direcção-Geral da Saúde. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa nº 015/2010 de 14 de dezembro*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010.aspx>

- DGS (2011). Norma para o Tratamento Farmacológico da Dor Neuropática no Adulto e Idoso nº 043/2011 de 23/12/2011 atualizada em 13/07/2017. Acedido em 20-09-2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0432011-de-23122011.aspx>
- DGS (2014). Portugal a idade maior em números - 2014: A Saúde da População Portuguesa com 65 ou mais anos de idade. Direcção Geral da Saúde Lisboa. Setembro 2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-idade-maior-em-numeros-2014.aspx>
- DGS (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- DGS. (2017b). Tratamento farmacológico da dor neuropática no adulto e idoso. Norma da Direcção-Geral da Saúde nº 043/2011 atualizada a 13/7/2017. Disponível em <https://nocs.pt/dor-neuropatica-adulto-e-idoso/>
- Dicionário Online Português. 2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/>. Acedido em: 21-09-21
- EFIC – European Pain Federation (2016). Pain Proposal. Improving the current and future management of chronic pain. Acedido em: 20-04-2020. Disponível em: https://europeanpainfederation.eu/wp-content/uploads/2016/06/pain_proposal.pdf
- ESEL (2020). Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2019/2020. 11ºCurso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL.
- Fernandes, M. J. V. (2015). Avaliação e gestão da dor na pessoa idosa. Tese de Mestrado. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação – Da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Geurts, J. W., Willems, P. C., Lockwood, C., Kleef, M. V., Kleijnen, J., & Dirksen, C. (2016). Patient expectations for management of chronic non-cancer pain: A Systematic review. Wiley Online Library, pp. 1201-1217. Acedido: 20/08/21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28009082/>
- Ghandehari O, Gallant NL, Hadjistavropoulos T, Williams J, Clark DA. (2020). The Relationship Between the Pain Experience and Emotion Regulation in Older Adults. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*. PMID 32488250 DOI: 10.1093/Pm/Pnaa135

- Goh, M. I., Ang, E. N. K., Chan, Y. H., He, H. G., & Vehvilainen Julkunen, K. (2016). A descriptive quantitative study on multi-ethnic patient satisfaction with nursing care measured by the revised humane caring scale. *Applied Nursing Research*, 31, 126–131. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2016.02.002>
- Gomes, I. D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Novas Edições Académicas, 2016. ISBN-978-3-8417-1500-5.
- Gomes, I. (2019). Promover o Cuidado-de-Si: património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. *Revista Pensar Enfermagem*, publicação. V23(2), 2º semestre, p7-15. Acedido em 03-07-2021. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_2SEM2019_miolo_final-7-16.pdf
- Gomes, I., Mela, M., Guerreiro, D., Lopes, M. P & Gomes, B. (2020). Um roteiro para intervenção de enfermagem em idosos, Pessoas com dor crónica por telefone, consulta. In J. García-Alonso & C. Fonseca (Eds.), *Gerontechnology* (pp. 213-218). Switzerland: Springer
- Gomes, I. (2020). Partnership of Care in the Promotion of the Care-of-the-Self: An Implementation Guide with Elderly People. In *International Workshop on Gerontechnology* (pp. 345-356). Springer, Cham.
- Gomes I. (2021) Parceria do Cuidado na Promoção do Cuidado de Si: Um Guia de Implementação com Pessoas Idosas. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) *Gerontechnology III. IWOG 2020*. Notas de aula sobre bioengenharia. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_32
- Gonçalves, S. P., Marques, C. G., Gonçalves, J. P. (2021). *Manual de Investigação Qualitativa - Conceção, Análise e Aplicações*. Lisboa, Portugal: Pactor.
- Guerreiro, M. D. C. (2016). A promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor irruptiva: Intervenção de enfermagem numa unidade dor. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Hall, T. (2016). Management of persistent pain in older people. *Journal Of Pharmacy Practice & Research*, 46(1), 60-67. Acedido em 16-06-2021. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=26&sid=f0d21b08-a8b8-4a1bbb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=114490249&db=rzh>
- Horgas, A. L., Grall, M. S. & Yoon, S. L. (2016). In M. Boltz, E. Capezuti, T. T. Fulmer, & D. Zwicker. *Evidence-Based Geriatric Nursing Protocols for Best Practice* (5th Ed.) (pp. 263-282). New York: Springer Publishing Company
- IASP (2006). Older people's pain. *Pain Clinical Updates*, 15(3): 1-4. Disponível em <http://www.iasppain.org/PublicationsNews/NewsletterIssue.aspx?ItemNumber=2117>

- IASP (2011). IASP Taxonomy. Acedido a: 20-11-2021. Disponível em:
<http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm-Pain>
- IASP (2017). 2019 Global year against pain in the most vulnerable. Acedido a 30-07-2021. Disponível em: <https://www.aped.dor.org/index.php/sobre-a-dor/global-year-pain>
- INE (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. Acedido em: 27-04-20. Disponível em:
[file:///C:/Users/Helena/Downloads/31ProjPop2018-2080%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Helena/Downloads/31ProjPop2018-2080%20(1).pdf)
- Ingrasciotta, Y., Sultana, J., Giorgianni, F., Menditto, E., Scuteri, A., Tari, M., Tari, D. U., Basile, G., Trifiro, G. (2019). Analgesic drug use in elderly persons: A population-based study in Southern Italy. DOI: [10.1371/JOURNAL.PONE.0222836](https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0222836)
- Irving, G. & Squire, P. (2019). Evaluation of the chronic pain patient. In: J. Ballantyne, S. M. Fishman & J. P. Rathmell (Eds.), *Bonica's management of pain 5th ed.* (pp. 225-242). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Jett (2018). Ebersole and Hess' *Gerontological Nursing & Healthy Aging (5th Ed.)* (pp. 236-248). Missouri, St. Louis: Elsevier.
- Kayser, B. Miotto, C., Molin, V. D., Kummer, J., Klein, S.R. & Wibelinger, L.M. (2014). Influence of chronic pain on functional capacity of the elderly. *Revista Dor*. 15 (1),48-50. Disponível em
http://www.scielo.br/pdf/rdor/v15n1/en_1806-0013-rdor-15-01-0048.pdf
- Kiel, S., Raus, C., Sierocinski, E., Knauth, P., & Chenot, J. F. (2020). Concordance of patient beliefs and expectations regarding the management of low back pain with guideline recommendations – a cross-sectional study in Germany. *BMC Family Practice* 21: 275. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01352-1>
- Kopf, A. (2013). Dor na Velhice e Demência. In A. Kopf & N. B. Patel (Eds). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (pp. 291-298). Seattle: Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP).
- Laferton et al, (2017). Patients' expectations regarding medical treatment: a critical review of concepts and their assessment. *Frontiers in Psychology*, 8(233), 1-12.
- Leite, E. Santos, M. R. (2004) *Nos trilhos da área de projecto*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 2004.
- Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica*. 8. ed. São Paulo: Atlas.
- Martins, M. M. & Travanca, M. G. (2003). A caminho do cuidar em enfermagem ...um outro olhar à pessoa com dor. *Revista Dor*, 11 (4), 23-28.

- Martins, M. & Lopes, M. A. P. (2010). A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica numa unidade dor. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 39-57.
- Martins, M. (2016). Consulta de enfermagem estruturada numa unidade dor: a promoção do cuidado de si à pessoa idosa com dor crónica. Tese de Mestrado. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Matos, M., Bernardes, S. F., & Goubert, L. (2016). The relationship between perceived promotion of autonomy/dependence and pain-related disability in older adults with chronic pain: the mediating role of self-reported physical functioning. *Journal Of Behavioral Medicine*, 39(4), 704-715. Acedido em 16-06-2021. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=23&sid=f0d21b08-a8b8-4a1bbb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWlhvc3QtbGI2ZQ%3d%3d#AN=26922802&db=mnh>
- McLoughlin, M., Imram, A., Hannigan, A. & Harmon, D. (2018). Does age impact on expectations and concerns of patients attending a chronic pain clinic? *Pain Practice*, 18(1), 23-28.
- Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes. (2018). Avaliação Multidimensional do Idoso. Brasil: Secretaria de estado da saúde do Paraná.
- Morgan, D.L. (2019). Basic and advanced focus groups. Los Angeles: SAGE.
- Nost, T. H., Steinsbekk, A., Riseth, L., Bratas, O., & Gronning, K. (2017). Expectations towards participation in easily accessible pain management interventions: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, pp. 1-10. Acedido em: 20/08/21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29126444/>
- Nost, T. H., & Steinsbekk, A. (2019). 'A lifebuoy' and 'a waste of time': patients' varying experiences of multidisciplinary pain centre treatment- a qualitative stude. *BMC Health Services Research*, pp. 1-9. Acedido em: 20/08/21. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/338249717_'A_lifebuoy'_and_'a_waste_of_time'_patients'_varying_experiences_of_multidisciplinary_pain_centre_treatment-_a_qualitative_study.
- Nunes, L., Amaral, M., Gonçalves, R. (Coord.). (2005). Código deontológico dos enfermeiros: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- OE (2008). DOR- Guia Orientador de Boa Pratica. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

- OE (2015). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros
- OE (2019). Regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR, II Serie, nº 26 (06-02-2019) 4744-4750.
- Oliveira, G., Lopes, M. A. P. & Martins, M. (2000). O acompanhamento do doente no período perioperatório pelo familiar ou pessoa significativa. In *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação – Balanço de um projeto*. Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde.
- Olivênciã, S. A., Barbosa, L. G. M., Cunha, M. R., Silva, L. J. (2018). Tratamento farmacológico da dor crônica não oncológica em idosos: Revisão integrativa. *Revista Brasileira Geriatria Gerontológica*, Rio de Janeiro. 21(3): 383-393. Acedido em 27-07-2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbqg/a/z4r4Zq9HMYhSB9BwMmJxsnH/?lang=pt&format=pdf>
- OMS (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Acedido em 20-09-2021 Disponível em: <http://sbqg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>
- OMS (2021). Global Strategic Directions for Nursing and Midwifery (2021-2025). Acedido em 20-09-2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344562/9789240033863-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pátaro, R.F., & Calsa, G.C. (2020). Reflexões sobre a pesquisa com grupos focais nas ciências sociais e humanas: a questão da quantidade de participantes, proveniência e local de organização. *Ciências Sociais Unisinos*. 56 (1), 1-12. Doi: 10.4013/csu.2020.56.1.01
- Park, J., Clement, R., Hooyman, N., Cavalie, K., & Ouslander, J. (2015). Factor structure of the Arthritis-Related Health Belief instrument in ethnically diverse community-dwelling older adults with chronic pain. *Journal Of Community Health*, 40(1), 73-81. Acedido em 16-07-2021. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/command/detail?vid=25&sid=f0d21b08-a8b8-4a1bbb25-72c8487a8b84%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=24907977&db=mnh>

- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare*, 20(1), 1-23. doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>
- PORDATA. (2019). População residente, estimativas a 31 de dezembro: total e por grupo etário. Atualização a 2019-06-14. Disponível em: <https://www.pordata.pt/portugal/popula%c3%a7%c3%a3o+residente++estimativas+a+31+de+dezembro+total+e+por+grupo+et%c3%a1rio7>.
- Portaria nº 207/2017 de 11 de julho (2017). Aprova os Regulamentos e as Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, procede à regulamentação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que passa a integrar o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA SNS), e define os preços e as condições em que se pode efetuar a remuneração da produção adicional. *Diário da República*, I série, Nº 132 (11-07-2017) 3550-3708. Acedido em 10/01/2021. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/207-2017-107669157>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., ... Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161 (9), 1976-1982. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32694387/>
- Ribeiro, A. L. A. (2013). A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem. Tese de doutoramento não publicada. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Ritto, C; Rocha, F. D. (2017). Avaliação da Dor. In: C. Ritto; F. Naves; F. D. Rocha; I. Costa; L. Diniz; M. B. Raposo; P. R. Pina; P. R. Milhomens; P. R. Faustino (Aut.). *Manual de dor Crónica* (pp. 101-123). Lisboa: Jorge Fernandes Lda
- Rodgers, M., Arai, L., Britten, N., Petticrew, M., Popay, J., Roberts, H., et al, (2007). *Narrative synthesis in systematic reviews*. Manchester: ESRC Research Methods Programme
- Rodrigues, C. F. (2019). Competências pedagógicas do formador teoria vs prática. Tese de Mestrado em Educação e Formação. Universidade de Lisboa. Acedido em: 29/03/22. Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/40436/1/ulfpie053469_tm.pdf
- Rother, E.T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paul. Enferm*, 20(2): v. Acedido em: 10/01/22. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307026613004>.
- Ruivo, M.A., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*. (15),1-37.

- Sadosky, A., Parsons, B., Emir, B., Nieshoff, E. C. (2016). Pain relief and functional improvement in patients with neuropathic pain associated with spinal cord injury: an exploratory analysis of pregabalin clinic trials. *Journal of Pain Research*. 9: 405–416. doi: 10.2147/JPR.S97770
- Santos, F. C., Bezerra Thé, K. (2018) Primeiros Passos em Direção à Terapêutica Analgésica em Idosos: Avaliação e Mensuração da Dor. In A. L. F. Bersani; B.F. Barros; N. S. Moraes; F. C. Santos (Ed.), *Terapêutica da Dor no Idoso. Guia prático* (pp. 7-17). Rio de Janeiro: Atheneu.
- Schneider, D.R. & Von Flach, P. M. (2017). Como Construir um Projeto de Intervenção? Aberta portal de formação a distância. Acedido em: 14-03-21. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201903/20190326-122600-001.pdf>.
- Schön, D. A. (1996). A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes. *Savoirs Théoriques et Savoirs D'Action*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed.). Lisboa: LIDEL.
- Sequeira, C. (2018 b). Contextualização do envelhecimento. In C. Sequeira (Coord.), *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 6-17). Lisboa: Lidel.
- Silva, C. A. A., Fixina, E. B. (2018). Meanings of old age and expectations for the future from the perspective of the elderly. *Geriatr Gerontol Aging*.12:8-14. DOI: 10.5327/Z2447-211520181700081
- Silva, K. M., Santos, S.M.A. (2015). A práxis do enfermeiro da estratégia de saúde da família e o cuidado ao idoso. *Florianópolis*, v.24, n.1, p. 105-11.
- Silva, I. S., Veloso, A. L. & Keating, J. B. (2014). Focus group: Considerações teóricas e metodológicas. *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190. Acedido em 03-02-2020. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703/3194>
- Sousa, M. R. M. G. C., Martins, T., Pereira. F. (2015). *O refletir das práticas dos enfermeiros na abordagem à pessoa com doença crónica*. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (6):55.63. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14069>.

- Souza, M.R.; Barcellos, D.K. (2018). Particularidades da terapêutica da dor no envelhecimento. In A. L. F. Bersani; B.F. Barros; N. S. Moraes; F. C. Santos (Ed.), *Terapêutica da Dor no Idoso. Guia prático* (pp. 1-5). Rio de Janeiro: Atheneu.
- SPMS. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). Centro Nacional de TeleSaúde. PENTS – Plano Estratégico Nacional Para a Telessaúde 2019-2022.
- Tavares, P. (2020). Fatores Determinantes na Transição para Cuidados Paliativos: Perspetiva do Perito em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Ciências Sociais e Saúde. Porto, Portugal.
- Treede RD, Rief W, Barke A, Aziz Q, Bennett MI, Benoliel R, et al. (2019). Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). *Pain*. 2019;160(1):19–27.
- Turk, D. C., & Adams, L. M. (2016). Using a biopsychosocial perspective in the treatment of fibromyalgia patients. *Pain*, 6(4), 357-369.
<https://doi:10.2217/pmt-2016-0003>
- Vasconcellos, V., Neiva E.R. (2019). Efeitos de Expectativas de Futuro no Comprometimento Organizacional e Intenção de Desligamento.
<https://doi.org/10.1590/0102.3772e3557>
- Vilelas, J. (2017). *Investigação – O processo de Construção do Conhecimento 2ª Edição*. Lisboa: Edições Sílabo.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Guião do processo de parceria à pessoa idosa com dor crónica

Guião do Processo de Parceria à Pessoa Idosa com Dor Crónica

REVELAR-SE – Fase 1	
<i>“...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projecto e de cuidados.” (Gomes, 2016, p. 231)</i>	
DAR-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA	
A enfermeira cumprimenta a pessoa idosa	
A enfermeira apresenta-se (nome, profissão)	
A enfermeira explica o que vai fazer (objetivo avaliação inicial/continuidade com a consulta médica)	
A enfermeira promove a afetividade (demonstra carinho, simpatia)	
A enfermeira promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e respeito pela pessoa, promove a escuta ativa).	
CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA	
Nome	
Nome pelo qual gosta de ser tratado	
Género	
Idade	
Nacionalidade/naturalidade	
Escolaridade	
Contacto telefónico	
Atividade profissional (atual e anterior)	
Estado civil	
Religião e espiritualidade	

REVELAR-SE – Fase 1	
<i>“...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projecto e de cuidados.” (Gomes, 2016, p. 231)</i>	
CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA	
Agregado familiar (com quem vive)	
Pessoa referência (nome, parentesco, contacto telefónico)	
Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio)	
Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se é próprio ou alugado)	
Situação económica (existem dificuldades, de que tipo)	
Rede de apoio (médico família, apoio social, centro dia, cuidador familiar)	
Atividades lazer/projeto vida (ocupação tempos livres, o que deseja para si)	
Hábitos de vida/comportamentos aditivos	
Experiências anteriores pessoais ou familiares que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual	
CONHECER A HISTÓRIA DA DOENÇA DA PESSOA IDOSA	
Diagnóstico provisório	
Referenciação (Instituição/ Especialidade/ nome do médico)	
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?)	
A pessoa idosa tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?)	
O cuidador familiar tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?)	
O cuidador familiar tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?)	
Antecedentes pessoais médicos/ cirúrgicos	
Alergias	
Medicação habitual no domicílio	
Responsabilidade da gestão terapêutica (quem, em quê, porquê, problemas de adesão)	

REVELAR-SE – Fase 1	
<i>“...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projecto e de cuidados.” (Gomes, 2016, p. 231)</i>	
CONHECER A HISTÓRIA DE DOR DA PESSOA IDOSA	
Localização	
Descritores (dor neuropática e/ ou dor nociceptiva)	
Temporalidade (início, duração padrão)	
Intensidade (Escala de auto ou heteroavaliação)	
Fatores de exacerbação	
Fatores de alívio	
Medicação analgésica	
Duração efeito medicação	

ENVOLVER-SE – Fase 2	
<i>“...caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...” (Gomes, 2016, p. 232)</i>	
CONHECER A SINGULARIDADE PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA PESSOA	
Estado Mental (consciência/orientação, eventual aplicação MEEM)	Pontuação:
Estado funcional (Marcha: escala Holden; atividades básicas vida: escala Barthel; atividades instrumentais vida: Índice de Lawton & Brody)	Pontuação: Pontuação: Pontuação:
Estado afetivo (estado emocional, solidão, isolamento: Escala Depressão Geriátrica abreviada GDS-15)	Pontuação:
Estado nutricional (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, ingestão hídrica, se estão incluídas verduras, fruta; Mini Nutritional Assesment)	Pontuação:
Eliminação (vesical, padrão transitório intestinal, medidas adaptativas)	
Sono (padrão, medidas adaptativas)	
Estado sensorial (visão, audição, tato, alterações, medidas adaptativas, próteses)	

<p>ENVOLVER-SE – Fase 2</p> <p><i>“...caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...”</i></p> <p><i>(Gomes, 2016, p.232)</i></p>	
<p>CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DO CENTRO MULTIDISCIPLINAR DOR E DA PESSOA IDOSA</p>	
A enfermeira realiza a socialização ao centro multidisciplinar dor (equipa, organização, consultas/tratamentos disponíveis)	
A enfermeira informa sobre a consulta telefónica (objetivos, número contato, horário, circuito de resolução)	
A enfermeira fornece o guia de acolhimento	
A enfermeira procura saber quais as expetativas da pessoa idosa na primeira consulta no Centro Multidisciplinar Dor: curar a dor; alívio da dor; conhecer a causa da dor; obter diagnóstico	
A enfermeira enquadra e explicita as expetativas dentro dos limites previsíveis	
A enfermeira mostra-se disponível para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)	
A enfermeira mostra-se disponível para o cuidador familiar (tem tempo para o ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)	
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre autoavaliar a dor (escalas de auto ou heteroavaliação)	
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a gestão do seu regime terapêutico (acessibilidade ao Centro Multidisciplinar Dor, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento, ...)	
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso (sabe a terapêutica de base prescrita)	

ENVOLVER-SE – Fase 2 <i>“...caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...”</i> <i>(Gomes, 2016, p. 232)</i>	
CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DO CENTRO MULTIDISCIPLINAR DOR E DA PESSOA IDOSA (Cont.)	
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre avaliação da dor à pessoa idosa (escalas de auto ou heteroavaliação)	
A enfermeira procura saber quais as expectativas do cuidador familiar sobre a primeira consulta à pessoa idosa no Centro Multidisciplinar Dor	
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa (acessibilidade ao CMD, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento, ...)	
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre o regime medicamentoso e terapêutica de resgate da pessoa idosa	
A enfermeira mostra-se disponível para o cuidador familiar (tem tempo para o ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)	
A enfermeira envolve o cuidador familiar nos cuidados (convida-o, esclarece dúvidas)	

CAPACITAR OU POSSIBILITAR – Fase 3

“...é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...” (Gomes, 2016, p. 233)

PARTILHAR O PODER PARA A CONSTRUÇÃO AÇÃO CONJUNTA**PROMOVER O CUIDADO DE SI**

A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa sobre o regime terapêutico

A enfermeira demonstra/treina a pessoa idosa sobre o regime medicamentoso e terapêutica de resgate

A enfermeira partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação)

A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre os cuidados na prevenção da obstipação com a pessoa idosa

A enfermeira fornece folhetos informativos

A enfermeira incentiva a pessoa idosa na adesão ao regime terapêutico

A enfermeira promove o cuidado de Si, respeita os tempos da pessoa idosa, e atende às suas preferências

A enfermeira articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e seu cuidador familiar

CAPACITAR OU POSSIBILITAR – Fase 3	
<i>“...é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...” (Gomes, 2016, p.233)</i>	
PARTILHAR O PODER PARA A CONSTRUÇÃO AÇÃO CONJUNTA	
PROMOVER O CUIDADO DO OUTRO	
A enfermeira partilha conhecimento com o cuidador familiar sobre o regime terapêutico	
A enfermeira demonstra/ treina o cuidador familiar sobre o regime medicamentoso	
A enfermeira partilha conhecimento com o cuidador familiar sobre a terapêutica de resgate	
A enfermeira demonstra/ treina o cuidador familiar sobre a terapêutica de resgate	
A enfermeira fornece folhetos informativos	
A enfermeira partilha conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação)	
A enfermeira partilha informação e conhecimento sobre os cuidados na prevenção da obstipação na pessoa idosa com o cuidador familiar	
A enfermeira incentiva o cuidador familiar na adesão ao regime terapêutico	

COMPROMETER-SE – Fase 4	
<i>“...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projecto de vida e saúde da pessoa idosa, ...” (Gomes, 2016, p. 236)</i>	
SUPORTAR O COMPROMISSO COM A PESSOA IDOSA	
O ENFERMEIRO PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/ POSSIBILITAR O CUIDADO DE SI	
A enfermeira valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado de Si no controlo da dor crónica	
A enfermeira identifica as expetativas e adapta a pergunta ao nível de compreensão da pessoa idosa	
A enfermeira clarifica com a pessoa idosa as suas expetativas , dentro dos limites previsíveis, estabelecendo compromissos	
A enfermeira valida intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado de Si, integrando as expetativas da pessoa idosa	
A enfermeira ajuda a pessoa idosa a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado de Si no controlo da dor crónica (iniciativa de recorrer ao CMD telefónica ou presencialmente)	
O ENFERMEIRO PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/POSSIBILITAR O CUIDADO DO OUTRO	
A enfermeira valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado do Outro no controlo da dor crónica	
A enfermeira valida intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado do Outro , integrando as expetativas da pessoa idosa	
A enfermeira ajuda o cuidador familiar a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado o Outro no controlo da dor crónica (iniciativa de recorrer ao CMD telefónica ou presencialmente)	

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO – Fase 5	
<i>“... o doente consegue ter controlo sobre o seu projecto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...) a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2016, p. 236)</i>	
ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI	
A pessoa idosa detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado de Si no controlo da dor	
A pessoa idosa sabe autoavaliar a dor (escalas de auto ou heteroavaliação)	
A pessoa idosa sabe gerir o seu regime terapêutico (acessibilidade ao CMD, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento...)	
A pessoa idosa sabe gerir o seu regime medicamentoso (sabe a terapêutica de base e de resgate prescritas)	
A pessoa idosa tem conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vómitos, sonolência, obstipação)	
A pessoa idosa sabe gerir o plano terapêutico, com base em informação esclarecida e partilha dos significados que atribui às expetativas	
A pessoa idosa conhece os recursos disponíveis no CMD (consulta telefónica, presencial)	
A pessoa idosa tem dor controlada	

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO – Fase 5 <i>“... o doente consegue ter controlo sobre o seu projecto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...) a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2016, p. 236)</i>	
ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	
O cuidador familiar detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao cuidado do Outro no controlo da dor	
O cuidador familiar sabe avaliar a dor à pessoa idosa (escalas de auto ou heteroavaliação)	
O cuidador familiar sabe gerir o regime terapêutico da pessoa idosa (acessibilidade ao CMD, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento...)	
O cuidador familiar sabe o regime medicamentoso da pessoa idosa	
O cuidador familiar tem conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica na pessoa idosa, sua vigilância e prevenção (náuseas, vómitos, sonolência, obstipação)	
O cuidador familiar sabe gerir o plano terapêutico, com base em informação esclarecida e partilha dos significados que a pessoa idosa atribui às expetativas	
O cuidador familiar conhece os recursos disponíveis no CMD (consulta telefónica, presencial)	
O cuidador familiar reconhece que a pessoa idosa tem dor controlada	

APÊNDICE II – Instrumentos de avaliação multidimensional
da pessoa idosa

Instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa

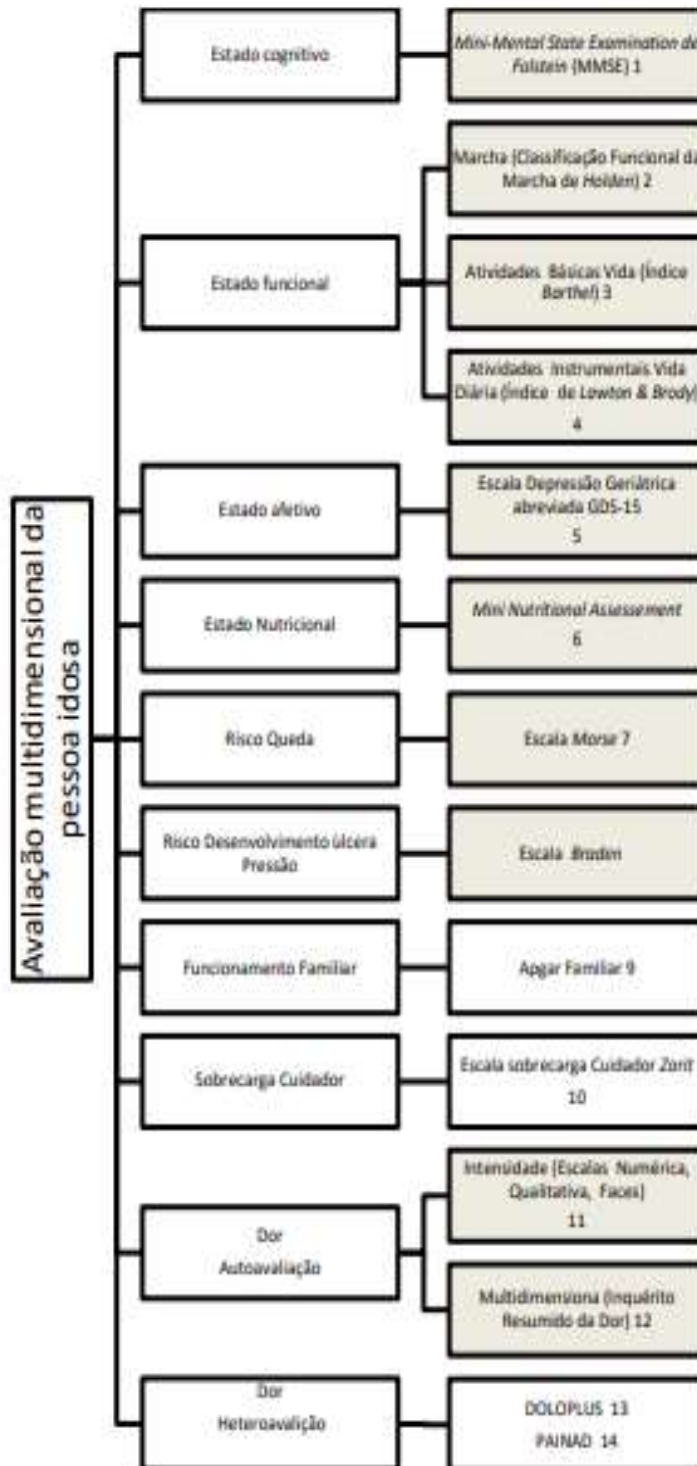
Para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa, no início do nosso estágio sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos sobre os instrumentos disponíveis para a avaliação multidimensional da pessoa idosa. Deparamo-nos com uma diversidade de escalas de avaliação, para cada uma das dimensões da pessoa idosa. Pensamos ser facilitador para a nossa prática de enfermagem proceder à seleção, organização e a compilação das escalas de avaliação, que considerássemos mais pertinentes para a nossa intervenção à pessoa idosa com dor crónica e sua família. Construimos assim, um documento que nos acompanhou durante o estágio e que nos possibilitou ter disponíveis os instrumentos de avaliação que necessitamos no momento da intervenção à pessoa idosa. Criámos um esquema para facilitar a seleção dos instrumentos a utilizar na avaliação multidimensional à pessoa idosa com dor crónica, em que para as diferentes dimensões/estados a avaliar, adaptávamos a escala de avaliação, e respetivas instruções de preenchimento. De acordo com Sequeira (2018), a aplicação dos instrumentos de avaliação presume rigor diagnóstico, e que os mesmos, foram estudados e validados para a população portuguesa. Tendo em conta, esta preocupação de rigor científico necessário no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, selecionámos os instrumentos de avaliação geriátrica disponibilizados pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI, s/d). Nomeadamente, para avaliação dos seguintes estados na pessoa idosa:

- **Cognitivo** através da Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein;
- **Funcional:** Marcha através da Classificação Funcional da Marcha de Holden; Atividades instrumentais de vida diárias, através do Escala de Lawton & Brody;
- **Afetivo** através da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta;
- **Nutricional**, recorrendo a Mini-Nutritional Assessment.

Sentimos necessidade de recorrer a outras fontes para complementar a avaliação multidimensional da pessoa idosa, para além das preconizadas pelo GERMI (s/d), designadamente:

- **Atividades Básicas de vida diárias**, através do Índice de Barthel;
- **Risco de queda**, utilizando a Escala de Morse; • **Risco de desenvolvimento de úlcera de pressão**, recorrendo à Escala de Braden;
- **Sobrecarga do Cuidador**, através da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit;
- **Funcionamento familiar**, através da escala de Apgar Familiar;
- **Dor**, na autoavaliação da dor através das Escalas Numérica. Qualitativa e Faces; para a heteroavaliação para pessoas idosas com problemas cognitivos com a escala DOPLOPLUS ou nas pessoas idosas com demência utilizar a PAINAD.

Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa



1. Mini-Mental State Examination (MMSE)

O Mini- Mental State Examination foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e seus colaboradores, em 1994 (Sequeira, 2010). Desenvolvido por Folstein et al em 1975, estabelece-se como uma medida de avaliação do funcionamento cognitivo. Na prática clínica é utilizado como instrumento de referência em pessoas idosas. É usado para o rastreio de perda cognitiva, mas não para diagnosticar uma demência (Sequeira, 2010).

Este instrumento permite avaliar a orientação (temporal e espacial), retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

Destacamos que avalia oito de onze principais aspetos do estado cognitivo, omitindo a abstração, julgamento e expressão. O tempo de aplicação varia entre os 5-10 minutos.

Cada resposta correta é cotada com um ponto, em que o score total varia entre 0 e 30 pontos, permitindo a avaliação do défice cognitivo em função do grau de escolaridade:

- Analfabetos: inferior ou igual a 15 pontos;
- 1 a 11 anos de escolaridade: inferior ou igual a 22 pontos;
- Escolaridade superior a 11 anos: inferior ou igual a 27 pontos.

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____ Em que país estamos? _____
Em que mês estamos? _____ Em que distrito vive? _____
Em que dia do mês estamos? _____ Em que terra vive? _____
Em que dia da semana estamos? _____ Em que casa estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____ Em que andar estamos? _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA" _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

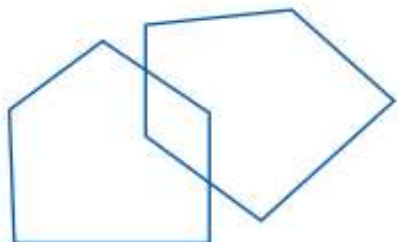
d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação. _____

6. Capacidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação. _____



TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2020. Disponível em:

http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pd

2. Classificação funcional da marcha de Holden (Marcha)

Esta escala que determina o grau de autonomia na marcha de acordo com o tipo de ajuda física ou supervisão necessárias, em função do tipo de superfície (plana, inclinada, escadas).

A informação pode ser obtida através da observação direta da pessoa idosa a caminhar ou do questionário direto à pessoa idosa, familiares ou cuidadores. O tempo de aplicação varia entre os 3-5 minutos.

Classifica-se a pessoa idosa na categoria que mais se aproxima da sua capacidade para a marcha, de acordo com a quadro que de seguida se apresenta.

Categoria	Descrição
0 Marcha ineficaz	O idoso não é capaz de caminhar, caminha apenas em barras paralelas ou requer ajuda física ou supervisão de mais que uma pessoa para andar de forma segura
1 Marcha dependente Nível II	O idoso necessita de grande ajuda de uma pessoa para andar e evitar quedas. Esta ajuda é constante, sendo necessária para suportar o peso do corpo ou para manter o equilíbrio ou a coordenação
2 Marcha dependente Nível I	O idoso requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair na marcha em superfície plana. A ajuda consiste em toques suaves, contínuos ou intermitentes, para ajudar a manter o equilíbrio e a coordenação
3 Marcha dependente com supervisão	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas sem ajuda, mas para a sua segurança requer supervisão de uma pessoa.
4 Marcha independente (superfície plana)	O idoso é capaz de andar de forma independente em superfícies planas, mas requer supervisão ou ajuda física para superar escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos
5 Marcha independente	O idoso é capaz de andar independentemente em superfícies planas, inclinadas ou escadas

Nota: assinalar o tipo de ajuda necessário: 1 bengala ou muleta, 2 bengalas ou muletas, andarilho

Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2020. Disponível em:

http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pd

3. Índice de Barthel (Avaliação atividades básicas de vida)

Este Índice foi desenvolvido por Mahoney e Barthel em 1965, é um instrumento utilizado para avaliar a capacidade funcional para a realização de Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD). Possibilita avaliar o nível de independência dos indivíduos para a realização de dez atividades básicas de vida, nomeadamente: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas.

O Índice de Barthel fornece informação importante, na prática clínica, não só a partir da pontuação total, como também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, permitindo conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e ajudar a promover os cuidados centrados nas necessidades reais da pessoa idosa.

A versão apresentada do Índice de Barthel foi desenvolvida por Wade e Collin, em 1988, tendo sido traduzida e validada para a população portuguesa por Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto (2007).

A pontuação da escala varia entre 0 (totalmente dependente) e 20 (totalmente independente):

- 0-8: Total Dependência
- 9-12: Dependência Grave
- 13-19: Dependência Moderada
- 20: Independência Total

Índice de Barthel (Avaliação atividades básicas de vida)

Nome: _____

	DATA DE AVALIAÇÃO/PONTUAÇÃO			
ÍNDICE DE BARTHEL				
<u>QUANTO À SUA HIGIENE PESSOAL:</u> (1) Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho; (0) Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.				
<u>QUANTO A TOMAR BANHO:</u> (1) Consegue tomar banho sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro; (0) Não consegue tomar banho sozinho.				
<u>QUANTO A VESTIR-SE:</u> (2) Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores); (1) Precisa de ajuda para algumas coisas (como apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar botões); (0) Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.				
<u>QUANTO A ALIMENTAR-SE:</u> (2) Desde que lhe coloquem a comida já preparada/confeccionada, consegue comer sozinho; (1) Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc; (0) Não consegue alimentar-se sozinho.				
<u>QUANTO A LEVANTAR-SE DA CAMA OU DE UMA CADEIRA SOZINHO:</u> (3) Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade; (2) Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física); (1) Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira; (0) Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio.				
<u>QUANTO A SUBIR E DESCER ESCADAS:</u> (2) Consegue subir e descer escadas; (1) Precisa de ajuda para subir e descer escadas; (0) Não consegue subir ou descer escadas.				
<u>QUANTO A ANDAR/MARCHA OU DESLOCAR-SE:</u> (3) Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana,...); (2) Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa; (1) Consegue andar sozinho em cadeira de rodas; (0) Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.				
<u>QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO INTESTINAL:</u> (2) Controla bem esta função; (1) Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes; (0) Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister.				
<u>QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO URINÁRIA:</u> (2) Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos; (1) Perde urina acidentalmente; (0) Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos.				
<u>QUANTO A IR À CASA DE BANHO:</u> (2) não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda); (1) Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho; (0) Não consegue ir à casa de banho sozinho.				
<u>PONTUAÇÃO FINAL</u>				
<u>GRAU DE DEPENDÊNCIA</u>				
<u>ASSINATURA DO ENFERMEIRO</u>				

Total dependência (0-8) Dependência Grave (9-12) Dependência Moderada (13-19) Independência Total (20)

Referência Bibliográfica: Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25 (2), 59-65.

4. Índice de Lawton & Brody (Avaliação atividades instrumentais de vida diária)

O Índice de Lawton & Brody é uma escala utilizada para avaliar a autonomia da pessoa idosa para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, que se designam por Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD): utilização do telefone, realização de compras, preparação de refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização meio de transporte, manuseio da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros.

A informação pode ser obtida através do questionário direto à pessoa idosa, familiares ou cuidadores. O tempo de aplicação é de 5 minutos.

A pessoa idosa é classificada de acordo com o nível de dependência para cada AIVD: dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). Cada AIVD tem diferentes níveis de dependência.

Salienta-se que na avaliação realizada a pessoas idosas do sexo masculino não é considerada as pontuações resultantes das seguintes AIVD: preparação refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

A pontuação final resulta da soma da pontuação das AIVD. Equivale ao número de AIVD em que a pessoa idosa é dependente. A classificação é-nos dada de acordo com o seguinte quadro:

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência grave	1
4-5	Dependência moderada	2-3
6-7	Dependência ligeira	4
8	Independente	5

Fonte: GERMI (s/d)

Índice de Lawton & Brody (Avaliação atividades instrumentais de vida diária)

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

- 1 Utiliza o telefone por iniciativa própria
- 1 É capaz de marcar bem alguns números familiares
- 1 É capaz de pedir para telefonar, mas não é capaz de marcar
- 0 Não é capaz de usar o telefone

2- FAZER COMPRAS

- 1 Realiza todas as compras necessárias independentemente
- 0 Realiza independentemente pequenas compras
- 0 Necessita de ir acompanhado para fazer qualquer compra
- 0 É totalmente incapaz de comprar

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

- 1 Organiza, prepara e serve as refeições sozinho e adequadamente
- 0 Prepara adequadamente as refeições se se fornecem os alimentos
- 0 Prepara, aquece e serve as refeições, mas não segue uma dieta adequada
- 0 Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

- 1 Mantém a casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados)
- 1 Realiza tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama
- 1 Realiza tarefas ligeiras, mas não pode manter um nível adequado de limpeza
- 0 Necessita de ajuda em todas as tarefas domésticas
- 0 Não participa em nenhuma tarefa doméstica

5- M DA ROUPA

- 1 Lava sozinho toda a sua roupa
- 1 Lava sozinho pequenas peças de roupa
- 0 A lavagem da roupa tem de ser feita por terceiros

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- 1 Viaja sozinho em transporte público ou conduz o seu próprio carro
- 1 É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro transporte
- 1 Viaja em transportes públicos quando vai acompanhado
- 0 Só utiliza o táxi ou o automóvel com ajuda de terceiros
- 0 Não viaja

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

- 1 É capaz de tomar a medicação à hora e dose correctas
- 0 Toma a medicação se a dose é preparada previamente
- 0 Não é capaz de administrar a sua medicação

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

- 1 Encarrega-se de assuntos financeiros sozinho
- 1 Realiza as compras diárias, mas necessita de ajuda em grandes compras e no banco
- 0 Incapaz de manusear o dinheiro

Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2020. Disponível em:
http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

5. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

Esta escala tem por objetivo o rastreio da depressão, e avaliar as dimensões cognitivas e comportamentais geralmente afetados na depressão da pessoa idosa.

A informação é obtida por questionário direto à pessoa idosa.

Este instrumento tem 15 perguntas com resposta de Sim ou Não, em que as respostas sugestivas de depressão correspondem a um ponto. Tem como tempo de previsto de aplicação seis minutos.

A pontuação final resulta da soma das pontuações das 15 perguntas, e enquadra-se numa das três categorias, apresentadas no quadro que se segue:

	Pontos
Sem depressão	0-5
Depressão ligeira	6-10
Depressão grave	11-15

Fonte: GERMI (s/d)

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

		Sim	Não
1	Está satisfeito com a sua vida?	0	1
2	Abandonou muitos dos seus interesses e actividades?	1	0
3	Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4	Sente-se frequentemente aborrecido?	1	0
5	Na maior parte do tempo está de bom humor?	0	1
6	Tem medo de que algo de mal lhe aconteça?	1	0
7	Sente-se feliz na maior parte do tempo?	0	1
8	Sente-se frequentemente abandonado / desamparado?	1	0
9	Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas?	1	0
10	Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade?	1	0
11	Actualmente, acha que é maravilhoso estar vivo?	0	1
12	Sente-se inútil?	1	0
13	Sente-se cheio de energia?	0	1
14	Sente-se sem esperança?	1	0
15	Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.?	1	0

Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2020. Disponível em:

http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

6. Escala para avaliação do estado nutricional – Mini Nutritional Assessment

Este instrumento possibilita a detecção da presença ou o risco de malnutrição na pessoa idosa, sem recurso a parâmetros analíticos.

A informação é obtida através do questionário direto à pessoa idosa ou a familiares/cuidadores (excluindo as questões sobre a auto percepção).

A primeira parte (Triagem) é constituída por 6 questões. Destacamos que caso não seja possível determinar o índice da massa corporal (por exemplo, em pessoas idosas acamadas) pode-se em alternativa usar o perímetro da perna (PP):



- se $PP < 31$ cm corresponde a 0 pontos;
- se $PP \geq 31$ cm corresponde a 3 pontos.

Se a pontuação da triagem for sugestiva da presença ou risco de malnutrição realiza-se a segunda parte do questionário (Avaliação Global), onde se aprofunda a avaliação através de 12 questões adicionais. O tempo de aplicação da escala varia de 5 minutos para a triagem e de 10 minutos para a avaliação global.

É atribuída uma pontuação a cada questão, cuja soma permite identificar 3 categorias:

- estado nutricional normal,
- sob risco de malnutrição,
- malnutrição.

Escala para avaliação do estado nutricional – Mini Nutritional Assessment

Apelido: _____ Nome: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Peso, kg: _____ Altura, cm: _____ Data: _____

Responda à secção "triagem", preenchendo as caixas com os números adequados. Some os números da secção "triagem". Se a pontuação obtida for igual ou menor que 11, continue o preenchimento do questionário para obter a pontuação indicadora de desnutrição.

Triagem	
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>
F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura [m²]) 0 = IMC < 19 1 = 19 ≤ IMC < 21 2 = 21 ≤ IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	<input type="checkbox"/>
Pontuação da Triagem (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação global	
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>
Referências 1. Velaz B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. <i>J Nutr Health Aging</i> 2006; 10 :456-465. 2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Velaz B. Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). <i>J Geront</i> 2001; 56A : M398-377. 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? <i>J Nutr Health Aging</i> 2006; 10 :466-487. © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners © Nestlé, 1994, Revision 2009, N67200 1 299 10M Para maiores informações: www.mna-elderly.com	
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? • carne, peixe ou aves todos os dias? 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 ≤ PB ≤ 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31	<input type="checkbox"/>
Avaliação global (máximo 16 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Avaliação do Estado Nutricional de 24 a 30 pontos <input type="checkbox"/> estado nutricional normal de 17 a 23,5 pontos <input type="checkbox"/> sob risco de desnutrição menos de 17 pontos <input type="checkbox"/> desnutrido	

Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2020. Disponível em:

http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

7. Escala para avaliação risco de queda – Escala Morse

A escala de Morse é um instrumento para a avaliação do risco de queda. Contempla seis parâmetros: história de quedas nos últimos três meses, existência de diagnóstico secundário, necessidade de ajuda na mobilização, terapêutica endovenosa, características da marcha e estado mental.

A avaliação do risco de queda é realizada nas primeiras 24 horas, no momento do internamento. A reavaliação do risco é efetuada com uma periodicidade máxima de 7 em 7 dias ou sempre que a situação clínica da pessoa idosa o justifique (por exemplo a ocorrência de uma queda) e no momento da alta.

A pontuação mínima é de 0 pontos e a máxima de 125 pontos. A soma dos vários parâmetros define o nível de risco de queda da pessoa, de acordo com a seguinte escala:

- 0 a 24 – Baixo Risco
- 25 a 50 – Médio Risco
- Superior ou igual a 51 – Elevado Risco

Escala para avaliação risco de queda –Escala Morse

Parâmetros		Capítulos	Data Avaliação				
1. História de Quedas (últimos 3 meses)	Não	0					
	Sim	25					
2. Diagnóstico Secundário	Não	0					
	Sim	15					
3. Ajuda na mobilização	Nenhuma Acamado Repouso no leito	0					
	Bengala Andarilho Canadiana	15					
4. Terapêutica Endovenosa	Não	0					
	Sim	20					
5. Marcha	Normal Acamado Cadeira de Rodas	0					
	Lenta	10					
	Alterada Cambaleante	20					
6. Estado Mental	Orientado	0					
	Desorientado Confuso	15					
	Pontuação						
	Assinatura						

Referência bibliográfica:

Costa-Dias, M. J. M. & Ferreira, P. L. (2014). Fall risk assessment tools. Revista de Enfermagem Referência, Série IV (2), 153-161. Acedido a 3-10-2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12145>

8. Escala para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

Escala de Braden

Esta escala tem como objetivo avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Está recomendada a sua utilização numa orientação da DGS (2011).

Esta ferramenta contempla seis dimensões: perceção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, fricção e forças de deslizamento.

A pontuação total varia entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), sendo que quanto maior for a pontuação, menor é o risco e vice-versa.

O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão varia de acordo com a seguinte escala:

- Superior ou igual a 17 – Baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão;
- Inferior ou igual a 16 – Alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

A escala deve ser aplicada no momento da admissão do doente aos cuidados, em meio hospitalar ou em meio domiciliário, e a reavaliação obedecer às orientações indicadas:

Períodos recomendados de reavaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, com a utilização da Escala de Braden (versão adulto) e Braden Q (versão pediátrica)

Internamentos Hospitalares	Serviços de Urgência e Unidades de Cuidados Intensivos	Unidades de Cuidados Contínuos e Paliativos	Cuidados Domiciliários	Doentes que não permaneçam mais de 48 no serviço
48/48 Horas	24/24 Horas	48/48 Horas	Semanalmente	Apenas se existir alguma intercorrência

Fonte: DGS (2011)

Escala para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____	Nome do avaliador: _____	Data da avaliação: _____		
Serviço: _____	Cama: _____	Idade: _____		
Percepção sensorial Capacidade de reação significativa ao desconforto	<p>1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação.</p> <p>OU</p> <p>capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p>2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação.</p> <p>OU</p> <p>tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p>3. ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição.</p> <p>OU</p> <p>tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta difíceis sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	<p>1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudoreses, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou lavado.</p>	<p>2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p>3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma mudança adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p>4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>
Actividade Nível de actividade física	<p>1. Acamado: O doente está confinado à cama.</p>	<p>2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p>3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas com distinção, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos tempos deitado ou sentado.</p>	<p>4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<p>1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p>2. Muito limitado: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p>3. ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p>4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>
Nutrição Alimentação habitual	<p>1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactónicos). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido.</p> <p>OU</p> <p>está em jejum e/ou a dieta líquida ou a sonda durante mais de cinco dias.</p>	<p>2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactónicos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético.</p> <p>OU</p> <p>recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.</p>	<p>3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactónicos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido.</p> <p>OU</p> <p>é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.</p>	<p>4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactónicos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>
Fricção e forças de deslize	<p>1. Problema: Requer uma ajuda moderada a mínima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Desliza frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda mínima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p>2. Problema potencial: Movimentar-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É possível que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente desliza.</p>	<p>3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total
<small>© Copyright Bethann Braden and Nancy Bergstrom, 1990. Versão Portuguesa 2011. Carlos Marques, Cristina Miguéns, Pedro Ferreira, João Gomes, Tânia Parada Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CESUC)</small>				

Referência bibliográfica: DGS (2011). Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q).

Orientação nº 017/2011 de 19/05/2011. Direção Geral da Saúde.

9. Escala para avaliação do funcionamento familiar- Apgar Familiar

A escala de Apgar Familiar baseada em Smilkstein permite a avaliação do funcionamento da família através da satisfação expressa pelos seus membros. Foi traduzida e validada para português por Agostinho & Rebelo (1988).

Precisam de ser comparados diferentes scores para se avaliar o estado funcional da família.

Deverão ser atribuídos no seu preenchimento 2 pontos para “Quase sempre”, 1 ponto para “Às vezes”, e 0 pontos para “Raramente”. Os pontos para cada uma das cinco questões são totalizados e sugerem que:

- família altamente funcional: entre 7 a 10;
- família moderadamente disfuncional: entre 4 a 6;
- família severamente disfuncional; entre 0 a 3.

Escala para avaliação do funcionamento familiar- Apgar Familiar

	Quase Sempre	Às vezes	Raramente
Estou satisfeito com a atenção que recebi da minha família quando algo me está a incomodar.			
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família discute as questões de interesse comum e compartilha comigo a resolução de problemas.			
Sinto que a minha família aceita os meus desejos de iniciar novas atividades ou de realizar mudanças em meu estilo de vida.			
Estou satisfeito com a maneira com que a minha família expressa afeição e reage em relação aos meus sentimentos de raiva, tristeza e amor.			
Estou satisfeito com a maneira com que eu e a minha família passamos o tempo juntos.			

Referência bibliográfica:

Agostinho, M., Rebelo, L. (1988). Família: do conceito aos meios de comunicação. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 5 (32), 18-21.

10. Escala para avaliação Sobrecarga do Cuidador – Escala de Zarit

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit é uma ferramenta para a avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva de cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, devido a doença crónica e principalmente devido a demência.

Sequeira (2007), traduzi-o, validou e adaptou para a população portuguesa.

Este instrumento permite a avaliação de informações sobre: saúde, vida pessoal e social, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. Possibilita a avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva de cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, devido a doença crónica e principalmente devido a demência (Sequeira, 2007, 2010).

É constituída por 22 questões. Cada item é pontuado qualitativamente/quantitativamente, obtendo-se no final uma pontuação global que varia entre 22 e 110:

- Nunca = (1)
- Quase nunca = (2)
- Às vezes = (3)
- Muitas vezes = (4)
- Quase sempre = (5)

Uma maior pontuação corresponde a uma determinada perceção de sobrecarga:

- Inferior a 46 – Sem Sobrecarga
- 46 – 56 – Sobrecarga Ligeira
- 56 – Sobrecarga Intensa

Referências bibliográficas:

- Sequeira C. (2007). O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família. Tese de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. Revista Referência, 12 (2), 9-16.

Escala para avaliação Sobrecarga do Cuidador – Escala de Zarit

	Item	Nunca	Quase nunca	As vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

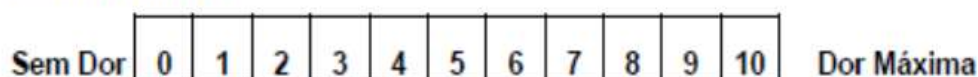
11. Dor – Escalas de autoavaliação intensidade da dor

A DGS (2003) reconhece a importância da avaliação da dor, equiparando-a ao 5º sinal vital. Assume que a avaliação da intensidade da dor deve ser realizada regularmente, recorrendo sempre que for possível à avaliação pela própria pessoa.

Apresenta também alguns instrumentos para a avaliação da dor. Nomeadamente a:

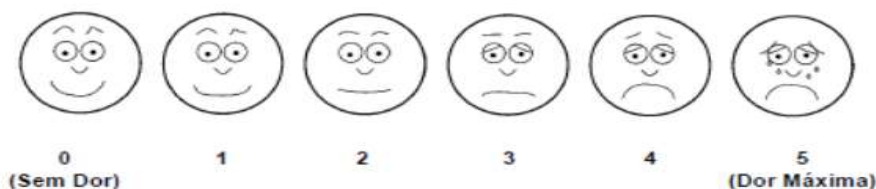
Escala Numérica: A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas de 0 a 10. Solicita-se à pessoa idosa que classifique a sua dor, sendo que “0” é estar sem dor, e “10” a dor máxima.

Escala Numérica



Escala de Faces: Na Escala de Faces solicita-se à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a expressão representada em cada face desenhada. A face com a expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

Escala de Faces



Escala Qualitativa: Apresenta diferentes adjetivos para caracterizar a intensidade da dor, a pessoa escolhe aquele que melhor classifica a sua dor.

Escala Qualitativa

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

Referência bibliográfica:

DGS (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de junho 2003. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

7 Que tratamentos ou medicamentos está a fazer para a sua dor?

8 Na última semana, até que ponto é que os tratamentos e os medicamentos aliviaram a sua dor? Por favor, assinale com um círculo a percentagem que melhor demonstra o **alívio** que sentiu.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%
Nenhum Alívio
alívio completo

9 Assinale com um círculo o número que descreve em que medida é que, durante a última semana, a sua dor interferiu com a sua/seu:

A Actividade geral

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

B Disposição

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

C Capacidade para andar a pé

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

D Trabalho normal (inclui tanto o trabalho doméstico como o trabalho fora de casa)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

E Relações com outras pessoas

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

F Sono

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

G Prazer de viver

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Não Interferiu
interferiu completamente

Versão portuguesa do *Brief Pain Inventory (Short Form)*. Tradução, adaptação cultural e validação da responsabilidade da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, com a autorização do autor Charles Cleeland, PhD.

Referência Bibliográfica:

Azevedo et al (2007). Tradução, Adaptação Cultural e Estudo Multicêntrico de Validação de Instrumentos para Rastreamento e Avaliação do Impacto da Dor Crónica. *Dor*, 15, 6-56.

13. Avaliação da Dor – Escalas de heteroavaliação DOLOPLUS 2

As escalas de heteroavaliação são utilizadas quando a pessoa idosa apresenta problemas cognitivos que impedem a verbalização e a autoavaliação da dor.

As escalas de heteroavaliação são utilizadas quando a pessoa idosa apresenta problemas cognitivos que impedem a verbalização e a autoavaliação da dor.

ESCALA DOLOPLUS					
AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAL DA DOR NA PESSOA IDOSA					
APELIDO _____ NOME PRÓPRIO _____		DATAS			
SERVIÇO _____		Observação comportamental			
REPERCUSSÃO SOMÁTICA					
1. Queixas somáticas	: ausência de queixas	0	0	0	0
	: queixas apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	: queixas espontâneas ocasionais	2	2	2	2
	: queixas espontâneas contínuas	3	3	3	3
2. Posições antálgicas em repouso	: ausência de posição antálgica	0	0	0	0
	: o indivíduo evita certas posições de forma ocasional	1	1	1	1
	: posição antálgica permanente e eficaz	2	2	2	2
	: posição antálgica permanente e ineficaz	3	3	3	3
3. Protecção de zonas dolorosas	: ausência de protecção	0	0	0	0
	: protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados	1	1	1	1
	: protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados	2	2	2	2
	: protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação	3	3	3	3
4. Expressão facial	: mímica habitual	0	0	0	0
	: mímica que pareça exprimir dor quando há solicitação	1	1	1	1
	: mímica que pareça exprimir dor na ausência de qualquer solicitação	2	2	2	2
	: mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)	3	3	3	3
5. Sono	: sono habitual	0	0	0	0
	: dificuldade em adormecer	1	1	1	1
	: despertar frequente (agitação motora)	2	2	2	2
	: insónia com repercussão nas fases de despertar	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA					
6. Higiene e/ou vestir	: capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	: capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)	1	1	1	1
	: capacidades habituais muito diminuídas; higiene e/ou vestir difíceis e parciais	2	2	2	2
	: higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa	3	3	3	3
7. Movimento	: capacidades habituais conservadas	0	0	0	0
	: capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)	1	1	1	1
	: capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)	2	2	2	2
	: movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição	3	3	3	3
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL					
8. Comunicação	: sem alteração	0	0	0	0
	: intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)	1	1	1	1
	: diminuída (o indivíduo isola-se)	2	2	2	2
	: ausência ou recusa de qualquer comunicação	3	3	3	3
9. Víde social	: participação habitual nas diferentes actividades (refeições, actividades recreativas, ateliers terapêuticos...)	0	0	0	0
	: participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação	1	1	1	1
	: recusa parcial de participação nas diferentes actividades	2	2	2	2
	: recusa de qualquer tipo de víde social	3	3	3	3
10. Alterações do comportamento	: comportamento habitual	0	0	0	0
	: alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas	1	1	1	1
	: alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes	2	2	2	2
	: alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)	3	3	3	3
COPYRIGHT Faculdade de Medicina de Lisboa, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos - Fevereiro 2006 - Hírcia da Guarda		PONTUAÇÃO			

14. Avaliação da Dor – Escalas de heteroavaliação PAINAD

A escala PAINAD é uma ferramenta de avaliação da intensidade da dor por outros que não a pessoa idosa. Está indicado para ser utilizado em pessoas idosas ou pessoas com alterações cognitivas ou demência.

Categoria	Item	Pontuação
Respiração independente da vocalização	Normal.	0
	Respiração ocasionalmente difícil. Curto período de hiperventilação.	1
	Respiração difícil e ruidosa. Período longo de hiperventilação. Respiração Cheyne-Stok.	2
Vocalização negativa	Nenhuma.	0
	Queixume ou gemido ocasional. Tom de voz baixo com discurso negativo ou de desaprovação.	1
	Chamamento perturbado repetitivo. Queixume ou gemido alto. Choro.	2
Expressão facial	Sorridente ou inespressiva.	0
	Triste. Amedrontada. Sobrancelhas franzidas.	1
	Esgar facial.	2
Linguagem corporal	Relaxada.	0
	Tensa. Andar para cá e para lá de forma angustiada. Irrequieta.	1
	Rígida. Punhos cerrados. Joelhos fletidos. Resistência à aproximação ou ao cuidado. Agressiva.	2
Consolabilidade	Sem necessidade de consolo.	0
	Distraído ou tranquilizado pela voz ou toque.	1
	Impossível de consolar, distrair ou tranquilizar.	2

Referência Bibliográfica:

- Batalha, L. M. C., Duarte, C. I. A., Rosário, R. A. F., Costa, M. F. S. P., Pereira, V. J. R. & Morgado, T. M. M. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista Referência*, III série, 8. 7-16.
- DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa nº 015/2010 de 14 de dezembro.
- Guarda, H. (2007). Avaliação da dor na pessoa idosa não-comunicante verbalmente – Escala Doloplus 2. *Revista Dor*, 15, 41-47.

APÊNDICE III – Estudo de Caso

ESTUDO DE CASO

Enfermeiras Orientadoras da prática clínica: *Elisabete Leitão (USF) e Maria Dulce Guerreiro (CMD)*

Docente Orientadora: *Idalina Gomes*

dezembro de 2020 a abril de 2021

No decurso dos estágios realizados numa USF e num CMD, elaborei um estudo de caso com o objetivo de promover a aprendizagem e o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, que possibilite cuidar das pessoas idosas e sua família em situação de doença crónica e crónica agudizada, quer em contexto intra e extra-hospitalar (ESEL, 2020), através de uma análise crítico-reflexiva.

Na construção deste estudo de caso e na orientação da intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica durante o meu percurso académico, estabeleci como referencial teórico o Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013, 2016, 2019, 2021). Pretendia desta forma aprofundar e cimentar os elementos inerentes ao processo de parceria, ao longo das suas 5 fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro, na pessoa idosa com dor crónica.

O guião do processo de parceria à pessoa idosa com dor crónica, que elaborei anteriormente, foi o instrumento orientador nas intervenções de enfermagem.

REVELAR-SE

A primeira fase no processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica é designada por revelar-se e caracteriza-se “... *pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projecto e de cuidados.*” (Gomes, 2016, p. 231).

O enfermeiro mobiliza as competências comunicacionais para dar-se a conhecer e conhecer a pessoa idosa, a sua identidade, o seu contexto de vida e história de doença e de dor para identificar as expectativas da pessoa idosa com dor crónica, na primeira consulta de enfermagem, assim como conhecer o seu potencial de desenvolvimento no sentido de promover o seu projeto de saúde e vida.

Dar-se a conhecer à Pessoa Idosa

Fui apresentada à Sra. L. e filha, pela enfermeira orientadora de estágio da USF, dizendo o meu nome e profissão e o estágio que estava a realizar. Posteriormente, aquando da escolha do estudo de caso, em conjunto na USF e no CMD, foi explicado à Sra. L. o que pretendia efetuar, quais os objetivos, a garantia do anonimato e da confidencialidade.

Foi combinado o dia e hora com a Sra. L. para a realização da entrevista, depois da sua autorização. No dia da entrevista, que se realizou no CMD foi informada a filha da Sra. L. sobre o processo inerente ao estudo de caso. Durante a entrevista procurei promover um ambiente favorável à interação, respeitei o ritmo da Sra. L., demonstrando disponibilidade através da escuta ativa. Por outro lado, também a Sra. L. e a filha estiveram disponíveis e criaram um ambiente cordial.

Conhecer a Identidade da Pessoa Idosa

A Sra. L. tem 82 anos de idade e gosta de ser tratada por Sra. L. A sua nacionalidade é portuguesa. Tem como escolaridade o 5º ano.

Disponibilizou à equipa de saúde o seu contacto telefónico através do número do telefone fixo, o contacto de telemóvel e o número de telemóvel da filha, para os contactos em caso de necessidade. Está reformada, sendo a sua atividade profissional passada na área administrativa numa empresa privada. A Sra. L é viúva.

Não questioneei sobre a religião, apesar de ser considerado um elemento a ter em conta, pois pode ser uma condição facilitadora ou inibidora no processo de transição na pessoa com dor crónica (Ribeiro, 2013).

Conhecer o Contexto de Vida da Pessoa Idosa

A Sra. L. era independente e autónoma, mas vive atualmente com a filha por agravamento da dor na região lombar que compromete a marcha. A filha é quem prepara as refeições, faz as compras dos bens essenciais e faz a limpeza da casa.

Tem 3 filhos e 5 netos. A filha de 58 anos com quem vive é divorciada, da qual tem 1 neto de 27 anos que reside no estrangeiro. O filho de 57 anos e a nora com quem tem uma boa relação e que lhe dão apoio, vivem relativamente perto e tem 1

neta de 34 anos e 1 neto de 30 anos. Não se relaciona com o filho de 54 anos que vive também no estrangeiro, do qual tem 1 neto de 27 anos e 1 neta de 24 anos.

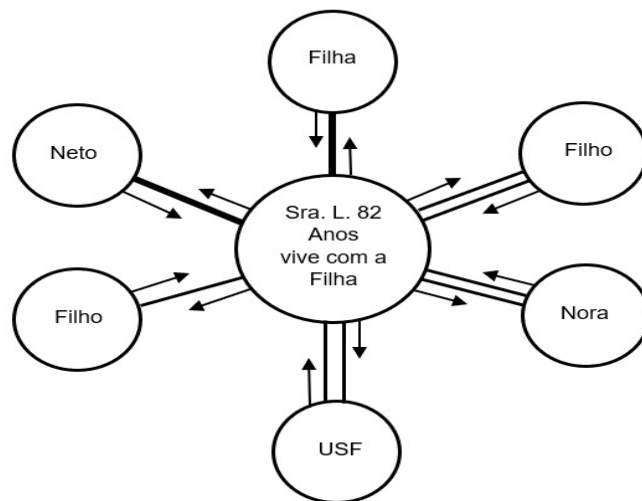
A filha com quem mora é professora e com quem mantém um bom relacionamento, assim como com o neto, que visita a mãe e a avó com regularidade. Moram em casa própria com r/c e 1º andar com escadas. A casa tem conforto térmico, ventilação e iluminação adequados. Tem boas condições de limpeza e de arrumação, livre de obstáculos para a deambulação.

Como ocupação de tempos livres a Sra. L. diz que gosta de pintar, fazer crochet e ler. Dava aulas de labores num centro de dia, mas teve de suspender esta atividade devido à pandemia covid-19.

Passa a maior parte do tempo sentada na sala, porque neste momento não pode sair de casa em parte devido à pandemia covid-19, mas também pela dor lombar que lhe dificulta a marcha sem apoio. Verbaliza alguma tristeza porque gostava muito de andar. Relativamente à situação económica, usufrui da sua reforma.

O Ecomapa identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita (Agostinho, 2007). O Genograma exibe a representação gráfica da família, assim como da dinâmica familiar de acordo com a informação fornecida pela Sra. L. (Costa, 2013).

Ecomapa



Legenda:			
	Relação muito forte		Relação Distante
	Relação Próxima		Fluxo de energia

A Sra. L. era autónoma e independente nas atividades de vida diária (AVD), mas neste momento a dor compromete a sua autonomia e qualidade de vida.

Desconhece alergias e nega hábitos aditivos. Tem como antecedentes pessoais:

- HTA
- Dislipidémia
- Asma

A Sra. L. foi submetida a Facoemulsificação com colocação de lente intraocular do olho esquerdo e do olho direito (cirurgia de catarata) em 2019, sem complicações pós-operatórias, por catarata senil.

Segundo Moraes (2012), as doenças ou condições de saúde podem comprometer os sistemas funcionais, causando incapacidades e até o óbito. Devem por esse motivo, ser devidamente identificadas e controladas. A Sra. L. faz diariamente mais de 5 medicamentos para controlo dos seus problemas de saúde, contribuindo como fator de risco para iatrogenia (Silveira, 2014). No Quadro 1 apresenta-se o seu regime medicamentoso.

Quadro 1- Regime Medicamentoso da Sra. L

Medicamento	Grupo	Via Ad.	Dose	Horário
Valsartan+ Hidroclorotiazida	Anti hipertensor	Oral	160 mg+25 mg	1 comprimido em jejum
Amilodipina	Antagonista de cálcio	Oral	5 mg	1 comprimido ao jantar
Esomeprazol	Inibidor da bomba de prótons	Oral	20 mg	1 comprimido em jejum
Sinvastatina	Estatinas	Oral	40 mg	1 comprimido à noite
Cloreto de Tróspio	Antiespasmódico	Oral	20 mg	1 comprimido em jejum
Escitalopram	Antidepressivo	Oral	10 mg	1 comprimido ao P. almoço
Duloxetina	Antidepressivo	Oral	60 mg	1 comprimido ao almoço
Rupatidina	Anti-histamínico	Oral	10 mg	1 comprimido ao jantar
Metamizol	Analgésico, antipirético e espasmolítico	Oral	575 mg	1 cápsula ao P. almoço ao almoço e ao jantar
Pregabalina	Anticonvulsivante e antiepilético	Oral	50 mg	1 comprimido ao P. almoço
Pregabalina	Anticonvulsivante e antiepilético	Oral	100 mg	1 comprimido ao jantar
Tapentadol	Opióide	Oral	150 mg	1 comprimido ao P. almoço

Tapentadol	Opióide	Oral	100 mg	1 comprimido ao almoço e ao jantar
Paracetamol	Analgésico, antipirético	Oral	1000 mg	Terapêutica de Resgate: 1 comprimido até 3x/dia

A Sra. L. está polimedicada (toma 12 fármacos em simultâneo) de acordo com o conceito¹ de Henriques (2011, 2013). Segundo esta autora a polimedicação⁵ é um fator preditor de efeitos adversos na saúde e para que a pessoa idosa possa gerir de forma eficaz o seu regime medicamentoso, e assim aumentar a sua adesão terapêutica, tem de saber identificar e enumerar o nome dos medicamentos, conhecer a aparência do medicamento, as ações terapêuticas e seus efeitos secundários, armazenar corretamente os medicamentos e saber administrá-los adequadamente (Henriques, 2011).

A Sra. L. é autónoma na gestão da medicação, mas precisa do apoio da filha para a aquisição dos medicamentos na farmácia.

Geralmente não deixa terminar os medicamentos, tendo sempre embalagens de reserva em casa.

Como rede de apoio, a Sra. L. é seguida na USF da sua área de residência pela médica de família, com a qual parece ter estabelecido uma relação de confiança. Tem também consultas regulares de psicologia clínica (3/3 meses), refere que a ajuda “falar”.

Conhecer a história de dor da pessoa idosa

A Sra. L. refere dor constante na região lombar que se estende à região posterior do membro inferior esquerdo até ao pé, que descreve como “cão a morder” na região lombar e tipo “facada”, no membro inferior esquerdo e “dormência” no pé que é um descritivo de dor neuropática. Refere que a dor agrava no período da manhã, com a mobilização e a marcha, e identifica como fator de alívio o repouso (decúbito ou posição de sentada) e a terapêutica.

A intensidade da dor é de 5-6 na Escala Numérica (EN) no momento e de EN= 7 quando existe agravamento. Refere que faz como terapêutica de resgate

⁵ Polimedicação define-se como o consumo de quatro ou mais medicamentos simultaneamente. Henriques (2011, p.14) afirma que esta definição é “puramente numérica que não tem em conta a adequação da prescrição e a complexidade do regime medicamentoso”.

Paracetamol 1 gr PO quando a dor está mais intensa, em média 1 vez/dia, com alívio significativo. A dor não interfere com o sono, nem com o prazer de viver.

Em relação às expectativas na primeira consulta no CMD refere que espera um alívio da dor em 50%.

ENVOLVER-SE

A segunda fase do processo de Parceria **Envolver-se** caracteriza-se “...*pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...*” (Gomes, 2016, p. 232).

A enfermeira procura identificar o que há de mais particular na pessoa idosa, para mobilizar esses dados na ação e relação, mostrando uma atitude de disponibilidade centrada na pessoa, de respeito pela pessoa e pela sua intimidade.

Este cuidado e envolvimento vão contribuir para identificar as necessidades e potencialidades da pessoa idosa, mobilizando estes conhecimentos para o cuidado de Si.

Conhecer a singularidade do processo de envelhecimento na pessoa

O processo natural de envelhecimento está associado a diversas alterações estruturais e funcionais nos sistemas fisiológicos principais, no entanto esse declínio afeta as funções não essenciais e não interfere, normalmente, na participação social da pessoa idosa.

A avaliação multidimensional é um processo global que envolve a pessoa idosa e sua família e possibilita a identificação de problemas, que seriam atribuídos ao processo de envelhecimento e que não seriam avaliados corretamente (Moraes, 2012).

Durante a entrevista com a Sra. L. procurei manter um tom de voz calmo e adequado, mantendo o contato visual e promovendo a escuta ativa.

A avaliação multidimensional foi realizada com a informação necessária para a tomada de decisões clínicas adequadas às necessidades de cuidados e elaboração do plano de cuidados.

Foi realizada a avaliação cognitiva da Sra. L. através do Mini Exame do Estado Mental (MEEM). Segundo Moraes (2012), a cognição é um conjunto de capacidades

mentais associadas à capacidade de decisão e que permitem compreender e resolver os problemas do quotidiano. A Sra. L. está consciente e orientada, com discurso coerente, adequado e perceptível. O score obtido no MEEM foi de 30 pontos, o que significa que não existe défice cognitivo. Só é considerado défice se a pontuação for inferior ou igual a 22 pontos (para quem tem entre 1 a 11 anos de escolaridade). De salientar que a utilidade do teste não está na pontuação obtida, mas sim no grau de dificuldade observado nas respostas.

Aplicada a escala de avaliação da Depressão Geriátrica de Yesavage para o rastreio da depressão. A Sra. L. esteve bem-disposta, evidenciando o lado positivo das situações que experienciou ao longo da sua vida. A pontuação obtida foi de 2 (num total de 15 pontos), considerado sem depressão.

Foi realizada a avaliação funcional da marcha através da Classificação Funcional da Marcha de Holden, que permite avaliar o grau de autonomia na marcha. A Sra. L. necessita de ajuda mínima para subir escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos. Utiliza uma bengala para manter o equilíbrio. O resultado encontra-se na categoria de marcha independente (superfície plana).

A escala de Barthel foi utilizada para avaliar as atividades básicas de vida diária, que são essenciais para o autocuidado e que se referem às tarefas do quotidiano. A Sra. L. teve uma pontuação de 90 pontos (num total de 100 pontos), o que significa que apresenta dependência moderada. O agravamento da dor na região lombar dificulta o subir e descer as escadas e a marcha. É independente nos cuidados de higiene pessoal. Alimenta-se sozinha, mas é a filha quem confeciona as refeições. Tem o apoio da bengala para a marcha, subir e descer as escadas. Tem controlo de esfíncteres, mas perde urina acidentalmente, pelo que usa penso de proteção.

A avaliação funcional das atividades instrumentais de vida diária foi realizada através da Escala de Lawton & Brody. Esta escala permite avaliar a autonomia da pessoa idosa para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente. Este instrumento classifica as pessoas idosas como dependentes ou independentes. A Sra. L. teve uma pontuação de 4 (pontuação máxima de 8 pontos), o que revela uma dependência moderada. Verificaram-se alterações na utilização de meios de transporte, realização de compras e preparação de refeições. A filha da Sra. L. é quem realiza as compras e garante a preparação das refeições. As deslocações são asseguradas pela filha.

A avaliação do risco de queda foi feita através da Escala de Morse devido às limitações e dependências funcionais. Esta escala consiste na avaliação da probabilidade de um doente cair e tem seis variáveis. A pontuação foi de 25 pontos, o que revela médio risco de queda.

A avaliação do risco de desenvolver úlceras de pressão, foi feita através da Escala de Braden. Esta escala é organizada em 6 dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição e fricção e forças de deslizamento. A Sra. L. teve a pontuação de 23 (num total de 23 pontos), o que indica baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Em termos de medidas antropométricas a Sra. L., tem 1,57 metros de altura e pesa cerca de 74 quilos (referindo ter tido algum aumento de peso desde o início da pandemia covid-19). O valor expresso em índice de massa corporal (IMC) é de 30 Kg/m², estando com excesso de peso (IMC ≥ 27 Kg/m²), segundo Moraes (2008) e é considerada obesidade (IMC ≥ 30 Kg/m²), pela OMS (2000).

No entanto a Sra. L. refere que consome legumes, laticínios, carne ou peixe em quantidade adequada por dia, assim como em relação aos líquidos ingeridos. Não refere dificuldade na mastigação, apresenta prótese dentária total, estando bem adaptada.

Apresenta alterações da visão e por isso utiliza óculos para ver ao longe e para ver ao perto. Não apresenta nem refere alterações na audição.

O quadro seguinte inclui as informações essenciais para uma melhor organização e planeamento de cuidados e representa o diagnóstico funcional da Sra. L.

Quadro 2- Diagnóstico Funcional Global da Sra. L.

Funções		Comprometimento funcional	
		Não	Sim
Comunicação	Visão		Utiliza óculos para ver ao perto e ao longe
	Audição	X	
	Fala/voz	X	
Cognição/ Humor	Cognição	X	
	Humor	X	
Mobilidade	Postura/marcha		Marcha Independente (em superfície plana)
Atividades vida diária	Atividades vida diária		Dependência Moderada (ajuda de bengala para levantar-se/subir e descer escadas, perde urina acidentalmente)
	Atividades instrumentais da vida diária		Dependência Moderada

			(fazer compras, preparar refeições, tarefas domésticas, lavar a roupa e utilização dos meios de transporte)	
Outras funções	Saúde Bucal		Utiliza prótese dentária	
	Estado nutricional		Excesso de peso (obesidade)	
	Continência Esfincteriana	Urinária	X Perda de urina em pequena quantidade	
		Fecal		X
	Risco queda			Médio risco de queda
	Risco de úlcera pressão			Baixo risco de desenvolvimento de úlcera pressão
	Sono		X	
Lazer		X		
Interação social	Suporte familiar		X (Filha, neto, filho e nora)	
	Suporte social		X Centro de Dia	
	Segurança ambiental		X	

Fonte: Moraes (2008)

Segundo Moraes (2012), o termo fragilidade é utilizado para expressar a vulnerabilidade da pessoa idosa a consequências adversas, como institucionalização, dependência ou morte. A principal manifestação de vulnerabilidade da pessoa idosa é o declínio funcional que se reflete no cuidado de si mesmo e de gerir a sua vida. De acordo com a classificação clínico-funcional do idoso de Moraes *et al* (2016), a Sra. L. encontra-se numa situação de Idoso em Risco de Fragilização, que é descrito como

“Independentes para todas as atividades de vida diária, mas apresentam condições preditoras de desfechos adversos representados pelo maior risco de declínio funcional estabelecido, institucionalização ou óbito: presença de marcadores de sarcopenia, comprometimento cognitivo leve ou comorbidades múltiplas (polipatologia, polifarmácia ou internação recente).” (Moraes *et al*, 2016, p. 3).

Conhecimento dos recursos da pessoa idosa

A Sra. L. reconhece que a filha é um grande suporte para as suas necessidades, com a qual tem uma boa relação. Refere que tanto esta filha, como o filho e a nora têm sido o seu suporte emocional.

Em relação às expectativas de alívio da dor na primeira consulta no CMD que eram de 50%, na consulta de reavaliação após ter sido submetida a um bloqueio

epidural caudal refere alívio da dor, passando de uma intensidade de EN= 7 para EN= 3. Tendo tido um alívio da dor superior a 50%. A Sra. L. mostra-se confiante com o impacto do alívio da dor na melhoria da sua funcionalidade: já consegue subir e descer as escadas com maior facilidade e demonstrou motivação para começar a fazer pequenos passeios higiénicos diários, que vão contribuir para aumentar o seu desempenho funcional. Teria sido interessante fazer uma reavaliação da funcionalidade para verificar a sua evolução e eficácia do plano terapêutico, que não foi possível realizar.

CAPACITAR OU POSSIBILITAR

A 3ª fase do Modelo de Parceria **Capacitar/Possibilitar** “...*é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...*” (Gomes, 2016, p. 233).

Tendo em conta a singularidade da Sra. L. e pretendendo transformar as suas capacidades potenciais em reais para poder assumir o controlo do cuidado de Si, procurou-se a partilha de responsabilidades e poder. Para tal, foi desenvolvido um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado (Gomes, 2016).

O principal foco da intervenção foi promover e estimular a independência para que a Sra. L. possa dar continuidade ao seu projeto de vida.

A intervenção incidiu especialmente na explicitação da importância, motivação e no incentivo à marcha para promoção da sua independência para prosseguir com o seu projeto de saúde e vida.

Sempre que a senhora L. atingia os objetivos propostos, foi elogiada a sua concretização, tal como preconiza Gomes (2016, p. 234), quando diz “quando o doente e família conseguem atingir o cuidado de si, o enfermeiro dá reforço positivo”.

A Sra. L. expressou que o seu maior anseio é poder sair de casa para fazer os seus passeios habituais. Referiu também que era importante para si e que era benéfico para a sua saúde mental, poder manter a sua atividade de lecionar aulas de trabalhos no centro de dia, o que permitia o encontro regular com as suas amigas.

Segundo Gomes (2009), os enfermeiros ao estimular os progressos da pessoa idosa, permitem que esta continue a reagir e a impulsionar as suas forças para continuar o seu projeto de vida.

Encorajei a Sra. a realizar algumas atividades da sua rotina quotidiana de forma a promover a sua independência. Foi com satisfação que a Sra. L. referiu já ter ânimo e capacidade para a realização de algumas atividades domésticas, como colocar a roupa a lavar na máquina, lavar a loiça das refeições, e também na sua capacidade de se deslocar com o apoio da bengala.

Através desta intervenção foi possível identificar as potencialidades da Sra. L. tornando-as reais de forma a promover a sua autonomia.

COMPROMETER-SE

A quarta fase do Modelo de Parceria **Comprometer-se** define-se pelo *“...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projecto de vida e saúde da pessoa idosa, ...”* (Gomes, 2016, p. 236).

As ações desenvolvidas nesta fase do processo de parceria, procuram promover uma transição progressiva da capacidade potencial da Sra. L. para a capacidade real, a fim de poder continuar com a sua trajetória de vida (Gomes, 2013).

O plano de cuidados ajuda a tornar visível o esforço conjunto entre a enfermeira e a Sra. L, traçar objetivos de forma a promover o cuidado de si, ou assegurar o cuidado do outro, quando é necessária a intervenção do cuidador familiar. A fim de aprofundar a minha aprendizagem, na promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, elenquei esquematicamente nas tabelas que se seguem, alguns dos problemas, resultados esperados, intervenções de enfermagem e os compromissos assumidos, pela Sra. L. e pela enfermeira.

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Mobilidade física prejudicada relacionada com a presença de marcha com apoio de bengala, para levantar-se/subir e descer escadas, manifestado por <u>dependência moderada</u>, tanto nas atividades de vida diárias (Índice de Barthel) e atividades instrumentais de vida diárias (Índice de Lawton e Brody), com maior evidência a fazer compras, preparar refeições, tarefas domésticas, lavar a roupa e utilização dos meios de transporte</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a Sra. L apresente dor controlada - Que a Sra. L. alcance uma dependência parcial nas atividades de vida diárias e instrumentais ou, idealmente a independência total - Que a Sra. L. consiga de forma autónoma e em segurança, subir e descer escadas - Que a Sr.ª L. aceda de forma autónoma ou com supervisão à rua, diminuindo o isolamento, promovendo a socialização 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dor - Reforçar a gestão da terapêutica analgésica de base e de resgate - Incentivar à realização de exercícios de mobilização ativa (braços, pernas e pés) quando está sentada e da marcha. - Incentivar a realização das atividades para a promoção da sua independência (marcha) - Incentivar a realização das atividades que consegue (cuidados de higiene pessoal) - Reforçar a importância das condições de segurança durante as atividades (manutenção dos percursos dentro de casa desimpedidos de objetos para que possa mobilizar-se em segurança) - Incentivar a atividade de subir e descer as escadas do domicílio acompanhada pela filha 2 vezes por dia - Dar tempo e espaço para que o faça sozinha com supervisão; - Reforço positivo nos progressos da Sra. L. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprir o regime medicamentoso analgésico de base e terapêutica de resgate se dor não controlada - Realizar movimentos ativos quando está em repouso e realizar períodos a andar ao longo do dia - Caminhar pela casa por períodos, 2 a 3 vezes por dia - Realizar de forma autónoma as atividades de vida diárias e instrumentais que consegue - Realizar atividades em segurança, aguardar pelo apoio e/ou supervisão - Com a filha a orientar e supervisionar a realização das atividades

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Risco de queda relacionado com desequilíbrio, dor membros inferiores e necessita de ajuda para subir escadas, superfícies inclinadas ou terrenos não planos e marcha independente em superfície plana com apoio de bengala (escala de <i>Holden</i>), manifestada por <u>médio risco de queda</u> (escala de <i>Morse</i>).</p>	<p>- Que a Sra. L. não apresente quedas.</p>	<p>- Ensino sobre a manutenção de um ambiente seguro em casa: “Iluminação adequada “Não deixar fios soltos pelo chão “Retirar/evitar tapetes soltos pelo chão</p> <p>- Reforçar a importância da marcha por períodos ao longo da casa durante 10 minutos</p> <p>- Reforçar o uso de calçado adequado para que se desloque confortavelmente e em segurança</p> <p>- Reforçar a utilização correta da bengala na marcha</p> <p>- Avaliar periodicamente (quinzenalmente) a marcha e o risco de queda, e sempre que haja alterações</p> <p>- Reforçar positivamente para a manutenção dos percursos dentro de casa desimpedidos de objetos para que possa mobilizar-se em segurança</p> <p>- Incentivar e elogiar o cuidador familiar (filha) na supervisão e na estimulação da mobilização segura da Sra. L</p>	<p>- A Sra. L. comprometeu-se a adotar algumas das medidas para um ambiente seguro em casa</p> <p>- A Sra. L. comprometeu-se a realizar períodos de marcha, respeitando os princípios de segurança</p> <p>- A filha continuar a supervisionar a marcha e subir e descer escadas, em especial nos momentos com maior risco de queda</p>

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO

A 5ª e última fase do Modelo de Parceria **Assumir o Controlo de Si / Assegurar o Cuidado do Outro** “...significa o doente consegue ter controlo sobre o seu projecto de vida e saúde, está informado, consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar (...) significa que a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2016, p. 236).

Pretende-se que nesta fase a pessoa idosa consiga gerir a sua situação de doença, saiba atuar perante a mesma e solicite ajuda quando necessário, trabalhando em parceria com a equipa de saúde na promoção da sua saúde e gestão de doença, de acordo com o seu projeto de vida e saúde.

Ao longo da construção do processo de parceria foram identificadas algumas necessidades, negociaram-se em conjunto estratégias para se atingirem objetivos, com vista à Sra. L. assumir o controlo do cuidado de Si.

Na situação particular da Sra. L. é possível reconhecer uma maior autonomia procurando assumir o controlo no cuidado de Si. No entanto a Sr.ª L. encontra ainda dificuldade em assumir o controlo do seu projeto de vida nomeadamente na mobilidade. Sendo esta uma área que interfere na sua independência e autonomia verifica-se a necessidade de apoio, pelo que exige atualmente uma intervenção presente e continuada.

A filha enquanto cuidadora principal assume um papel fundamental no assegurar o cuidado da mãe (apoio na higiene e substituição da Sra. L. nas atividades que não consegue realizar por si) garantindo que possa continuar o seu projeto de vida.

Tomei consciência da complexidade inerente ao processo de construção de parceria, em lidar com a pessoa idosa num contexto de vulnerabilidade e dependência (Gomes, 2013). Constatei também a necessidade de ter tempo e espaço para construir uma relação de qualidade, a fim de ajudar a pessoa idosa no seu projeto de saúde e vida.

Este estudo de caso também permitiu compreender a importância da funcionalidade no processo de saúde da pessoa idosa, bem como a fragilidade. Possibilitou reconhecer de forma mais eficaz a importância da prevenção de

síndromes geriátricas, a promover a autonomia e independência da pessoa idosa e a relevância da participação e envolvimento do cuidador familiar.

Reflexão final

A realização deste estudo de caso com base no processo inerente ao modelo de parceria proporcionou uma compreensão mais aprofundada da intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica. A produção de um guião inerente ao processo de construção de parceria obrigou-me a refletir e analisar a prática de cuidados à pessoa idosa. Assumi-se como um desafio traduzir os elementos já existentes na prática de enfermagem, em indicadores no guião do modelo de parceria e encontrar indicadores que nas diferentes fases possibilitem a construção do processo de parceria à pessoa idosa, nomeadamente com dor crónica. Foi fundamental conhecer o modelo de parceria e as suas fases, e a observar as possibilidades de construir uma prática de cuidados em parceria com a pessoa idosa.

Saliento que a construção do guião facilitou uma organização que ajuda no conhecimento da pessoa idosa, particularmente nas primeiras fases (revelar-se e envolver-se), em que é essencial para a enfermeira conhecer a identidade da pessoa idosa, do contexto de vida, familiar, doença, história de dor e singularidade do seu envelhecimento.

Compreendi que o conhecimento aprofundado da pessoa idosa possibilita uma compreensão das dificuldades experienciadas pela pessoa idosa, mas também das suas potencialidades para continuar o seu projeto de vida e saúde, qualquer que seja a sua circunstância (Gomes, 2013).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agostinho, M. (2007). Ecomapa. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 23, 327-230. Disponível em:
https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwit9r6c_tbJAhVGTBQKHYS4sQFgg4MAc&url=http%3A%2F%2Feventos.fecam.org.br%2Farquivosbd%2Fpaginas%2F1%2F0_307825001366390062_ecomapa.pdf&usq=AFQjCNEytx3a6Xl-e8yUWD-eJKGJ6t-qcA&bvm=bv.109910813,d.ZWU.
- American Psychological Association (2012). Manual de publicação APA. (6ª ed.). Porto Alegre: Penso Editora.
- Costa, R. P. (2013). Representação gráfica de famílias com recurso ao Genopro®: (re) descobrir o genograma familiar no contexto da investigação qualitativa. *Indagatio Didactica*, 5 (2), 723-733. Disponível em:
https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjurPOg_tbJAhXGOxQKHbPuDZEqFggMAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.ua.pt%2Findex.php%2FID%2Farticle%2FviewFile%2F2486%2F2354&usq=AFQjCNGu94ntmsonOSa8Hv6zhGIKbJPEsA
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Lisboa: Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Tese de doutoramento
- Gomes, I.D. (2013). Promover o Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. 77-113. In Lopes, M. A. P (org.). *O Cuidado de Enfermagem à Pessoa Idosa: Da Investigação à Prática*. Loures: Lusociência.
- Gomes, I. D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Novas Edições Académicas, 2016. ISBN-978-3-8417-1500-5.
- Gomes, I. (2019). Promover o Cuidado-de-Si: património da enfermagem para o desenvolvimento sustentado, bem-estar e saúde das populações. *Revista Pensar Enfermagem*, publicação. V23(2), 2º semestre, p7-15. Acedido a: 03/07/2021. Disponível em:
http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_2SEM2019_miolo_final-7-16.pdf
- Gomes, I. (2021) Partnership of Care in the Promotion of the Care-of-the-Self: An Implementation Guide with Elderly People. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) *Gerontechnology III*. IWoG 2020. Lecture Notes in Bioengineering. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_32

ESEL (2020). Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2019/2020. 11ºCurso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL

Ribeiro, A. L. A. (2013). A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Porto. Souza Pereira, A. P., Martins Teixeira

Henriques, A. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.

Henriques, A. (2013). A gestão da medicação nas pessoas idosa: a adesão como indicador de eficácia de intervenções de enfermagem. In M. A. P. Lopes (org.). O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática (pp 115-174). Loures: Lusociência

Moraes, E. N. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In Borges, A. P. A. & Coimbra, A. M. C. (org.). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação à Distância. Disponível em:
https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjCt_rd-9bJAhXKXRQKHQBnAp8QFqgmMAI&url=http%3A%2F%2Fwww5.ensp.fiocruz.br%2Fbiblioteca%2Fdados%2Ftxt_215591311.pdf&usq=AFQjCNFMTPeNrgMRt20IHSmYFOEfGMfSkq

Moraes, E. N. (2012). Atenção á saúde do Idoso: Aspectos Conceptuais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em:
https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjzrsSA-9bJAhWGuhQKHaYTD5YQFqgjMAA&url=http%3A%2F%2Fapsredes.org%2Fsite2012%2Fwp-content%2Fuploads%2F2012%2F05%2FSaude-do-Idoso-WEB1.pdf&usq=AFQjCNEzhfpvhjl_nci6L3YH_9rBaE5FSA

Moraes, E.N., Lanna F.M., Santos R.R., Bicalho M.A.C., Machado C.J., Romero D.E. (2016) A new proposal for the clinical-functional categorization of the elderly: Visual Scale of Frailty (VS-Frailty). *J Aging Res Clin Pract.* ;5 (1):24-30. DOI:10.14283/jarcp.2016.84

OMS (2000). The World Health Report. Obesity - Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva; 2000.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42330>

Silveira EA, Dalastro L, Pagotto V. (2014). Polypharmacy, chronic diseases and nutritional markers in community-dwelling older. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 17:818-29.
<https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040002>

APÊNDICE IV - Grelha de colheita de dados dos registos de enfermagem
para identificação das expetativas da pessoa idosa com dor
crónica na primeira consulta no CMD

Dimensões de análise das expectativas com base na literatura	Registado	Não registado	Observações
Curar a dor			
Alívio da dor			
Conhecer a causa da dor			
Obter diagnóstico			
Outra			
Intensidade %			
Alívio 100%			
Alívio 90%			
Alívio 50%			
Alívio – Outra %			
Impacto do alívio nas AVD s			
Que permita mobilizar-se			
Que permita a marcha			
Que permita executar as suas AVD s			
Outra			

APÊNDICE V - Guião de focus grupo com a equipa de enfermagem do
CMD

QUESTÕES

O que pensa sobre as expectativas das pessoas idosas com dor crónica na primeira consulta de enfermagem no CMD? Quais as expectativas mais frequentes?

Na consulta é clarificado à pessoa idosa o que é real e o expetável em termos de controlo de dor?

São aprofundadas convenientemente as expectativas?

As expectativas da pessoa idosa são tidas em conta?

Regista o que a pessoa idosa diz?

O que pensa ser necessário para melhorar a prática (formação)?

APÊNDICE VI – Guião de entrevista sobre as expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem no CMD

Guião de entrevista sobre as expetativas da pessoa idosa com dor crónica na primeira consulta de enfermagem no CMD

Questões	
1	Quais as expetativas que a pessoa idosa tem em relação à consulta no CMD?
2	O que a pessoa idosa espera desta consulta/quais os seus objetivos?
3	O que é que a pessoa idosa espera para a melhoria da sua dor? Qual o alívio que espera da sua dor em %

APÊNDICE VII – Instrumento de colheita de dados para caracterização
da amostra do estudo

Instrumento de colheita de dados para caracterização da amostra do estudo

Género - Idade	n
Feminino	
Masculino	
Idade	
Estado Civil	n
Casado ou união de facto	
Separado ou divorciado	
Viúvo	
Solteiro	
Escolaridade – Grau de ensino	n
Ensino básico (1º, 2º, 3º ciclos)	
Ensino secundário	
Ensino superior	
Analfabeto	
Com quem vive	n
Esposa (o)	
Filha (o)	
Pai / mãe	
Sogra (o)	
Sozinha (o)	
Outros	
Com quem vive (nº de pessoas)	n
Sozinha (o)	
1 pessoa	
2 pessoas	
Mais de 3 pessoas	

Profissão (Classificação Nacional das Profissões)	n
Reformada (o)	
Reformada (o) Invalidez	
Pessoal dos Serviços e vendedores	
Operários, artífices e trabalhadores similares	
Trabalhadores não qualificados	
Técnicos e Profissionais de nível intermédio	
Pessoal administrativo e similares	
Especialistas das Profissões intelectuais	
Operários de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	
Quadros superiores	
Não responderam	
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas	

Regime terapêutico analgésico prescrito (anterior ao CMD)	n
Analgésico	
Opióide	
Antiepiléticos e anticonvulsivantes	
Relaxante muscular	
Anti-inflamatório	
Antidepressivo	
Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	
Infiltração	
Acupuntura	
TENS	
Fisioterapia	
Magnésio	

Doenças / situações clínicas	n
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	
Tumores (Neoplasias)	
Perturbações mentais e de comportamento	
Doenças do aparelho circulatório	
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contacto com os serviços de saúde (cirurgia)	
Doenças do aparelho respiratório	
Afeções dos nervos, das raízes e dos plexos nervosos	
Doenças do aparelho digestivo	
Afeções episódicas e paroxísticas (enxaqueca; cefaleia)	
Doenças do aparelho geniturinário	
Lesões traumáticas	
Doenças do sistema nervoso	
Afeções episódicas e paroxísticas (sono)	

Seguimento na consulta dor	n
Consulta de seguimento	
1ª Consulta	
Tipo de dor	n
Musculosquelética	
Neuropática	
Oncológica	
Visceral	
Enxaqueca	
Cutânea	
Dor mista	
Dor central	
Localização da dor	n
Região Lombar	
Articulações	
Região Torácica	
Região Abdominal	
Membros Superiores	
Cabeça	
Região Cervical	
Membros Inferiores	
Anca	
Corpo todo	
Mão	
Pé	

Tempo / Início de dor	
Intensidade da dor no momento (0-10)	
Intensidade da dor Pico (0-10)	