



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

**Avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica num
centro multidisciplinar de dor: Contributo para a
promoção do Cuidado de Si**

Teresa Paula Ferreira Teles Nogueira



**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**

**Avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica num
centro multidisciplinar de dor: Contributo para a
promoção do Cuidado de Si**

Teresa Paula Ferreira Teles Nogueira



Orientador: Prof^a. Dr^a. Idalina Delfina Gomes



**Lisboa
2022**

Não viva uma meia-vida

*E não morra meia morte
Se escolher o silêncio, fique em silêncio
Quando falar, faça isso até terminar
Se aceitar, então expresse-o sem rodeios
Não o mascare
Se você recusar, então seja claro
pois uma recusa ambígua é só uma aceitação fraca
Não aceite meia solução
Não acredite em meias verdades
Não sonhe meio sonho
Não fantasie sobre meias esperanças
Metade do caminho vai te levar a lugar nenhum
Você é um todo para viver uma vida
não meia-vida.*

— Khalil Gibran

(Pintura por Ron Hicks)

Agradecimentos

À Professora Doutora Idalina Gomes pela motivação, disponibilidade, partilha de conhecimento e orientação durante este percurso.

À Enfermeira Madalena Mela estarei eternamente grata por nunca me permitir desistir, pela disponibilidade, empenho e motivação com que me orientou durante este percurso.

Às Enfermeiras Filomena, Dulce e Helena, pelo privilégio de fazerem parte da minha vida.

A todos os profissionais da equipa do centro multidisciplinar de dor, pelo orgulho e satisfação de pertencer a esta equipa com quem aprendo diariamente.

Às pessoas idosas que de forma tão generosa partilharam a sua vida, permitindo-me aprender e melhorar o cuidado de enfermagem.

À Helena, Lurdes, Sónia M, Sónia B, e Andreia, pela amizade, humor, e apoio durante este longo percurso académico atípico.

A todos (familiares e amigos) que me apoiaram e incentivaram ao longo do tempo, o meu muito obrigado.

A vocês, Mãe e Tia, por acreditarem sempre em mim.

À Margarida e ao Miguel, pelo vosso amor.

A ti, Pai, porque sei que te irias orgulhar muito de mim.

Resumo

A dor crónica mal controlada é uma importante causa de incapacidade funcional contribui para a diminuição da mobilidade e sociabilização, origina distúrbios do sono, e uma lenta recuperação (Guerreiro, 2016). Assim, a independência das pessoas idosas com dor crónica e a funcionalidade podem encontrar-se especialmente afetadas, o que leva a uma necessidade de intervenção dos enfermeiros especialistas, promovendo a funcionalidade da pessoa idosa nestas situações complexas, ajudando-as a gerir a sua própria vida, promovendo o Cuidado-de-Si. Este projeto teve como finalidade o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre, nomeadamente nos cuidados à pessoa idosa com dor crónica e alterações da funcionalidade para promoção do Cuidado-de-Si. Foi utilizada a metodologia de projeto, suportada na investigação-ação. Este projeto decorreu numa unidade de saúde familiar e num centro multidisciplinar de dor de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo no período compreendido entre 1 de fevereiro e 30 de abril de 2021. Foi realizado um *focus group* com a equipa de enfermagem, 5 enfermeiros, e os dados foram analisados segundo a análise de dados qualitativos. Participaram ainda 50 pessoas idosas, a quem foi realizada a avaliação da funcionalidade, utilizando a escala - Lawton e Brody, e os dados analisados por estatística descritiva. As enfermeiras consideraram que a avaliação funcional é uma intervenção de enfermagem essencial para aprofundar o conhecimento da pessoa idosa com dor crónica e reconheceram a dificuldade em diagnosticar alterações na funcionalidade. Na avaliação do estado funcional das pessoas idosas com dor crónica, através da escala de Lawton e Brody, constatámos que a independência na realização das AIVD, encontrava-se preservada em 40% das pessoas idosas. E 22% das pessoas idosas apresentava dependência ligeira, 24% dependência moderada. Verificámos que 6% das pessoas idosas tinha dependência grave e 8% dependência total para a realização das AIVD. O percurso realizado contribuiu também para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre na área da intervenção à pessoa idosa, e o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa idosa com alterações da funcionalidade para a promoção do Cuidado-de-Si.

Palavras-chave: Pessoa idosa; Dor crónica; Avaliação funcional; Cuidado-de-Si; Centro multidisciplinar de dor

Abstract

Poorly controlled chronic pain is an important cause of functional disability, contributing to decreased mobility and socialization, sleep disorders, and slow recovery (Guerreiro, 2016). Thus, the independence and functionality of older people with chronic pain may be particularly affected, which leads to a need for intervention by specialist nurses, promoting the functionality of older people in these complex situations, helping them to manage their own lives, and promoting Self-Care. The purpose of this project was to develop competencies as a specialist nurse and master's student, particularly in caring for older people with chronic pain and changes in functionality for the promotion of Self-Care. The project methodology was used, supported by action research. This project took place in a family health unit and in a multidisciplinary pain center of a hospital in the Lisbon and Tagus Valley region between February 1st and April 30th, 2021. A focus group was conducted with the nursing team, 5 nurses, and data were analyzed using qualitative data analysis. Fifty elderly people also participated in the study, who were assessed for functionality using the Lawton and Brody scale, and the data were analyzed using descriptive statistics. The nurses considered that functional assessment is an essential nursing intervention to deepen the knowledge on the elderly person with chronic pain and recognized the difficulty in diagnosing changes in functionality. When assessing the functional status of elderly people with chronic pain using the Lawton and Brody scale, we found that 40% of the elderly people had preserved their independence in performing IADLs. And 22% of the elderly people presented light dependence, and 24% moderate dependence. We found that 6% of the elderly had severe dependence and 8% total dependence to perform the IADL. This study also contributed to the development of competencies as a specialist nurse and master in the area of intervention in the elderly, and the development of competencies in the nursing team in the care of the elderly with changes in functionality for the promotion of Self-Care.

Keywords: Aged person; Chronic pain; Functional assessment; Promotion of Self-Care; Multidisciplinary pain center

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. REVISÃO DA LITERATURA	17
1.1. Envelhecimento e dor crónica	17
1.2. Pessoa idosa com dor crónica: impacto na funcionalidade	18
1.3. Intervenção de enfermagem para a promoção da funcionalidade à pessoa idosa com dor crónica	21
2. METODOLOGIA E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	23
2.1. Metodologia de Projeto	23
2.2. Caracterização dos contextos de estágio	25
2.3. Considerações Éticas	26
2.4. Atividades realizadas, resultados obtidos e aprendizagens adquiridas	
27	
2.4.1. Competências como enfermeira especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa com dor crónica e alterações na funcionalidade	28
2.4.2. Competências como enfermeira especialista e mestre na implementação de um projeto na equipa, que contribua para melhorar o cuidado à pessoa idosa com dor crónica e alterações na funcionalidade .	39
3. Conclusão	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
APÊNDICE I - Guião do Modelo de Parceria à Pessoa Idosa com Dor Crónica e alterações da funcionalidade	64
APÊNDICE II - Guião de Focus Grupo (FG) com a Equipa de Enfermagem	76
APÊNDICE III - Guião de perguntas orientadoras para o Focus Grupo (FG)	79
APÊNDICE IV - Índice de Lawton & Brody (avaliação atividades instrumentais de vida diária)	81
APÊNDICE V - Índice de Barthel (avaliação atividades básicas de vida)	84
APÊNDICE VI – Estudo de Caso	87

Lista de Siglas e/ou Abreviaturas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA - American Psychological Association

AVD – Atividades de Vida Diária

CMD – Centro Multidisciplinar Dor

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FG - *focus* grupo

IASP - Association International for the Study of Pain

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

USF – Unidade de Saúde Familiar

INTRODUÇÃO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa surgiu a oportunidade de desenvolver um projeto e realizar um estágio com a finalidade de desenvolver competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e família, nomeadamente na avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica. O presente relatório expõe o percurso realizado na implementação do projeto de estágio que se designou por “Avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica num centro multidisciplinar de dor: contributo para a promoção do Cuidado de Si”. Com o mesmo, pretendemos também fazer uma das atividades realizadas e das competências desenvolvidas.

A realização deste projeto teve em conta o envelhecimento progressivo da população mundial a que assistimos, que leva a uma mudança de perfil epidemiológico das pessoas que atualmente recorrem aos serviços de saúde (OMS, 2015; INE, 2020). Os principais consumidores/utilizadores de cuidados de saúde (serviços de urgência, consultas, cuidados de saúde primários, internamentos e cuidados intensivos) são as pessoas idosas. O envelhecimento natural não é forçosamente um envelhecimento patológico. No entanto, com o avançar da idade aumenta o risco de comprometimento funcional e perda da qualidade de vida. Alterações como a perda de massa muscular e massa óssea inerentes a esse processo podem contribuir diretamente para o aparecimento de doenças crónicas, entre as quais, a dor crónica (INE, 2020).

A dor crónica é uma doença que afeta o bem-estar das pessoas, tornando-se um problema de saúde pública, aumentando os custos em saúde (DGS, 2017). Traduz-se com frequência em incapacidade funcional que resulta num maior consumo e mais prolongado do uso de serviços de saúde (Moraes, 2017). A necessidade de se fazer o diagnóstico desta doença precocemente, com recurso a uma avaliação correta, visando o tratamento dirigido prevenindo/diminuindo o aparecimento de morbilidades associadas e melhorando o processo de envelhecimento é essencial (Schofield & Abdulla, 2018).

A dor crónica mal controlada é uma importante causa de incapacidade funcional, que contribui para a diminuição da mobilidade, diminui a sociabilização, origina distúrbios do sono, e uma lenta recuperação (Guerreiro, 2016).

Entende-se por funcionalidade a capacidade da pessoa idosa gerir a sua própria vida ou cuidar de si mesma (Moraes, 2017). A funcionalidade engloba duas dimensões principais: a autonomia e a independência. A autonomia é definida como a capacidade de cada pessoa idosa, individualmente, decidir e comandar as suas ações, estabelecendo as suas próprias regras (Moraes, 2017). A independência é descrita como a capacidade de realizar alguma coisa com os seus próprios meios, possibilitando a pessoa idosa a cuidar de si e da sua vida. A autonomia e a independência estão interligadas e pretende-se que funcionem de forma harmoniosa (Moraes, 2017). A funcionalidade foi também definida por Collière (1989) como “a capacidade que a pessoa (...) tem, ou não tem, de “funcionar” isto é, de agir, por si próprio, para assegurar uma resposta a uma necessidade que diz respeito à sua vida” (p. 300).

No entanto, a presença de dor crónica não controlada, aumenta a incapacidade da pessoa idosa (Lemos, Cunha, Cesarino & Martins, 2019). A independência e a funcionalidade das pessoas idosas com dor crónica podem encontrar-se especialmente afetadas, o que leva a que os enfermeiros especialistas tenham que ter a preocupação de intervir nestas situações complexas para promover as mesmas.

A intervenção especializada do enfermeiro assenta em competências, responsabilidade profissional, ética e legal que garantam a proteção dos direitos da pessoa idosa, nomeadamente o direito à informação, autodeterminação, respeito pelos valores culturais, tomadas de decisão baseadas nas preferências da pessoa idosa, respeitando-as (OE, 2019). O cuidado de enfermagem é um processo que tem início no conhecimento da singularidade da pessoa idosa para ajudar a promover o seu projeto de vida, qualquer que seja a sua circunstância (Gomes, 2016). O processo de parceria entre o enfermeiro e pessoa idosa deve ser dinâmico e assenta em cinco fases: Revelar-se; Envolver-se; Capacitar ou possibilitar; Comprometer-se e Assumir o cuidado de si ou assegurar o cuidado do outro.

A equipa de saúde do centro multidisciplinar de dor reconhece a importância da utilização de instrumentos de avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa com dor crónica. Atualmente, existem diversos instrumentos de avaliação funcional da pessoa idosa, como o Índice de Barthel, que avalia as atividades básicas de vida diária e o índice de Lawton & Brody que avalia as atividades Instrumentais de vida diária. No entanto, a avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica no Centro Multidisplinar de Dor, onde este projeto foi realizado, não se efetua de forma sistemática. Assim aproveitamos o percurso académico e os recursos disponibilizados (professora da ESEL, tempo, espaço académico, motivação da equipa para a mudança, entre outros), bem como a integração de um projeto mais abrangente “Centro Multidisciplinar Dor amigo das pessoas idosas” projeto de parceria entre a Escola Superior Enfermagem de Lisboa e o CMD, para desenvolvimento de competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e família, através da implementação de um projeto para a avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica na consulta no centro multidisciplinar dor, que contribua para a promoção do Cuidado-de-Si à pessoa idosa com dor crónica. Contudo, dado o curto período de realização do estágio, a impossibilidade de se avaliarem todas as componentes do estado funcional da pessoa idosa e o facto das AIVD se assumirem como fundamentais para a pessoa idosa com dor no CMD para manter a sua independência e qualidade de vida na comunidade, optou-se por se centrar o projeto apenas AIVD.

Deste modo definimos dois objetivos gerais:

- Desenvolver competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e família, nomeadamente na avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica num centro multidisciplinar de dor para a promoção do cuidado de si.
- Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família, nomeadamente na avaliação funcional centrada na AIVD da pessoa idosa com dor crónica num centro multidisciplinar de dor para a promoção do cuidado de Si.

A metodologia utilizada para o desenvolvimento deste projeto é a metodologia de projeto, que segundo Schneider (2017), é constituída por cinco fases: diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados. A elaboração deste projeto é um processo de desenvolvimento pessoal e profissional que decorre de forma contínua, e que se pretende que seja também um elemento influenciador na formação e atuação da restante equipa.

Este relatório encontra-se estruturado da seguinte forma: Na introdução pretendo apresentar a pertinência deste projeto e os seus objetivos gerais. Segue-se a revisão da literatura onde se contextualiza a temática assim como os eixos norteadores que sustentam a intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica e alterações na funcionalidade. Depois, o desenvolvimento do projeto ao longo do estágio, nomeadamente a descrição das atividades realizadas, das aprendizagens e resultados obtidos para o desenvolvimento de competências clínicas e de implementação de um projeto de mudança da prática. São também abordadas as limitações do projeto e os contributos para a prática. Por último, a conclusão faz a síntese global do projeto, a reflexão acerca do percurso realizado no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e as perspetivas futuras para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Na realização deste relatório adotamos a Norma APA para a referenciação bibliográfica, de acordo com o que foi definido pela ESEL (ESEL, 2020).

1. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo apresentam-se os eixos conceituais norteadores deste trabalho: envelhecimento e dor crónica, pessoa idosa com dor crónica e o impacto na funcionalidade e por último abordam-se as intervenções de enfermagem para a promoção da funcionalidade à pessoa idosa com dor crónica, visando o cuidado de Si.

1.1. Envelhecimento e dor crónica

Em Portugal e no mundo vive-se o fenómeno do duplo envelhecimento pelo aumento da esperança média de vida e diminuição da população jovem. Na última década, o nosso país registou um decréscimo da população de 2,1% (INE, 2021). O envelhecimento demográfico também vai acentuar-se nas próximas décadas. De acordo com o cenário central de projeção do INE (2020) entre 2018 e 2080 a população portuguesa diminuirá de 10,3 para 8,2 milhões de pessoas. Prevê-se a continuidade da descida do número de jovens e o aumento do número de idosos (65 e mais anos) de 2,2 para 3 milhões. Deste modo, o índice de envelhecimento poderá quase duplicar entre 2018 e 2080, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens. Os dados dos últimos censos em 2021 confirmam o agravamento do fenómeno de envelhecimento: já existem 182 idosos por cada 100 jovens (INE, 2021). Consequentemente, não será de estranhar que o índice de sustentabilidade potencial¹ possa diminuir de forma significativa, face ao decréscimo da população em idade ativa e ao aumento da população idosa. Este índice poderá passar para menos de metade, ou seja, de 259 para 138 pessoas em idade ativa, por cada 100 idosos, entre 2018 e 2080 (INE, 2020).

Uma população envelhecida manifesta-se em novos problemas de saúde, assumindo as doenças crónicas um peso crescente (Ministério da Saúde, 2018). A dor crónica surge frequentemente associada a muitas doenças crónicas na pessoa idosa (Soveral & Silveira, 2020). Define-se dor crónica como uma dor persistente ou recorrente durante pelo menos 3-6 meses, que muitas vezes persiste para além da

¹ O índice de sustentabilidade potencial traduz-se no quociente entre o número de pessoas com idades dos 15 aos 64 anos e o número de pessoas com 65 e mais anos (INE, 2020).

cura da lesão que lhe deu origem, ou que existe sem lesão aparente (DGS, 2010). O primeiro estudo epidemiológico sobre a dor crónica realizado em Portugal revelou que a prevalência da dor crónica é de 37% na população adulta portuguesa (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias & Castro-Lopes, 2012). Um estudo mais recente salientou que a prevalência da dor crónica na área dos cuidados de saúde primários era de 33,6%, e como localizações mais frequentes a região lombar (66%) e os membros inferiores (66%) (Antunes, Pereira, Afonso & Tinoco, 2021). Existem grupos de risco com maior vulnerabilidade como as pessoas com baixos recursos socioeconómicos, reformados, mulheres e as pessoas idosas (Azevedo, Costa-Pereira, Mendonça, Dias & Castro-Lopes, 2012). Ainda neste estudo se salienta que 20,4% das pessoas com dor crónica são idosas, sendo que na faixa etária dos 70 aos 74 anos se verifica a prevalência mais elevada. Desde há vários anos que a IASP (2006) alerta que a dor crónica está presente em 50% dos idosos a viver na comunidade e em 80% das pessoas idosas institucionalizadas.

Mais que um sintoma a dor crónica assume, ela própria, um estatuto de doença pelo sofrimento que provoca, tem repercussões na saúde física e mental da pessoa idosa, conduzindo nomeadamente a alterações do sistema imunitário com uma consequente diminuição das defesas do organismo e aumento da suscetibilidade às infeções, e alterações fisiopatológicas, que vão contribuir para a perpetuação do fenómeno doloroso (DGS, 2008). Mas não só. Esta realidade, para além das repercussões sobre a pessoa idosa, vai afetar a família e a sociedade pelo sofrimento e custos socioeconómicos que lhe estão associados. A pessoa idosa com dor crónica apresenta uma diminuição da sua qualidade de vida e saúde, pois vê a sua capacidade funcionalidade afetada. Aprofunda-se o impacto da dor crónica na funcionalidade da pessoa idosa no próximo subcapítulo.

1.2. Pessoa idosa com dor crónica: impacto na funcionalidade

Funcionalidade refere-se à capacidade que a pessoa idosa possui para a realização das suas atividades de vida diárias e a sua interação em sociedade (DGS, 2019).

Torna-se essencial que o enfermeiro avalie a funcionalidade da pessoa idosa “em termos de poder, de poder parcialmente, ou de não poder fazer determinada

coisa” (Collière, 1989, p.300). Para a mesma autora, “a clarificação (...) das diminuições funcionais é a base (...) para decidir o projeto de cuidados, bem como os tratamentos a pôr em prática” (Collière, 2003, p.380).

Considera-se saudável a pessoa idosa que realiza as suas atividades de forma autónoma e independente ainda que portadora de doenças crónicas. É conhecido que durante o processo de envelhecimento verifica-se na pessoa idosa, portadora ou não de doença crónica, alterações biológicas associadas a uma multiplicidade de danos celulares, que levam a uma progressiva perda de reserva fisiológica. A ocorrência desses danos aumenta o risco de contrair doenças, gerar incapacidades físicas e mentais (OMS, 2018). Existem, no entanto, pessoas idosas com doenças ou disfunções orgânicas que não possuem limitações nas suas atividades de vida diária, nem restrições na sua participação social (Moraes, 2017). Podemos considerar que este grupo de pessoas idosas tende a aceitar o seu processo de envelhecimento como parte integrante do seu projeto de vida e saúde, quaisquer que sejam as circunstâncias do contexto da sua existência (Gomes, 2021).

Infelizmente, a dor crónica é uma das doenças que tem uma influência negativa na qualidade de vida, autonomia e funcionalidade da pessoa idosa (Lemos, Cunha, Cesarino & Martins, 2019). Gomes (2017) verificou que a intensidade da dor influencia a funcionalidade da pessoa idosa. No seu estudo que existiam diferenças estatisticamente significativas na intensidade da dor: é superior no género feminino, nas doenças de etiologia não oncológica, nomeadamente na patologia reumatológica e osteoarticular degenerativa. Esta autora revela ainda, a intensidade da dor mais elevada nas pessoas idosas que vivem sozinhas, do que nas que vivem acompanhadas. Destas últimas, a dor é mais intensa nas pessoas idosas que vivem com outros familiares e menor nos que residem em instituições (Gomes, 2017). O Índice de Incapacidade relacionada com a dor mostrou que as responsabilidades domésticas e familiares são as mais comprometidas pela dor e as mulheres idosas apresentam um maior compromisso da sua capacidade funcional por dor, que os homens (Gomes, 2017).

Outros investigadores constataram que 70% das pessoas idosas referiram necessitar de ajuda para se deitar e levantar da cama, enquanto 30% conseguem fazer sem qualquer ajuda ou apoio. Em relação ao autocuidado eliminação 70% referiram que já tiveram problemas em conseguir chegar a tempo ao banheiro. Nas atividades instrumentais, 70% das pessoas idosas com dor crónica referiram serem

incapazes de fazer limpeza e arrumação de casa, enquanto 15% necessitavam de alguma ajuda e 15% realizam as tarefas sem ajuda. As atividades como a de realização de compras, 45% das pessoas idosas precisam de alguma ajuda, 25% consideraram incapaz de fazê-las e 30% não necessitam de ajuda (Lemos, Cunha, Cesarino & Martins, 2019).

As pessoas idosas com maior sofrimento psicológico apresentam maior dependência funcional, nomeadamente dependência na componente mobilidade (Maia, Castro, Fonseca & Fernández, 2016). A maior prevalência de incapacidade e condições crónicas, nomeadamente a dor crónica, foram associadas ao relato negativo sobre qualidade de vida em mulheres idosas (Ferretti, Castanha, Padoan, Lutinski & Silva, 2018). As pessoas idosas com dor crónica acima de 71 anos têm menor perceção sobre a sua qualidade de vida, comparando com aqueles idosos que não têm dor crónica (Ferretti, Castanha, Padoan, Lutinski & Silva, 2018).

A dor crónica é um fator limitador para a pessoa idosa para manter as atividades quotidianas dentro da normalidade e na realização das atividades de vida diária, o que produz restrição do convívio social e perceção negativa na qualidade vida dos idosos (Ferretti, Castanha, Padoan, Lutinski & Silva, 2018).

Considera-se pertinente e necessária a avaliação multidimensional da pessoa idosa nas diferentes dimensões: física, psicológica, história pessoal, aspetos sociais, crenças, para que todos os profissionais possam compreender como a pessoa percebe a sua dor, a interferência negativa na realização de atividades - andar, relacionar-se, trabalhar, entre outros, como se adapta.

Um dos instrumentos de avaliação da funcionalidade é através da escala de Atividades da Vida Diária (AVD) – Escala de (Barthel): tomar banho, vestir-se, arranjar-se, transferir-se, ter continência e alimentar-se; e a avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) – Escala de Lawton & Brody e as respetivas dimensões: Utilização do telefone, fazer compras, preparação das refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização de meios de transporte, preparação da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros.

A dor interfere na perceção que cada pessoa idosa tem da sua vida e, devido a esse fato, requer intervenções de saúde, nomeadamente de enfermagem, para o dor adequado controlo da crónica e melhoria da capacidade funcional, para que possa cuidar de si, e deste modo prosseguir com o seu projeto de saúde e vida (Ferretti, Castanha, Padoan, Lutinski & Silva, 2018; Gomes, 2021). Assim é fundamental

compreendermos e desenvolvermos as intervenções de enfermagem para a promoção da funcionalidade à pessoa idosa com dor crónica que desenvolvemos no próximo subcapítulo.

1.3. Intervenção de enfermagem para a promoção da funcionalidade à pessoa idosa com dor crónica

A dor crónica não adequadamente controlada interfere de forma significativa na vida da pessoa idosa, na sua família e tem repercussões na própria sociedade. As limitações que a dor crónica provoca na funcionalidade da pessoa idosa exigem uma reorganização do apoio familiar e social, para assegurar a manutenção das AVD's. Este é também um desafio em saúde, nomeadamente para enfermeira especialista médico-cirúrgica na área de intervenção à pessoa idosa num centro multidisciplinar dor. A intervenção da enfermeira mestre e especialista assenta em competências de responsabilidade profissional, ética e legal que garantam a proteção dos direitos da pessoa idosa com dor crónica e família, nomeadamente o direito à informação, autodeterminação, respeito pelos valores culturais, tomadas de decisão baseadas na individualidade e preferências da pessoa idosa, respeitando-as. Tem ainda o dever de cuidar da pessoa idosa dor crónica agudizada e sua família, tanto em contexto intra e extra-hospitalar (OE, 2019).

A pessoa idosa com alteração na sua funcionalidade devido a dor crónica encontra-se num contexto de vulnerabilidade e dependência, do qual a enfermeira especialista necessita ter em conta para a construção de uma relação de parceria ao longo do percurso de cuidados (Gomes, 2021). A participação e envolvimento da pessoa idosa com dor crónica nas decisões para a promoção da sua saúde e do seu projeto de vida, são essenciais para que a pessoa idosa seja um parceiro no processo de cuidados. A construção da parceria é um processo dinâmico, de negociação conjunta entre pessoa idosa e enfermeira, que pressupõe o respeito pelos saberes de cada um dos intervenientes. Pressupõe que tem que ser dado à pessoa idosa o direito e a responsabilidade de fazer escolhas no seu processo terapêutico, em que a sua autonomia e identidade são respeitadas pela enfermeira (Gomes, 2016).

Gomes (2016, 2021) apresenta as cinco fases na construção do processo de parceria entre enfermeira e pessoa idosa: Envolver-se, Capacitar ou Possibilitar, Comprometer-se e Assumir o controlo de Si ou Assegurar o cuidado do Outro.

A primeira fase, **Revelar-se**, inicia-se no dia em que se tem o primeiro contacto, em que existe uma necessidade de conhecimento mútuo entre a pessoa idosa com dor crónica e a enfermeira. Esta tem a preocupação de mobilizar as suas competências de comunicação, não só para se dar a conhecer, mas especialmente para conhecer a pessoa idosa com alterações da funcionalidade provocadas pela dor crónica, e descobrir o seu potencial de desenvolvimento com o objetivo de ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida e a realização de Si.

Envolver-se é a segunda fase e pressupõe tempo e espaço para desenvolver uma relação de confiança. A enfermeira procura identificar o que há de mais singular na pessoa idosa, nomeadamente na sua funcionalidade, para que possa mobilizar essa informação na ação e relação.

A terceira fase designa-se por Capacitar ou Possibilitar. Para **capacitar** a pessoa idosa é necessária a construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir. Assim, a enfermeira desenvolve um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado, em que mobiliza a singularidade da pessoa idosa para ajudar a transformar capacidades de funcionalidade potenciais em reais, para que a pessoa idosa possa vir a assumir o controlo do cuidado de Si. **Possibilitar** implica a presença e ter o cuidado que o outro teria consigo próprio, se isso lhe fosse possível. O conhecimento prévio da pessoa idosa permite garantir o respeito pela sua identidade e sentido para a vida. A enfermeira assume a responsabilidade do cuidado que o outro devia ter consigo próprio ou promove a capacitação da família para ajudar a pessoa idosa a controlar a dor e ajudar nas suas alterações de funcionalidade nas AVD's.

Comprometer-se é a quarta fase, em que a enfermeira e a pessoa idosa desenvolvem um esforço conjunto, para atingir os objetivos definidos para assumir ou assegurar o controlo e progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa. A enfermeira ajuda a suportar o compromisso acordado, tendo por base que com base no que faz sentido para a pessoa idosa.

A quinta fase, assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro, significa que o a pessoa idosa consegue ter controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, está informado sobre como controlar a sua dor crónica, por exemplo, e

consegue decidir qual o melhor caminho para si na gestão da sua funcionalidade e da sua situação, ou, a família adquire capacidade de cuidar da pessoa idosa. A enfermeira assume a responsabilidade do cuidado que a pessoa idosa devia ter consigo própria, garante que a família adquire capacidade para cuidar da pessoa idosa e essencialmente mantém-se como um recurso (Gomes, 2016, 2021).

A construção da parceria com a pessoa idosa com dor crónica e alterações das alterações da funcionalidade pode perdurar durante um período longo do tempo, sendo para isso necessário a garantia da disponibilidade da enfermeira no acompanhamento do processo de transição da pessoa idosa com dor crónica e sua família. Pressupõe da enfermeira disponibilidade e respeito pela pessoa idosa, porque será, ela o fio condutor que define os limites da informação a partilhar com quem cuida, será a pessoa idosa a fronteira na relação (Collière, 1999).

2. METODOLOGIA E IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

Neste capítulo do trabalho caracteriza-se o tipo de metodologia escolhida, os locais de estágio onde se desenvolveu o projeto, assim como as principais atividades desenvolvidas, os resultados obtidos e as aprendizagens realizadas ao longo do estágio que promoveram a aquisição de competências como enfermeira mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção à pessoa idosa com dor crónica, nomeadamente com alterações na funcionalidade.

2.1. Metodologia de Projeto

Segundo os autores Leite & Santos (2004) a metodologia de projeto caracteriza-se por ser desenvolvido em contexto de trabalho, mobilizar a relação entre a teoria e a prática, em ter uma intervenção direta no problema identificado e desenvolver e originar conhecimento. O projeto é dinâmico podendo sofrer alterações durante o trajeto mediante as necessidades. Nesta perspetiva, o saber é construído individualmente, privilegiando uma aprendizagem por descoberta

pessoal, mas reconhecendo também, que esta construção é feita num processo de interação com os outros (instituição, colegas, escola, comunidade) através de conversas e debates de ideias/ pontos de vista diferentes e de questionamentos (Leite & Santos, 2004).

A metodologia de projeto, segundo Schneider (2017) é constituída por cinco fases: diagnóstico da situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação dos resultados, que se descrevem de forma sintética de seguida.

O diagnóstico da situação teve 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, através da recolha de dados de forma objetiva e qualitativa, procurou-se conhecer a problemática existente para a identificação e definição das necessidades sentidas e das ações a desenvolver. A segunda etapa de planeamento caracterizou-se pela definição dos objetivos do nosso projeto, que foram desenvolver competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e família, nomeadamente na avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica num centro multidisciplinar de dor para a promoção do Cuidado de Si e promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família, nomeadamente na avaliação funcional centrada na AIVD da pessoa idosa com dor crónica num centro multidisciplinar de dor para a promoção do Cuidado de Si. Preocupamo-nos que os objetivos fossem centrados na resolução de um problema da prática, descritos de forma sucinta, clara e precisa, formulados em enunciado declarativo, exequíveis e mensuráveis, assim como o planeamento de atividades. Um desenho detalhado do projeto foi realizado durante a frequência da disciplina Opção II, tendo em conta os objetivos previamente formulados planificámos as atividades, definimos estratégias, e fez-se o levantamento dos recursos necessários e existentes para o desenvolvimento do projeto. Igualmente importante, foi a calendarização das atividades previstas através de um cronograma de orientação. A terceira etapa operacionaliza-se a execução das atividades, colocando em prática tudo o que foi previamente planeado. Embora esta a fase seja a “...mais trabalhosa, é a mais proveitosa.”, de acordo com Ruivo *et al* (2010, p. 24). A avaliação é a quarta etapa, constitui-se como um processo dinâmico transversal a todo o tempo do projeto. Recorre-se à aplicação de instrumentos de avaliação selecionados e que são elementos necessários para intervir e melhorar a eficiência e a eficácia. Como

processo dinâmico que é, implica a comparação entre os objetivos delineados inicialmente e os objetivos atingidos, e nesse sentido deve ser rigorosa. A quinta e última etapa é a divulgação dos resultados. Nesta fase do projeto, dá-se a conhecer a pertinência do projeto e o caminho percorrido na resolução de determinado problema. Depois da implementação do projeto é escrito o relatório final explicando o percurso efetuado, com principal foco para o desenvolvimento dos profissionais e para a melhoria dos serviços prestados.

2.2. Caracterização dos contextos de estágio

O estágio foi realizado em dois contextos: cuidados de saúde primários e de cuidados diferenciados.

O estágio em cuidados de saúde primários decorreu durante 4 semanas (entre 1 de fevereiro a 24 de fevereiro de 2021), integrado numa USF de 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 continua. Serve uma população de cerca de 18 000 utentes. A USF 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. Disponibiliza cuidados de saúde aos seus utentes de 2ª a 6ª feira, das 08h00 às 20h00.

O estágio em contexto de cuidados diferenciados decorreu durante 14 semanas no período de 1 a 31 de dezembro de 2020 e de 1 de março a 30 de abril de 2021, e foi realizado no CMD de um hospital central.

O CMD é uma unidade funcional autónoma que integra o departamento da área médica de um hospital central. Tem como missão a prestação de serviços e atos clínicos diferenciados a doentes de todos os grupos etários que lhe são referenciados, com o diagnóstico de dor crónica oncológica e não oncológica. É classificado de acordo com as normas da organização e classificação das unidades de dor crónica é classificado como um Centro Multidisciplinar de Dor (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; especialistas em anestesiologia, medicina interna, fisioterapia, neurologia); 5 enfermeiras (3 enfermeiras especialistas em enfermagem médico cirúrgica vertente 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).

Anteriormente, até 16 de março de 2020, o CMD localizava-se no piso 8 do edifício central da instituição e tinha 3 gabinetes de consulta e um hospital de dia. Para dar resposta ao plano de contingência da instituição devido à pandemia por SARS-COV-2 (COVID-19) o CMD necessitou de se mudar para instalações provisórias. Inicialmente previa-se durante um curto período de tempo, mas esta situação foi-se prolongando até setembro de 2021. O espaço atribuído ao CMD ficou reduzido a uma sala onde os profissionais realizavam as consultas telefónicas de enfermagem e médicas, e apenas um gabinete para consultas médicas presenciais. A redução do espaço físico teve repercussões na organização e funcionamento da equipa multidisciplinar, e também condicionou de forma significativa os cuidados presenciais à pessoa idosa com dor crónica e suas famílias. Nessa altura o horário de funcionamento do CMD era das 08h00 às 18h00 horas nos dias úteis.

Os participantes deste projeto foram pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos com dor crónica e alterações na funcionalidade, acompanhadas pela USF e CMD no período de estágio e as enfermeiras do CMD.

2.3. Considerações Éticas

Para a realização de trabalhos onde o objetivo é adquirir conhecimento, nomeadamente trabalhos de investigação segundo Fortin (1999) existe um limite que não pode ser ultrapassado, e este limite reporta-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e condignamente enquanto ser humano. Salientam-se cinco direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos que foram determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação (a capacidade de decidir por si), o direito à intimidade (liberdade de restringir a informação que quer dar devendo ser solicitado consentimento para tal), o direito ao anonimato e à

confidencialidade (para que ninguém consiga identificar nenhum participante 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).

Tendo por base estes princípios foi solicitado às pessoas idosas que participaram no projeto, o consentimento informado² e esclarecido no qual estão explícitas informações e os princípios éticos inerentes ao projeto: identificação e objetivos do projeto, identificação da investigadora, solicitação de colaboração, o caráter voluntário da participação, o direito de revogação em qualquer momento do consentimento na participação, a garantia da confidencialidade e anonimato dos dados.

Estão definidos na profissão de Enfermagem quer no Código Deontológico do Enfermeiro quer no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2015) os princípios éticos e deontológicos que foram cumpridos ao longo do estágio, nomeadamente durante a prestação de cuidados à pessoa idosa e família.

Nas instituições onde se realizaram o estágio foi solicitada a autorização para a realização dos estágios. Foi também autorizado o desenvolvimento do projeto no CMD pelo Conselho de Administração, após parecer positivo da Comissão de Ética, e da enfermeira coordenadora e diretora do serviço.

2.4. Atividades realizadas, resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A implementação do projeto decorreu nos dois campos de estágio: estágio em contexto hospitalar (local de implementação do projeto) com duração total de 14 semanas, e estágio de 4 semanas em cuidados de saúde primários.

Na metodologia de projeto estabeleceu-se objetivos, bem como as atividades/estratégias a desenvolver para poder dar cumprimento aos objetivos. A descrição das atividades realizadas, assim como as aprendizagens adquiridas foram organizadas nas áreas de competências do enfermeiro especialista no cuidado á

² O consentimento informado não é apresentado como apêndice deste relatório pois o seu conteúdo permitiria a identificação da instituição onde se realizou o projeto de intervenção.

pessoa idosa e como enfermeira especialista na implementação de um projeto, que a seguir se descrevem.

2.4.1. Competências como enfermeira especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa com dor crónica e alterações na funcionalidade.

Neste subcapítulo apresentam-se as atividades realizadas para dar cumprimento aos objetivos específicos definidos para desenvolver competências como enfermeira especialista na prestação de cuidados à pessoa idosa e família através do processo de Parceria, nomeadamente à pessoa idosa com dor crónica e alterações na funcionalidade (Gomes, 2021).

Quadro 1 Objetivo específico e atividades desenvolvidas

Objetivo Específico
Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa/alterações da funcionalidade, suas necessidades e especificidades de cuidados
Atividades:
1. Pesquisa bibliográfica sobre o processo de envelhecimento, avaliação das necessidades específica cuidado á pessoa idosa com alterações na funcionalidade
2. Elaboração conjunta de um Guião do Modelo de Parceria à Pessoa Idosa com Dor Crónica e alterações da funcionalidade
3. Reuniões tutoriais

Pesquisa bibliográfica sobre o processo de envelhecimento, dor crónica e funcionalidade na pessoa idosa

Esta atividade manteve-se ao longo de todo o período de estágio, com o objetivo de obter informação atualizada e baseada na evidência. Através da revisão narrativa é possível a aquisição e atualização de conhecimento sobre um tema predefinido num curto período de tempo (Rother, 2007). A revisão narrativa da literatura realizada com o propósito de selecionar, identificar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis para ajudarem na compreensão das intervenções de enfermagem a utilizar para permitir a aquisição ou desenvolvimento de competências pessoais e na equipa, na promoção do cuidado-de-Si em parceria com a pessoa idosa com dor crónica com alterações da funcionalidade, respeitando a sua individualidade.

Com esta metodologia utilizaram-se fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas tendo como objetivo a fundamentação teórica do tema em estudo.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

As conclusões retiradas da revisão narrativa contribuíram para a fundamentação teórica do projeto e para a análise e discussão das atividades realizadas. Com a revisão narrativa foi possível desenvolver e aprofundar conhecimentos sobre a temática do envelhecimento, dor crônica e funcionalidade na pessoa idosa, assim como, a análise do conhecimento científico disponível sobre o tema. Constatou-se pela revisão narrativa realizada, o interesse com o controlo eficaz da dor na pessoa idosa com alterações na funcionalidade, acrescentando ganhos em saúde como a melhoria do estado funcional global da pessoa idosa, a promoção do autocuidado, o controlo de sintomas e as estratégias de adaptação que são eficazes para cada pessoa (Castanheira, Neves, Santos, Lameiras & Faustino, 2015).

Elaboração conjunta de um Guião do Modelo de Parceria à Pessoa Idosa com Dor Crónica e alterações da funcionalidade

Após a realização da pesquisa bibliográfica mostrou-se pertinente desenvolver um instrumento para recolha de dados, um guião, com a intenção de conhecer a pessoa idosa com dor crónica e alterações da funcionalidade, tendo por base o modelo de parceria e de acordo com cada uma das fases de construção do processo na promoção do cuidado de Si (Gomes, 2021), mas adiado a situação concreta em estudo.

O guião desenvolvido (Apêndice I) incluiu conhecimentos da pessoa nos seus diversos domínios, e foram definidos elementos para cada domínio de acordo com as 5 fases constituintes do processo de construção de parceria, e que se resume de seguida:

- Revelar-se: o enfermeiro dá-se a conhecer à pessoa idosa; conhecer a 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.

- Capacitar ou possibilitar: partilhar o poder para a construção ação conjunta- promover o cuidado de si; promover o cuidado do outro.
- Comprometer-se: o enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o Cuidado-de-Si; o enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do outro.
- 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.

Quero salientar que a construção do guião foi partilhada com uma colega do CMD que esteve também a fazer este percurso académico, bem como com a equipa de enfermagem. Este facto tornou-se facilitador na aprendizagem e na construção do guião, pelos momentos de reflexão, partilha e troca de ideias no seio da equipa de enfermagem.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Com a elaboração do guião para avaliar a pessoa idosa e intervir em parceria com a mesma baseada no modelo de intervenção em parceria (Gomes, 2021), desenvolvi competências do enfermeiro especialista e mestre no domínio da gestão dos cuidados. A utilização do guião, tendo por base o modelo de parceria para a promoção do Cuidado-de-Si (Gomes, 2021), promoveu a compreensão da singularidade da pessoa idosa com dor crónica e alterações da funcionalidade, facilitando uma colheita de dados e informações em quantidade e qualidade adequada e que é determinante para uma tomada de decisão fundamentada. Este instrumento de trabalho para além de simplificar a colheita de informação permitiu a sua mobilização por exemplo na realização do estudo de caso. Possibilitou o aprofundamento do conhecimento sobre a pessoa idosa com alterações e ajudou a desenvolver a capacidade de observação e análise.

Reuniões tutoriais

Realizaram-se reuniões tutoriais com a professora orientadora da ESEL e com as enfermeiras orientadoras dos locais de estágio, na fase de diagnóstico e ao longo do projeto.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Nas reuniões tutoriais a professora orientadora da ESEL e as orientadoras de estágio mostraram sempre disponibilidade, apoio e motivação ao longo do percurso de aprendizagem.

As reuniões de orientação foram momentos privilegiados para a formação, reflexão/ação, ajudando e facilitando o processo de aprofundamento e construção do pensamento. Segundo Peixoto & Peixoto (2016), a reflexão crítica é uma prática indispensável no contexto clínico que permite que sejamos autoconscientes na prestação dos melhores cuidados e ajuda-nos a ter uma atitude reflexiva na e para a ação, permitindo assim uma aproximação entre a teoria e a prática.

As reuniões tutoriais possibilitaram o questionamento permanente sobre a pertinência do projeto, a planificação das atividades, os resultados previstos, bem como as competências a desenvolver como enfermeira especialista e mestre em enfermagem médico cirúrgica na vertente pessoa idosa com dor crónica

Quadro 2 Objetivo específico e atividades desenvolvidas na área dos Cuidados de Saúde Primários

Objetivo Específico Intervir na promoção do cuidado de Si, em processo de parceria, com a pessoa idosa/ família com dor crónica e alterações da funcionalidade em cuidados de saúde primários

Atividades:

1. Realização de estágio em USF do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, entre 01-02 a 26-02-2021, com a elaboração de um relatório de estágio final
2. Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa na promoção do Cuidado de Si, com alterações na funcionalidade:
 - Entrevistas à pessoa idosa, para a compreensão da sua especificidade e o impacto da dor crónica na sua vida
 - Avaliação multidimensional da pessoa idosa
3. Conhecer e compreender a intervenção da USF nos cuidados de saúde primários e sua articulação com os Hospitais de referência
4. Realização de uma sessão de formação sobre a pessoa idosa com alterações na funcionalidade
5. Reuniões reflexivas da prática com os enfermeiros

Realização de estágio numa USF do Agrupamento de Centros de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo entre 01/02/2021 a 26/02/2021, com a elaboração de um relatório de estágio final

O estágio nos cuidados de saúde primários realizou-se numa unidade de saúde familiar (USF) integrada no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Almada-Seixal. Esta é uma unidade funcional que presta cuidados de saúde, individuais e familiares. Os ACES iniciam-se em 2008 com o Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro, que determinou a sua organização e funcionamento, assim como a formação de unidades funcionais, nomeadamente as USF. Estas atuam em parceria com diversas entidades da comunidade, garantem a prestação de cuidados globais respeitando a individualidade, valorizando a humanização dos cuidados, priorizando a qualidade técnica científica e garantindo a melhoria contínua.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

O estágio realizado na USF foi um contributo para a compreensão da dinâmica na articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários. A partilha diária com a equipa multidisciplinar nas diversas atividades realizadas, possibilitou a obtenção de informações essenciais para o aprofundamento do conhecimento, numa área quase desconhecida para mim.

Aprendi com a equipa de enfermagem que as intervenções, programadas ou de urgência, são centradas na pessoa idosa e/ou família. Possibilitou-me, deste modo, desenvolver competências como enfermeira especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente na gestão do ambiente terapêutico e seguro gerador de segurança e respeito pessoa idosa e família (OE, 2019).

Compreendi durante o estágio que o objetivo da enfermeira especialista se centra essencialmente na capacitação da pessoa idosa e família para o desenvolvimento de competências, que vão possibilitar processos de transição, o mais saudável possível, da pessoa idosa com dor crónica com alterações na funcionalidade (Gomes, 2021). Considero que a enfermeira tem uma função de charneira no conhecimento do potencial de desenvolvimento da pessoa idosa com alterações da funcionalidade, para a promoção da autonomia, prevenção, tratamento, palição, reabilitação e reinserção (Gomes, 2021). Deste modo, a enfermeira promove a capacitação da pessoa idosa e família para a promoção do cuidado de Si (Gomes, 2021). A relação de confiança que se estabelece entre enfermeira/pessoa idosa e família é essencial na criação do processo de parceria (Gomes, 2021).

Como enfermeira especialista desenvolvi competências no domínio do desenvolvimento de um autoconhecimento através do recurso a reflexões individuais que me facilitaram a identificação de fatores que influenciam positivamente no relacionamento com a pessoa idosa e a equipa multidisciplinar. Saliento como exemplo a interação com uma pessoa idosa durante a realização de um penso, em que a enfermeira aproveitou para a conhecer melhor, perguntando sobre o fator desencadeante da ferida, na validação da terapêutica, e na adequação da linguagem ao nível de compreensão da pessoa idosa. Deste modo, a enfermeira contribuiu para a continuidade e qualidade dos cuidados à pessoa idosa. Este estágio proporcionou também autorreflexão sobre a intervenção enfermeira especialista junto da pessoa idosa com dor crónica com alterações na funcionalidade, com objetivo de promover a sua capacitação para gestão da sua situação saúde/doença, nomeadamente percebendo quais as condições familiares e sociais.

A realização do relatório de estágio contribuiu para refletir e sedimentar os conhecimentos e as competências adquiridas e/ou desenvolvidas, relativamente aos cuidados à pessoa idosa com dor crónica e alteração na funcionalidade e sua família em processo de parceria, no seu domicílio.

O estágio realizou-se numa fase de particular exigência na Pandemia Covid 19. Saliento o modo como a enfermeira transforma o tempo e espaço escasso e limitado, em disponibilidade aparentemente ilimitada e que é o fermento essencial para a construção de uma relação de confiança em parceria com a pessoa idosa (Gomes, 2021).

Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e alterações da funcionalidade na promoção do Cuidado de Si

- **Entrevistas à pessoa idosa com alterações na funcionalidade, no sentido de compreender a sua especificidade**

Esta atividade encontra-se associada aos Cuidados de Saúde Primários, mas é transversal também ao CMD. A entrevista realizada à pessoa idosa foi planeada, com recurso à técnica de recolha de dados com objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a especificidade da pessoa idosa, desenvolver competências de observação,

comunicação, de análise e avaliação multidimensional à pessoa idosa com dor e alterações na funcionalidade.

Deseja-se que o momento da entrevista seja um encontro entre duas pessoas a fim de uma delas obter informação a respeito de um determinado assunto ou problema, através de uma conversa de natureza profissional (Marconi & Lakatos, 2017).

Na realização da entrevista foi necessário previamente aprofundar conhecimentos sobre a técnica, nomeadamente sobre os cuidados inerentes à sua preparação. Segundo os autores Marconi & Lakatos (2017), o planeamento deve centrar-se nos objetivos a alcançar, a escolha da pessoa a ser entrevistada deve ter algo em comum com o tema, a data da entrevista deve ter em conta a disponibilidade da pessoa a ser entrevistada e deve ser marcada com antecedência. Acautelar as condições da entrevista para garantir o anonimato, e por fim organizar o guião das questões importantes. A entrevista foi semiestruturada, com um conjunto de questões previamente definidas e os instrumentos de avaliação multidimensional a utilizar.

Na realização do estudo de caso e respetiva entrevista selecionámos (eu e a enfermeira orientadora do local de estágio) uma pessoa idosa utente comum ao CMD e USF, contribuindo desta forma para aumentar a compreensão sobre a pessoa idosa com alterações da funcionalidade e ao mesmo tempo adequar a articulação entre o CMD e os cuidados de saúde primários. A entrevista com a pessoa idosa foi antecipadamente combinada no que diz respeito a data, hora e local. Devido aos constrangimentos vividos na altura pela pandemia COVID 19, a entrevista realizou-se numa sala de consulta na USF. Procurou-se proporcionar bem-estar, validando a passo-a-passo a informação transmitida pela pessoa idosa, através de sinais de concordância e de estímulo, como por exemplo, gestos, acenos de cabeça e também expressões de incentivo ao longo da entrevista, permitindo que a pessoa pudesse sentir-se à vontade e falar livremente.

A informação obtida através da entrevista ajudou a um melhor conhecimento da pessoa idosa com dor crónica e alteração na funcionalidade, possibilitando elaborar em parceria diagnósticos de enfermagem, como por exemplo avaliar a força muscular e equilíbrio da pessoa idosa, condições indispensáveis para manter uma marcha autónoma. Planear e implementar intervenções individualizadas à pessoa idosa, tendo em conta as suas potencialidades para desenvolver o seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2021).

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Para se proceder á recolha de dados sobre a pessoa idosa e aplicação da escala de Lawton e Brody, instrumento de avaliação das atividades instrumentais de vida diária (AIVD), foram realizados três encontros presenciais de aproximadamente 45 minutos cada. Estes encontros permitiram estabelecer uma relação de confiança com a pessoa idosa, facilitadora para obter algumas informações que de outra forma não seriam possíveis. Durante estes contactos a pessoa idosa foi revelando histórias e experiências de vida que permitiram o conhecimento da sua singularidade.

Estes momentos contribuíram e ajudaram a consolidar as condições essenciais para o processo de parceria como promotora do cuidado-de-Si: ver a pessoa como ser de projeto e de cuidado e, ter tempo e espaço para a construção de uma relação de qualidade (Gomes, 2021).

• Avaliação multidimensional da pessoa idosa com dor crónica

A avaliação multidimensional é um processo de diagnóstico para avaliar a saúde da pessoa idosa. Existem autores, entre os quais Moraes (2017) que convidam a alargar a perspetiva em relação ao conceito de saúde, aquando da pessoa idosa. Refere que a saúde deve ser integrada como uma medida de capacitação na realização de desejos com satisfação das necessidades e não só com a ausência de doença (Moraes, 2017). Portanto, a saúde está intimamente ligada á funcionalidade da pessoa idosa, e define saúde como a capacidade de a pessoa idosa gerir a sua própria vida ou cuidar de si mesmo (Moraes, 2017). A pessoa idosa pode ser portadora de doença crónica, viver sozinha, mas se tiver a capacidade de realizar as atividades de vida diária, e as atividades instrumentais de vida diária, e gerir a sua vida, pode ser considerada saudável. Considera-se uma pessoa saudável quando é capaz de realizar sozinha as suas atividades de forma autónoma e independente, mesmo sendo portadora de uma ou mais doenças crónicas (Moraes, 2017).

Com a utilização sistemática da avaliação multidimensional é possível planear intervenções específicas nos fatores de risco relacionados com a incapacidade diagnosticada e, intervir na promoção da saúde. A avaliação da funcionalidade global deve incluir escalas funcionais disponíveis, escalas de avaliação das atividades de vida básicas, escalas de avaliação das atividades instrumentais de vida diária, e

também a avaliação dos sistemas funcionais principais que deve incluir testes ou escalas apropriadas para a análise da cognição, humor, mobilidade e comunicação. Saliento a importância da formação e treino com os instrumentos de avaliação multidimensional, que foram utilizados.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Para concretizar esta atividade procedeu-se à realização de um estudo de caso a uma pessoa idosa acompanhada simultaneamente na USF e CMD, selecionada de forma intencional e consentida, através da qual se pretendeu adquirir competências na avaliação multidimensional à pessoa idosa.

A realização do estudo de caso foi um contributo para a melhorar a capacidade de observação e análise. A descrição de uma situação da vida real, permite adquirir conhecimentos e experiências que podem tornar-se uteis na tomada de decisão perante outras situações.

Com a utilização sistemática dos instrumentos de avaliação multidimensional é possível conhecer com maior profundidade os vários instrumentos de avaliação. Com um melhor conhecimento dos instrumentos de avaliação impõem-se tomadas de decisão criteriosas: Qual a escala mais adequada a ser utilizada? Qual o objetivo desta escolha? A importância da avaliação correta e seguintes reavaliações é um facto, pois permite identificar as alterações decorrentes do processo de envelhecimento e de doença da pessoa idosa, e pode facilitar o delinear de um plano de cuidados individualizado.

No CMD é reconhecida a importância de avaliar as atividades de vida diária da pessoa idosa (Escala de Barthel) e instrumentais de vida diária (Escala de Lawton & Brody), pois permite adquirir informações pertinentes e adequadas para delinear um plano de cuidados adequado e individualizado para cada pessoa idosa com dor crónica e alterações na funcionalidade.

Conhecer e compreender a intervenção da USF a nível dos CSP e sua articulação com o hospital de referência

A USF tem como competências a prestação de serviços especializados em diversas áreas como: consultas saúde infantil/juvenil, consultas de saúde materna,

consultas de saúde de adultos (onde se inclui a pessoa idosa), consulta a doentes com diabetes e consulta domiciliária. A visitação domiciliária pode ser solicitada e programada por iniciativa do utente/médico/enfermeira ou prestador de cuidados. Esta destina-se à vigilância de doentes dependentes, com alterações da funcionalidade motora ou com mobilidade condicionada, é agendada e realizada pelo seu médico e/ou enfermeira de família.

Com a realização do estágio foi possível contribuir para reforçar a colaboração entre CSP e cuidados hospitalares, nomeadamente entre USF e o CMD. Apesar de terem culturas organizacionais e missões distintas, partilham o mesmo objetivo de controlar a dor, contribuindo para a saúde e bem-estar da população, em especial da pessoa idosa. O melhor conhecimento da organização dos CSP contribuiu para a melhoria na acessibilidade e continuidade dos cuidados de saúde à pessoa idosa com dor crónica com alteração da funcionalidade.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Durante o estágio na USF reforçou-se a importância de trabalhar numa equipa com uma visão interdisciplinar que presta cuidados globais, respeitando a individualidade da pessoa idosa o que valoriza e humaniza o cuidado, promove a autonomia e capacitação da pessoa idosa e sua família no seu projeto de vida, nomeadamente com alterações da funcionalidade (Gomes, 2021).

A acessibilidade e a continuidade dos cuidados são fundamentais na prática clínica na USF, especialmente à pessoa idosa. Estas foram aprendizagens realizadas no decurso do estágio, em que o utente e a família são incentivadas a realizar o contacto com enfermeira de família e/ou médico por telefone ou email. A gestão na resposta é feita por cada profissional de saúde, individualmente, mas é partilhada no seio da equipa (médico/enfermeira), tanto o problema como a sua resolução. Percebi que a comunicação por email com a pessoa idosa e família pode ser incrementada no CMD e tornar-se uma mais-valia na continuidade de cuidados no domicílio, particularmente a pessoas idosas com problemas na funcionalidade e também na gestão da terapêutica para o adequado controlo de dor.

O conhecimento mútuo do funcionamento das unidades, objetivos e dificuldades favorece a construção de pontos de articulação entre o hospital, CMD em

especial, e a USF. Sentiu-se com o decorrer do estágio uma cimentação importante na relação já longa de articulação entre o CMD e a USF.

Na partilha do projeto a equipa de enfermagem mostrou interesse na importância da avaliação funcional na melhoria da continuidade dos cuidados. A sua motivação relaciona-se com o encaminhamento dos doentes da USF para a rede de cuidados continuados, onde a equipa de enfermagem tinha que preencher um formulário com diversas informações sobre a pessoa idosa, e também uma escala de avaliação funcional cuidados da pessoa idosa que desconheciam. Estava prevista a realização de uma sessão de formação em serviço sobre “Dor crónica na pessoa idosa com alterações da funcionalidade”, que não pode ser realizada devido às restrições impostas pela pandemia, em que não eram permitidas formações em grupo. O enfermeiro especialista tem a função de facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formador oportuno em contexto de trabalho (OE, 2019). Assim embora a pandemia tenha condicionado a periodicidade das formações, foi nossa preocupação manter a partilha individual e em grupos reduzidos de enfermeiras e estudantes de enfermagem sobre a problemática da pessoa idosa com dor crónica e alterações da funcionalidade.

Também ao partilhar com a equipa de enfermagem o projeto que estava em curso no CMD “Centro Multidisciplinar Dor Amigo das pessoas idosas” com o qual se pretendia uma nova abordagem na prestação de cuidados à pessoa idosa onde se privilegia a promoção da saúde e a gestão da doença em oposição a uma abordagem centrada na cura, proporcionando uma melhoria dos cuidados participação, autonomia, independência da pessoa idosa, promovendo o Cuidado-de-Si (Gomes, 2016). Usufri deste momento para sensibilizar, através da equipa de enfermagem para a possibilidade de se tornarem uma USF amiga das pessoas idosas, procurando melhorar o bem-estar da pessoa idosa particularmente no que diz respeito á promoção da funcionalidade e autonomia.

Atendendo à especificidade de cada intervenção de enfermagem e como futura enfermeira especialista aproveitei todos os momentos para atuar como dinamizadora na sensibilização para a importância da avaliação multidimensional da pessoa idosa no contexto da prática de cuidados visando ganhos em saúde. É reconhecida por toda a equipa de enfermagem a importância da avaliação multidimensional da pessoa idosa, apesar de manifestarem algum desconhecimento nesta área.

Reuniões de análise reflexivas da prática com os enfermeiros

Realizaram-se diariamente a passagem de informação entre os elementos da equipa com o objetivo de assegurar a continuidade dos cuidados de todos os utentes, e promover a qualidade dos mesmos. Semanalmente estão programadas sessões de formação que abrangem diversos temas, partilha de conhecimento e discussão de situações clínicas, em que são definidos os cuidados/intervenções á pessoa idosa e/ou família.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A preocupação com a passagem de informação diária demonstra um cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa e a sua singularidade. A pessoa idosa é o centro de interesse dos cuidados dos enfermeiros que pretendem ajudar e apoiar a gerir e lidar com a situação de doença no contexto do seu projeto de vida (Gomes, 2021). Outro aspeto de grande importância para os enfermeiros é a promoção da autonomia e independência da pessoa idosa tendo em conta as suas capacidades. Procuram desenvolver as suas potencialidades de modo que possam agir e decidir de acordo com o perfil de dependência e independência da pessoa idosa nas atividades de manutenção de vida (Gomes, 2021).

O enfermeiro especialista tem a função de facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formador oportuno em contexto de trabalho (OE, 2019). Assim embora a pandemia tenha condicionado a periodicidade das formações, foi nossa preocupação manter a partilha individual e em grupos reduzidos de enfermeiras e estudantes de enfermagem sobre a problemática da pessoa idosa com dor crónica e alterações da funcionalidade.

2.4.2 Competências como enfermeira especialista e mestre na implementação de um projeto na equipa, que contribua para melhorar o cuidado á pessoa idosa com dor crónica e alterações na funcionalidade

No segundo subcapítulo apresenta-se as atividades realizadas com o objetivo de desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre na

implementação de um projeto, contribuindo também para o desenvolvimento de competências das enfermeiras nos cuidados à pessoa idosa/família, na avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica através do processo de Parceria.

Quadro 4 Objetivo e atividades desenvolvidas na fase de implementação – Centro Multidisciplinar de Dor

Objetivo Específico Intervir na promoção do cuidado de Si, em processo de parceria, com a pessoa idosa com dor crónica e alterações na funcionalidade em contexto hospitalar
Atividades: <ol style="list-style-type: none">1. Realização de focus grupo com a equipa de enfermagem e análise de conteúdo do focus grupo2. Entrevistas à pessoa idosa, para a compreensão da sua especificidade e o impacto da alteração da funcionalidade na sua vida3. Reunião de apresentação dos resultados

Realização de focus grupo com a equipa de enfermagem

Na implementação do nosso projeto utilizámos como técnica de recolha de dados o *focus grupo* à equipa de enfermagem. De acordo com Morgan (2018) *focus grupo* é uma técnica de investigação que visa a recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador, que no nosso projeto foi sobre a avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica. Esta técnica tem por finalidade obter informações que não poderiam ser colhidas por entrevista apenas a um sujeito (Guest, Namey, Taylor, Eley & Mckenna, 2017). Reconheceu-se o potencial pedagógico do confronto de ideias, em que a opinião de uma das enfermeiras foi complementada ou até mesmo contrariada pelos restantes elementos da equipa, resultando tanto numa opinião coletiva, como em opiniões divergentes pois foram pensadas e discutidas por diferentes pessoas (Nyumba, Wilson, Derrick & Mukherjee, 2018). A força real do *focus grupo* não é apenas na exploração do que as pessoas têm para dizer, mas em fornecer *insights* quanto às origens de comportamentos complexos e motivações das enfermeiras (Galego e Gomes, 2005).

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Uma das aprendizagens realizadas foi a apropriação e desenvolvimento das etapas do processo de implementação do *focus grupo*: planeamento, preparação, moderação, análise dos resultados e divulgação dos resultados (Silva, Veloso e Keating, 2014).

Na fase de planeamento foi elaborado um guião de *focus grupo* para a equipa de enfermagem (Apêndice II). Este revelou-se de grande importância pois permitiu preparar-nos para a dinamização do *focus grupo*, formulando questões para a reflexão na equipa de enfermagem, e ir ao encontro dos dados que pretendíamos recolher (Silva & Fortunato, 2021). Compreendi a necessidade de num primeiro momento colocar questões mais amplas sobre a avaliação funcional à pessoa idosa com dor crónica, e posteriormente torná-las mais específicas sobre a prática de enfermagem, de forma a contribuir para respostas mais refletidas e aprofundadas por parte das enfermeiras (Reyes, 2011).

Aprendemos que a preparação do *focus grupo* é uma fase essencial. Procurou-se o envolvimento de toda a equipa de enfermagem, pelo que todas as enfermeiras foram convidadas pessoalmente e confirmada a sua presença individualmente. Realizou-se no dia 5 de março de 2021, dia e hora escolhido pelas enfermeiras. Este período de tempo foi o mais propício em termos organizacionais por não existirem atividades assistenciais programadas, o que potencializou a criação de condições favoráveis (espaço, tempo, disponibilidade) à reflexão em equipa, e conseqüente desenvolvimento do projeto.

A moderação foi uma das fases mais desafiantes no que diz respeito às aprendizagens realizadas, em termos pessoais e profissionais, devido ao facto de ser uma área completamente nova para nós. Como investigadora assumimos o papel de moderadora no *focus grupo*. No início da sessão a equipa foi informada do objetivo do *focus grupo* e requisitos metodológicos, bem como seriam garantidos os princípios éticos inerentes a um projeto de investigação, nomeadamente no que diz respeito ao anonimato e confidencialidade dos dados, e na obtenção do consentimento oral e escrito para a respetiva participação e também do tempo estimado de duração. Procurámos manter uma postura facilitadora, promovendo condições favoráveis para que as enfermeiras se sentissem respeitadas, livres de emitir a sua opinião,

garantindo o sentido da conversa, escutando, mas também questionando, possibilitando a autorrevelação das opiniões das enfermeiras. Ao longo da sessão estivemos conscientes do que dizem alguns autores, nomeadamente que o moderador deve manter uma posição imparcial de forma a não transparecer a sua opinião, e não influenciar os resultados alcançados (Backes, Colomé, Erdamn & Lunardi, 2011). Estando num processo de aprendizagem nesta técnica, necessitámos de focar a atenção para conduzir e apreender a informação emergente durante a reunião. De acordo com o que está preconizado no processo de *focus grupo* solicitamos á colega que estava a realizar o percurso académico connosco, para desempenhar o papel de observador, fazer a gravação áudio e recolhendo notas durante a sessão (Silva, Veloso & Keating, 2014). Seguindo as orientações de Silva & Fortunato (2021), na final sessão, reunimo-nos com as duas, investigadora e observadora, para trocar impressões e informações sobre o *focus grupo*.

No papel de investigadora tivemos que fazer um duplo esforço: entender o sentido da comunicação colocando-nos no papel do recetor, e principalmente desviar o olhar procurando o significado da mensagem durante o *focus grupo* (Bardin, 2018). Como enfermeira especialista, a realização desta atividade, acrescentou nas minhas competências na comunicação e observação, permitindo-nos perceber o significado para além das palavras de cada uma das enfermeiras participantes no FG.

Esta técnica possibilitou-nos a compreensão e reconstrução do conhecimento existente sobre o tema em investigação, importância da avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica, na equipa de enfermagem do CMD. Permitiu-nos perceber a inferência de conhecimentos relativo às condições de produção/receção da mensagem, relativamente ao tema que estamos a estudar (Bardin, 2018).

Depois da realização do *focus grupo* e para a análise dos resultados recolhidos optámos pela respetiva análise de conteúdo, por ser uma técnica metodológica de tratamento de dados na pesquisa qualitativa. Esta técnica desconhecida para mim tornou-se desafiante, pois necessitamos de pesquisar para perceber qual a mais-valia na realização deste projeto. Segundo Bardin (2018) a análise de conteúdo prevê três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (inferência e interpretação).

A primeira fase pode ser designada como uma fase de organização, com um esquema de trabalho preciso, mas com procedimentos que podem ser flexíveis (Bardin, 2018). Neste estudo fizemos a transcrição da gravação realizada durante o

focus grupo, que em conjunto com as notas escritas pela colega constituiu o corpus da pesquisa. Para garantir o anonimato e a confidencialidade, atribuímos um código a cada uma das enfermeiras participantes no *focus* grupo (E1, E2, E3 e E4). Na escolha dos documentos a analisar, e de acordo com Bardin (2018), seguir a alguns princípios, nomeadamente: *exaustividade* (utilizar a totalidade da comunicação não se omitindo nada); *representatividade* (a amostra deve ser representativa do universo estudado); *homogeneidade* (os dados devem ser colhidos com técnicas iguais, referirem-se ao mesmo tema e obtidos pelo mesmo investigador); *pertinência* (os documentos devem adaptar-se ao objetivo do tema); *exclusividade* (o mesmo elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria). Iniciei *uma leitura flutuante* dos documentos para úteis na investigação e criar familiaridade com eles (Urquiza & Marques, 2016).

Na segunda fase ou fase de exploração do material o investigador vai codificar (reunindo e agrupando elementos com características comuns), classificar (agrupando pelo sentido das palavras) e por último vai fazer a categorização (permite reunir o maior número de informações através de uma esquematização onde se pode correlacionar classes de acontecimentos e ordená-los).

A terceira fase é denominada pela fase de tratamento dos resultados, o investigador trabalha os resultados (em bruto) obtidos, para que sejam válidos e atribui-lhes significado (Bardin, 2018). Durante este processo o investigador vai interpretar o conteúdo, encontrar o sentido por trás do imediatamente apreendido, e se tiver resultados fiéis e reveladores pode propor inferências, e adiantar a interpretação de conceitos (Bardin, 2018). Os conceitos são provenientes das verbalizações dos participantes. Quando se encontra um tema nos dados recolhidos é necessário comparar ações para ver se existem conceitos que os unifique. Durante a interpretação dos dados é necessário ter presente os referenciais teóricos pertinentes á investigação. A relação entre os resultados obtidos e a fundamentação teórica é que dão sentido á interpretação (Bardin, 2018). As interpretações que conduzem às inferências devem conduzir o investigador a encontrar o verdadeiro significado do discurso dos participantes, tentando perceber o sentido de algumas afirmações aparentemente superficiais. (Bardin, 2018).

Apresentamos de seguida os principais resultados da análise do *focus* grupo. Da análise de conteúdo do *focus* grupo emergiram duas categorias: **Avaliação funcional como intervenção para conhecer a pessoa idosa com dor crónica** e o

ambiente físico “provisório” do CMD não é amigo da funcionalidade da pessoa idosa.

Em relação á primeira categoria, avaliação funcional como intervenção para conhecer a pessoa idosa com dor crónica, as enfermeiras reconheceram as dificuldades em diagnosticar as alterações na funcionalidade da pessoa idosa com dor crónica, pois as perdas da funcionalidade nem sempre são valorizadas pela pessoa idosa. Uma enfermeira especificou que “Por vezes são pequenas nuances. As pessoas vão perdendo pequenas capacidades que não valorizam. A pessoa também não nos diz.” (E1). A interação entre enfermeira e a pessoa idosa á distancia, durante a pandemia, não favoreceu uma avaliação objetiva da evolução da funcionalidade da pessoa idosa, tal como disse outra enfermeira: “A maioria dos doentes nós não os vimos, é tudo pelo telefone e por vezes nem falamos com o doente. O vizinho ou o familiar pedem medicação e nós acreditamos, mas nem sabemos se o doente se mexe ou se está acamado.” (E3). A equipa de enfermagem reconheceu que o conhecimento da pessoa idosa é muito vago, como nos refere uma enfermeira: “É que o doente diz que melhora e nós dizemos que ele não melhora ou piora e que está na mesma, e muitas vezes não temos dados objetivos é tudo muito vago”. (E1). A falta de conhecimento sobre a pessoa idosa dificulta a identificação dos problemas, o diagnóstico de enfermagem, e, portanto, a intervenção centrada na pessoa, como expressa uma enfermeira “Percebemos que os doentes vão decaindo, mas não percebemos onde e não identificamos, logo não podemos encaminhar.” (E1).

As enfermeiras reconhecem a importância da avaliação funcional das pessoas idosas e das que não sendo idosas têm características geriátricas como refere uma das enfermeiras “É fundamental fazer uma avaliação multifuncional das pessoas idosas, aliás nos nossos doentes, pois muitos têm características geriátricas.” (E1). A utilização de instrumentos de avaliação funcional ajuda a conhecer a pessoa idosa, permitem objetivar progressos ou retrocessos, compreender o que a pessoa idosa consegue realizar, o seu potencial funcional e negociar compromissos, tal como descreveu uma enfermeira nas seguintes frases “Se fizermos uma avaliação funcional permite-nos objetivar as evoluções ou as involuções.” e “A utilização de escalas pode ajudar a compreender o que a pessoa faz, o que pode fazer, e procurar um meio termo.” (E1).

Na avaliação funcional à pessoa idosa com dor crónica as escalas devem ter frases fáceis e simples adequadas ao nível de compreensão da pessoa, tal como nos

refere a enfermeira. “As escalas têm que ter frases fáceis e simples para a pessoa idosa ir respondendo e perceber o que estamos a perguntar”. (E2). As escalas de Barthel e Lawton e Brody são consideradas uma boa opção para a avaliação da funcionalidade, nomeadamente no que diz respeito á avaliação das atividades de vida diárias e AIVD, como nos diz uma das enfermeiras “Acho que são boas escalas (Barthel e Lawton e Brody) e fáceis de seguir e de explicar á pessoa” (E2).

Em relação á segunda categoria, **ambiente físico “provisório” do CMD não é amigo da funcionalidade da pessoa idosa**, as enfermeiras reconheceram que a abordagem da funcionalidade da pessoa idosa com dor crónica obriga também a olhar para o ambiente do CMD, como explicitou uma enfermeira na seguinte frase “(...) obriga-nos a olhar para nós e para o nosso ambiente e verificar se ele é facilitador ou não da funcionalidade da pessoa idosa.” (E1). No período de realização do estágio a equipa do CMD estava em instalações provisórias consideradas pelas enfermeiras como um ambiente físico não facilitador da funcionalidade da pessoa idosa. Salientaram alguns constrangimentos, entre os quais, a falta de informação sobre a localização do CMD, fora do edifício principal, provocava deslocações desnecessárias em pessoas idosas que já têm alterações na sua funcionalidade. Não existia sinalética de localização, não existia parque de estacionamento perto, existia risco de queda nos acessos pedonais pelo pavimento danificado. Também as condições do CMD e do gabinete de consulta eram insuficientes: não garantiam privacidade, não tinham ventilação pelo que a porta tinha que estar aberta.

Apesar dos constrangimentos acima mencionados pelas enfermeiras, estas referem que mesmo com instalações provisórias existe a necessidade de melhoria do ambiente físico, nomeadamente com a realização de auditorias regulares para identificar e intervir nas não conformidades, para tornar o CMD amigo das pessoas idosas. Ilustramos esta vontade de melhorar as condições de acesso á pessoa idosa com dor crónica com as seguintes frases, “Eu penso que é interessante quer seja provisório ou definitivo aplicar uma grelha em que se vê se as coisas são adequadas ou não (pessoa idosa).” e de todas as inconformidades escolher 1 ou 2 que podemos melhorar.” (E1)

Após refletirmos nos resultados obtidos com esta atividade percebemos a importância da realização da avaliação da funcionalidade com a utilização desta escala de Lawton e Brody, porque permitiu-nos perceber o número de pessoas idosas com dor crónica e grau de dependência seguidas no CMD. Não posso deixar de referir

que este resultado nos criou alguma surpresa. Percebíamos nas diferentes consultas no CMD que as pessoas idosas podiam ter algumas limitações, mas considerávamos de um modo geral independentes. No entanto, ao realizar a avaliação com a escala de Lawton e Brody constatámos que para além da aparente independência, conseguimos objetivar dimensões específicas da funcionalidade que interferiram no quotidiano da vida da pessoa idosa. Simultaneamente, questionámo-nos sobre o que verdadeiramente importa conhecer da pessoa idosa com dor crónica para que como enfermeira especialista e mestre possamos contribuir para a promoção do Cuidado de Si, de forma a ajudar no seu projeto de saúde e vida (Gomes, 2020).

Com estes resultados aprendemos que teremos que provavelmente repensar qual o(s) tipo(s) de escala mais adequada para implementar no CMD que possibilite uma avaliação multidimensional da pessoa idosa com dor crónica e alterações da funcionalidade.

Esta atividade permitiu o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista e mestre, na implementação de um projeto.

Possibilitou também o desenvolvimento da capacidade de análise das práticas, na realização do *focus grupo* e contribuiu para o desenvolvimento das competências ao nível da investigação e da prática baseada na evidência. O principal objetivo foi 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 da funcionalidade (Martins, 2016; OE, 2019; Gomes, 2020). Permitiu também desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, em que baseamos 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, para a compreensão da sua especificidade e o impacto da alteração da funcionalidade na sua vida

De acordo com o que estava planeado previamente no projeto realizaram-se entrevistas á pessoa idosa com dor crónica acompanhada no CMD, no período de março e na primeira quinzena de abril de 2021. Escolhemos esta técnica de recolha

de dados com o objetivo de recolher e aprofundar conhecimentos sobre a especificidade da pessoa idosa com alterações da funcionalidade. O tipo de entrevista foi a estruturada utilizando a escala de Lawton & Brody (Lawton & Brody, 1969). Esta escala permite avaliar a autonomia da pessoa idosa para realizar as atividades necessárias que lhe permitam viver de forma independente na comunidade, que são designadas por atividades instrumentais de vida diária (AIVD), nomeadamente: utilização do telefone; realização de compras; preparação das refeições; tarefas domésticas; lavagem da roupa; utilização de meios de transporte; manejo de medicação e responsabilidade em assuntos financeiros. Incluímos também na entrevista itens para a caracterização da amostra, como idade, género, escolaridade, estado civil e origem da dor (oncológica ou não oncológica). Na análise da informação obtida através da escala de Lawton & Brody, seguimos a indicação dos autores em que no caso dos homens não se contabilizaram a pontuação nas atividades de preparação das refeições, tarefas domésticas e lavagem da roupa, por questões culturais e geracionais, em que não era habitual os homens realizarem estas tarefas.

A amostra para este estudo foi intencional e por conveniência, pois foram realizadas a todas as pessoas idosas com dor crónica que se dirigiram ao CMD no período acima mencionado. A pandemia influenciou a realização das entrevistas pelas alterações na organização assistencial, provocada pela mudança e exiguidade de espaço físico, descrito anteriormente.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

Na realização das entrevistas sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a técnica da entrevista, nomeadamente no que diz respeito à sua preparação (Marconi & Lakatos, 2017). Aprendemos que o planeamento da entrevista deve ter sempre em vista o objetivo e a escolha das pessoas obedece a critérios de inclusão: pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos com dor crónica e a acompanhadas no CMD, com capacidade de comunicação oral, e critérios de exclusão: pessoas que não cumpriram os critérios de inclusão ou recusassem participar no estudo. Para a realização das entrevistas tivemos sempre em conta a disponibilidade da pessoa idosa, procurámos garantir a privacidade apesar dos constrangimentos das instalações físicas no CMD. Assegurámos a confidencialidade e anonimato dos dados. Solicitámos o consentimento informado às pessoas idosas

do estudo. As aprendizagens realizadas nesta área possibilitaram o desenvolvimento de competências de especialista e mestre em enfermagem no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.

Tomei consciência que qualquer das entrevistas foi um encontro entre duas pessoas – enfermeira e pessoa idosa-, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversa de natureza profissional (Marconi & Lakatos, 2017). No entanto, constatámos que nas entrevistas realizadas e ao perguntar determinados itens da escala de avaliação, a pessoa idosa partilhava conosco histórias da sua vida que muito provavelmente de outra forma não teríamos tido acesso. Durante as entrevistas atrevemo-nos a ir ao encontro de um lado desconhecido para nós daquela pessoa idosa (Collière, 1999). Neste sentido, aprendemos que a utilização de uma “simples” escala de avaliação multidimensional pode ser um cuidado de enfermagem.

A realização das entrevistas proporcionou-nos o desenvolvimento de competências comunicacionais, de uma postura profissional de disponibilidade para escutar e ter conversas intencionais para conhecer a pessoa idosa com dor crónica (Shajan & Snell, 2019). Como enfermeira especialista aprendemos também que é essencial a avaliação multidimensional da pessoa idosa recorrendo a instrumentos de avaliação, especialmente quando a pessoa idosa sofre de dor crónica e tem alterações da funcionalidade, nomeadamente com morbilidades associadas (DGS, 2019).

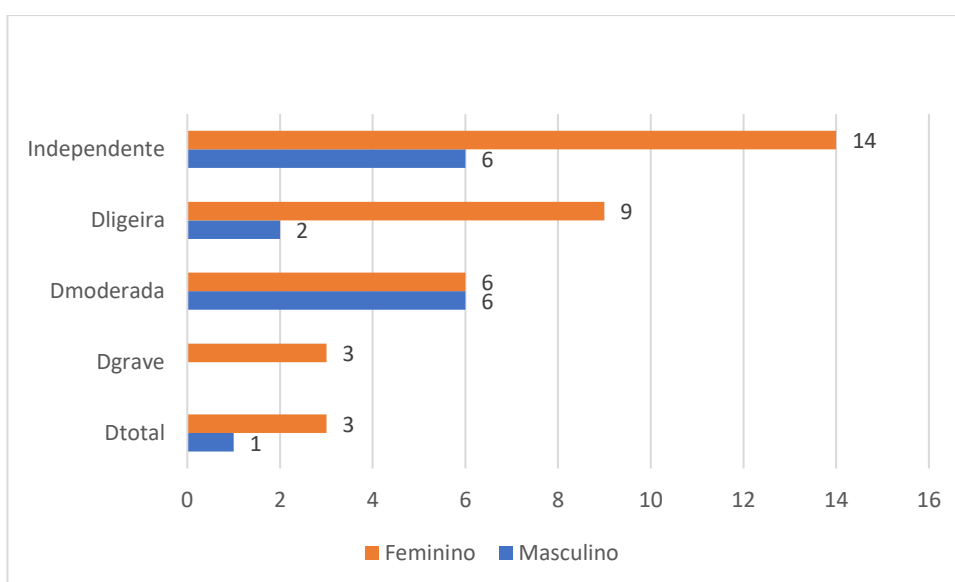
Apresentamos de seguida os principais resultados.

A amostra foi composta por 50 pessoas idosas, com média de idade é de 76,96 anos, sendo a idade mínima de 65 anos e a idades máxima de 93 anos, 70% do género feminino e 30% do género masculino. A maioria das pessoas idosas (62%) tinha a escolaridade básica, cerca de 12% tinha o 2º ciclo, 10% terminou o ensino secundário e apenas 6% referiram ter curso superior. Encontramos ainda 8% de pessoas idosas analfabetas. Em relação ao estado civil a maioria das pessoas idosa eram casadas (52%), cerca de 34% eram viúvas, 10% divorciado/a e 4%. D. A maioria das pessoas idosas têm dor crónica não oncológica (80%) e cerca de 20% têm dor relacionada com a sua doença oncológica. Os dados da nossa amostra estão em concordância com a maior prevalência da dor crónica no género feminino, baixa escolaridade e dor de origem não oncológica (Azevedo et al, 2012).

O estado funcional das pessoas idosas com dor crónica que constituíram a nossa amostra, no que diz respeito á independência na realização das AIVD, encontrava-se preservada em cerca de 40% das pessoas idosas. Cerca de 22% das pessoas idosas apresentava dependência ligeira e 24% dependência moderada. Verificamos que 6% das pessoas idosas tinha dependência grave e 8% dependência total para a realização das AIVD.

Apresentamos na figura seguinte a distribuição da amostra quanto ao grau de dependência nas AIVD pelo género.

Figura 1- Grau de Dependência por Género



De seguida vamos apresentar brevemente as respostas dadas pela pessoa idosa às oito AIVD que constituem a escala de Lawton & Brody, para uma melhor compreensão da alteração da funcionalidade da pessoa idosa com dor crónica.

Em relação á primeira atividade que é a capacidade de utilização do telefone, 37 pessoas idosas referiram que utilizavam o telefone por iniciativa própria e de forma autónoma. As restantes pessoas idosas tinham diferentes limitações no uso do telefone, nomeadamente 5 pessoas idosas disseram que são capazes de marcar o número de telefone, mas só dos familiares mais próximos (filhos e netos) com quem falam com regularidade. As restantes pessoas idosas (n=8) não conseguem utilizar o telefone, embora 5 pessoas consigam pedir para telefonar quando desejam falar para alguém que necessitem.

Estes resultados permitem-nos compreender a razão pela qual é frequente, na nossa prática clínica, serem os familiares da pessoa idosa a telefonar para solicitar receitas, colocar dúvidas, informar sobre agudizações da dor crónica e efeitos secundários da terapêutica. Como enfermeira especialista fez-me refletir sobre a acessibilidade aos cuidados diferenciados no CMD por parte das pessoas idosa que não conseguem utilizar o telefone, uma vez que este é um meio de comunicação privilegiado entre a pessoa e a equipa de saúde. Preocupa-nos a continuidade de cuidados á pessoa idosa com dor crónica no domicílio, especialmente para os doentes que vivem sozinhos e com pouco apoio familiar. Levanta-nos questões sobre a necessidade de incrementar a articulação com redes de apoio na comunidade.

No que diz respeito á segunda atividade de fazer compras constatámos que cerca de metade das pessoas idosa são capazes de fazer as compras de forma independente. Cerca de 13 pessoas idosas são totalmente incapazes de fazer compras. Aproximadamente 1/3 das pessoas idosas da amostra apresenta algum grau de dependência nesta atividade. Verificámos que 10 pessoas idosas conseguem realizar de forma independente, mas só pequenas compras e 2 pessoas idosas referem necessidade de ir acompanhadas para fazer qualquer tipo de compra.

Como enfermeira especialista na área da pessoa idosa fez-nos refletir sobre o pouco conhecimento que efetivamente temos das dificuldades existentes na vida da pessoa idosa, que podem colocar em risco a sua sobrevivência, por exemplo, em não conseguir comprar bens essenciais. Apercebemo-nos da importância de realizar uma avaliação multidimensional da pessoa idosa de forma sistemática que nos permita traçar um plano de cuidados de enfermagem individualizado e que dê resposta á singularidade de cada pessoa idosa.

De acordo com a nossa amostra na atividade preparação das refeições, 23 mulheres idosas referem que organizam, preparam e servem as refeições sozinhas e adequadamente. No entanto, 5 das mulheres necessitam que lhes preparem e sirvam as refeições. Duas mulheres são capazes de preparar adequadamente as refeições se lhes fornecerem os alimentos, as restantes 5 mulheres preparam, aquecem e servem as refeições, mas não seguem uma dieta adequada. Nesta atividade referimo-nos só á população do género feminino pela razão que anteriormente mencionamos. Como enfermeira especialista ao analisar estes resultados apercebemo-nos que anteriormente era uma área de intervenção de enfermagem praticamente ausente na nossa prática clínica. Reconhecemos hoje a importância de uma nutrição adequada

especialmente na pessoa idosa com dor crónica. As comorbilidades da pessoa com dor crónica acarretam polimedicação e frequentemente automedicação com anti-inflamatórios, que vai afetar o sistema gastrointestinal da pessoa idosa, já debilitado pelo processo de envelhecimento. Outro aspeto tem a ver com os efeitos secundários da terapêutica analgésica sobretudo opioides, nomeadamente náuseas, vômitos e obstipação que podem contribuir para uma inadequada ingestão de alimentos.

Outra das atividades abordada nesta escala são as tarefas domésticas, das quais lembramos novamente que não foram consideradas as pessoas idosas do género masculino. Esta atividade mostra uma diminuição acentuada na capacidade funcional de manter a casa sozinha ou com ajuda ocasional nos trabalhos pesados, apenas 7 das 35 mulheres idosas o conseguem fazer. Cinco realizam tarefas ligeiras, como lavar pratos ou fazer a cama. Duas realizam tarefas ligeiras, mas não podem manter um nível adequado de limpeza. Três mulheres necessitam de ajuda em todas as tarefas domésticas, e 24 mulheres idosas não participam em nenhuma tarefa doméstica. Ao refletirmos sobre esta atividade compreendemos a importância que a dependência na realização das tarefas domésticas tem em especial para as mulheres idosas com dor crónica. Escutámos ao longo dos anos que as pessoas procuram ajuda médica para o controlo da dor quando esta interfere nas atividades de vida. As mulheres verbalizam com muita frequência a associação entre a noção de controlo da dor e a capacidade de realizar as tarefas domésticas, independentemente da diminuição ou não da intensidade da dor. A expectativa da mulher idosa quando vem ao CMD é muitas vezes expressa não em termos de dor, mas como dizem frequentemente “quero conseguir fazer as minhas coisas em casa”. Na intervenção de enfermagem como enfermeira especialista é importante não só avaliar a dor na sua intensidade, mas em particular nas pessoas idosas centrar a avaliação na sua funcionalidade que se interliga com a saúde global da pessoa idosa.

A quinta atividade é a lavagem da roupa (em que também não se contabiliza as respostas dos homens), em que 24 das 35 mulheres idosas da amostra conseguiam lavar a sua roupa sozinhas. Três lavavam sozinhas pequenas peças de roupa e oito refeririam que a lavagem da roupa tinha que ser feita por terceiros. A existência da máquina de lavar roupa facilita o desempenho desta atividade. No entanto os movimentos (agachamento, flexão, rotação do tronco) que exige o tratamento da roupa pode ser fator de agravamento da dor, nomeadamente da dor na região lombar e membros inferiores.

De acordo com as respostas dadas para a atividade utilização de meios de transporte 22 pessoas idosas com dor crónica responderam que viajam sozinhos em transporte público ou conduzem em carro próprio. Treze pessoas idosas só utilizavam táxi ou autocarro com ajuda de terceiros. Também 13 pessoas idosas refeririam que não viajam. Um dos participantes era capaz de apanhar táxi, mas não utilizava transportes públicos. Também um dos participantes disse que viajava em transportes públicos quando ia acompanhado. Sabemos que durante o processo de envelhecimento todos os idosos incluindo a pessoa idosa com dor crónica vão ter alterações a nível biológico, em que os danos celulares e moleculares progressivos podem gerar incapacidades físicas e mentais da pessoa idosa. Em 2019 realizou-se um estudo que revelou que a pessoa idosa com dor crónica tem problemas a nível da mobilidade incluindo postura/marcha/transferência (membros inferiores) (Lemos et al 2019). Os membros inferiores são uma das regiões particularmente afetadas nesta população. Verifica-se uma marcha lenta e também uma diminuição dos reflexos e da flexibilidade. Estas alterações/limitações aumentam o risco de quedas, e diminuem a capacidade da pessoa idosa se proteger a si mesma. Como enfermeira especialista levou-nos a refletir sobre como poderemos contribuir para a segurança da pessoa idosa com dor crónica, tanto no domicílio como em ambiente externo. Para isso é reforçamos a importância da avaliação sistemática da funcionalidade, a partir da qual podemos delinear intervenções de enfermagem individualizadas.

A atividade seguinte tem a ver com a gestão da medicação, que é uma das ações essenciais no controlo da dor crónica, especificamente no correto cumprimento do plano terapêutico integrado. Na resposta a esta atividade, 37 pessoas idosas referiram que eram capazes de tomar a medicação á hora e dose corretas. Oito disseram que tomam a medicação se for preparada previamente, e cinco pessoas idosas não são capazes de administrar a sua medicação. Ao refletirmos sobre os resultados nesta atividade confrontamo-nos com a nossa prática no CMD onde com regularidade as pessoas idosas ou familiares nos contactam por dor não controlada. Uma das primeiras intervenções de enfermagem realizadas é a validação do cumprimento de plano terapêutica integrado. Para isso perguntamos qual a terapêutica que está a fazer no momento e como. Frequentemente, constatamos que muitas pessoas idosas não cumprem o regime terapêutico por diversos motivos, entre os quais, a polimedicação e planos terapêuticos complicados. A suspensão do regime terapêutico por carência económica também se verifica. Como enfermeira especialista

temos que nos manter atentos à complexidade do plano terapêutico e sugerir uma adequação dos mesmos à individualidade de cada pessoa idosa, aos seus recursos económicos e recursos familiares.

A última atividade avaliada é a responsabilidade de assuntos financeiros. Vinte e sete pessoas idosas encarregam-se dos assuntos financeiros sozinhas, 17 realizam compras diárias, mas necessitam de ajuda em grandes compras e no banco. Seis pessoas idosas são incapazes de manusear o dinheiro. Nesta atividade e refletindo sobre a nossa experiência no CMD com as pessoas idosas que acompanhamos, verificamos que é uma área pouco abordada tanto pelas pessoas idosas como pelos profissionais.

Gostaríamos de salientar que ao refletir sobre os resultados da avaliação do estado funcional pela escala de Lawton & Brody mostra-nos os diferentes graus de dependência da pessoa idosa com dor crónica acompanhada no CMD. Consideramos que estas entrevistas de avaliação contribuíram para um conhecimento mais objetivo sobre a funcionalidade da pessoa idosa com dor crónica. Provavelmente se não se tivesse feito esta avaliação consideraríamos independentes pessoas que já têm algum grau de dependência e comprometimento nas suas atividades diárias.

Reunião de apresentação dos resultados

Realizamos uma reunião para apresentação dos resultados do projeto à equipa de enfermagem no dia 23 de abril de 2021. A reunião foi planeada respeitando as condições descritas anteriormente para o FG para garantir que todos os elementos da equipa de enfermagem estariam presentes. Apresentámos os resultados das entrevistas realizadas à pessoa idosa e do FG, com o objetivo de analisar, discutir os resultados e de definir estratégias para o desenvolvimento do projeto. Decidimos realizar notas durante a reunião para facilitar a realização da reflexão sobre a mesma.

Resultados obtidos e aprendizagens adquiridas

A apresentação dos resultados na reunião criou oportunidade de partilha e reflexão no seio da equipa de enfermagem sobre a intervenção de enfermagem da enfermeira especialista à pessoa idosa com dor crónica e alterações da funcionalidade.

No que respeita à avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica as enfermeiras reforçaram a importância na prática diária do CMD da utilização de

escalas para avaliação multidimensional. Salientaram, que as escalas de avaliação permitem dar visibilidade e objetivar alterações cognitivas e da funcionalidade da pessoa idosa que de outra forma ficariam ocultos. Referiram também que os instrumentos de avaliação possibilitavam perceber a singularidade de cada pessoa idosa. No entanto, foi constatado pela equipa que a utilização da escala de Lawton & Brody permite aceder ao grau de dependência da pessoa idosa, mas não nos diz se essa dependência está relacionada com o agravamento da dor crónica. As enfermeiras realçaram a necessidade de repensar qual ou quais as escalas mais adequadas para a realidade do CMD, onde é essencial perceber como é que o agravamento ou alívio da dor crónica influencia a funcionalidade da pessoa idosa. Foi opinião consensual, que a utilização da escala fez-nos perceber a importância da avaliação da funcionalidade da pessoa idosa com dor crónica. No entanto, compreendeu-se que era uma área a necessitar de mais pesquisa e aprofundamento para sustentar a tomada de decisão futura quanto à escala de avaliação funcional da funcionalidade da pessoa idosa com dor crónica.

3. Conclusão

A dor crónica é uma doença que representa um problema de saúde pública, afetando o bem-estar das pessoas, aumentando os custos em saúde (DGS, 2017). A presença de dor crónica tem uma influência negativa na qualidade de vida, autonomia e funcionalidade da pessoa idosa (Lemos, Cunha, Cesarino & Martins, 2019). A dor crónica é um fator limitador para a pessoa idosa assegurar as atividades quotidianas e a realização das atividades de vida diária, o que produz restrição do convívio social e percepção negativa na qualidade de vida da pessoa idosa (Ferretti, Castanha, Padoan, Lutinski & Silva, 2018). As limitações que a dor crónica provoca na funcionalidade da pessoa idosa exigem uma reorganização do apoio familiar e social, para assegurar a manutenção das AVD's. Manter a funcionalidade traduz-se na capacidade da pessoa idosa com dor crónica gerir a sua própria vida ou cuidar de si mesma (Moraes, 2017). Este é um desafio em saúde, nomeadamente para enfermeira especialista médico-cirúrgica na área de intervenção à pessoa idosa num centro multidisciplinar dor, em que a avaliação da funcionalidade da pessoa idosa é fundamental.

Assim, neste relatório apresentou-se o projeto realizado com os objetivos de desenvolver competências como enfermeira mestre e especialista nos cuidados à pessoa idosa e família, nomeadamente na avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica num centro multidisciplinar de dor para a promoção do Cuidado-de-Si, e promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem no cuidado à pessoa idosa e família, nomeadamente na avaliação funcional centrada na AIVD da pessoa idosa com dor crónica num centro multidisciplinar de dor para a promoção do Cuidado-de-Si.

O projeto decorreu em dois contextos: cuidados de saúde primários numa USF e de cuidados diferenciados no CMD de um hospital central da região de Lisboa e Vale do Tejo. Escolhemos a metodologia de projeto que nos permitiu mobilizar e articular a teoria com a prática facilitando a reflexão sobre a prática dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica e alterações da funcionalidade.

O modelo de Parceria de Gomes (2016, 2020) sustentou a operacionalização do processo de cuidados à pessoa idosa com dor crónica e alterações da funcionalidade, ao longo das suas cinco fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se, assumir o controlo de Si ou assegurar o Cuidado do Outro.

Constatámos com a realização do *focus* grupo à equipa de enfermagem que a avaliação funcional pode ser uma intervenção de enfermagem para conhecer melhor a pessoa idosa com dor crónica. As enfermeiras reconheceram a dificuldade em diagnosticar alterações na funcionalidade da pessoa idosa com dor crónica, pois a perda de funcionalidade nem sempre é percebida e valorizada tanto pela pessoa idosa e família, como pelos profissionais de saúde. Contudo, é unânime que a utilização de instrumentos de avaliação funcional ajuda a conhecer a pessoa idosa, permitem objetivar progressos ou retrocessos, compreender o que a pessoa idosa com dor crónica consegue realizar, o seu potencial funcional e negociar compromissos.

Na avaliação do estado funcional das pessoas idosas com dor crónica, através da escala de Lawton e Brody, constatámos que a independência na realização das AIVD, encontrava-se preservada em cerca de 40% das pessoas idosas. Cerca de 22% das pessoas idosas apresentava dependência ligeira e 24% dependência moderada. Verificamos que 6% das pessoas idosas tinha dependência grave e 8% dependência total para a realização das AIVD.

A realização deste projeto contribuiu para a reflexão sobre a prática de cuidados como enfermeira especialista e mestre à pessoa idosa com dor crónica com alterações da funcionalidade, e a importância de um conhecimento mais objetivo e profundo da pessoa idosa nas suas várias dimensões. A interferência da dor crónica na funcionalidade da pessoa idosa é uma área a necessitar de mais pesquisa e aprofundamento para sustentar a tomada de decisão quanto á escala ou escalas de avaliação funcional a implementar futuramente no CMD, como por exemplo, o Inventário Resumido da Dor ou o Índice de Incapacidade Relacionada com a Dor (Azevedo et al, 2007).

Considera-se assim, que os objetivos previamente traçados foram atingidos com o desenvolvimento de 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, F., Pereira, R. M., Afonso, V., Tinoco, R. (2021). Prevalence and Characteristics of Chronic Pain Among Patients in Portuguese Primary Care Units. *Pain and therapy*, 10(2), 1427–1437. <https://doi.org/10.1007/s40122-021-00308-2>
- 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.
- Backes, D. S., Colomé, J. S., Erdmann, R. H., & Lunardi, V. L. (2011). Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*, 35(4), 438-442.
- Bardin, L. (2018). *Análise de Conteúdo*. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70
- Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameiras, M., & Faustino, S. (2015). DOR – 5º Sinal Vital. Concurso Padrões de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem Da Secção Regional Sul Da Ordem Dos Enfermeiros, 30. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/IPOLisboa_NormaClinicaEnfermagem_DorQuintoSinalVital.pdf
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Collière, M. F., & Ventura, S. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*.

- de Albuquerque Urquiza, M., & Marques, D. B. (2016). Análise de conteúdo em termos de Bardin aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. *Entretextos*, 16(1), 115-144.
- DGS (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD de 18/06/08. Direção-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 (2017). Implementação da Tabela Nacional de Funcionalidade no Adulto e Idoso. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- DGS (2019). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor. Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- 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.
- Ferretti, F., Castanha, A., Padoan, E. R. , Lutinski, J. & Silva, M. R.(2018). Quality of life in the elderly with and without chronic pain. *Br J Pain*. São Paulo, 2018 abr-jun;1(2):111-5.
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação – Da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Galego, C. & Gomes, A.A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184.

- 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. D., Lopes, M. D. A. P., Monteiro, M. D. C. P. D., Basto, M. L., & Oliveira, C. S. D. (2017). Grupo de suporte a familiares de pessoas com doença mental grave. *Pensar Enfermagem*, 21(1), 3-19.
- Gomes, I. S. (2017). Dor Crónica, Funcionalidade Familiar e Solidão, em Idosos acompanhados em Consulta da Dor. Mestre em Gerontologia Social, Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- 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 cronica 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

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.

Guest, G., Namey, E., & McKenna, K. (2017). How many focus groups are enough? Building an evidence base for nonprobability sample sizes. *Field methods*, 29(1), 3-22.

Guest, G., Namey, E., Taylor, J., Eley, N., & McKenna, K. (2017). Comparing focus groups and individual interviews: findings from a randomized study. *International Journal of Social Research Methodology*, 20(6), 693-708.

INE (2020). Projeções de População Residente 2018-2080. Destaque, 31 março 2020. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

INE (2021). Censos 2021 - Divulgação dos Resultados Provisórios. Destaque 16 de dezembro de 2021. Disponível em https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=526271534&DESTAQUEStema=55466&DESTAQUESmodo=2

Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The gerontologist*, 9(3_Part_1), 179-186.

Leite, E. Santos, M. R. (2004) Nos trilhos da área de projecto. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, 2004.

Lemos, B. O., Cunha, A. M. R., Cesarino, C. B. & Martins, M. R. I. (2019). The impact of chronic pain on functionality and quality of life of the elderly. *BrJP. São Paulo*, 2019 jul-set;2(3):237-41.

Maia, C. M. L., Castro, F. V., Fonseca A. M. G. & Fernández, M. I. R. (2016). A funcionalidade como determinante do envelhecimento ativo. *International*

Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicologia, N^o2, 2016. ISSN: 0214-9877. pp:229-236

Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. (2017). Fundamentos de metodologia científica. 8. ed. São Paulo: Atlas.

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.

Ministério da Saúde (2018), Retrato da Saúde, Portugal. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes. (2017). Avaliação Multidimensional do Idoso. Brasil: Secretaria de estado da saúde do Paraná.

Morgan, D. L. (2018). Basic and Advanced Focus Groups. Thousand Oaks, CA: SAGE. Acedido em: 06-05-2021. Disponível em: [https://scholar.google.pt/scholar?lookup=0&q=Morgan,+D.+L.+\(2018\).+Basic+and+Advanced+Focus+Groups.&hl=pt-PT&as_sdt=0,5&as_vis=1](https://scholar.google.pt/scholar?lookup=0&q=Morgan,+D.+L.+(2018).+Basic+and+Advanced+Focus+Groups.&hl=pt-PT&as_sdt=0,5&as_vis=1)

O. Nyumba, T., Wilson, K., Derrick, C. J., & Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and evolution*, 9(1), 20-32.

OE (2015). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros

OE (2019). Regulamento n^o 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. DR, II Serie, n^o 26 (06-02-2019) 4744-4750.

OMS (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Acedido em 20-09-2021
Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

OMS (2018). Thirteenth general programme of work 2019–2023. Disponível em :
<https://www.who.int/about/what-we-do/thirteenth-general-programmeof-work-2019---2023>.

Guevara-López, U., Covarrubias-Gómez, A., Elías-Dib, J., Reyes-Sánchez, A., & Rodríguez-Reyna, T. S. (2011). Practice guidelines for the management of low back pain. *Cirurgia y cirujanos*, 79(3), 286-302.

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.

Sá, P., Costa, A. P., & Moreira, A. (2021). Metodologias de Investigação.

Shajan, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's nurses and families: A guide to family assessment and intervention*. FA Davis.

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>.

Schofield, P., & Abdulla, A. (2018). Pain assessment in the older population: what the literature says. *Age and ageing*, 47(3), 324-327.

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>

Soveral, C. M. & Silveira, M. M. (2020). Qualidade de Vida e Prevalência de Sintomas Depressivos em Idosas com Dor Crônica. *Contextos Clínicos*, v. 13, n. 2, mai./ago. 2020: pp 572-589. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v13n2/v13n2a11.pdf>

APÊNDICE I - Guião do Modelo de Parceria à Pessoa Idosa com Dor Crónica e alterações da funcionalidade

REVELAR-SE – Fase 1	
<i>“...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2016)</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	
Biotipo	
Idade	
Nacionalidade/naturalidade	
Escolaridade	
Contacto telefónico	
Atividade profissional (atual e anterior)	
Estado civil	
Religião e espiritualidade	
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 que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual (familiar, etc.)	
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)	
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) ³	
Fatores de exacerbação	
Fatores de alívio	
Medicação analgésica	
Duração efeito medicação	
Impacto da dor nas atividades vida (Inventário Resumido da Dor)	
Alergias	
Medicação habitual no domicílio	
Responsabilidade da gestão terapêutica (quem, em quê, porquê, problemas de adesão)	
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</i>	

<i>qualidade que permita ir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança...” (Gomes, 2016)</i>	
CONHECER A SINGULARIDADE PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA PESSOA	
Estado Mental (consciência/orientação, eventual aplicação MEEM)	Pontuação:
Estado funcional (atividades básicas vida: escala Barthel; atividades instrumentais vida: índice de Lawton & Brody)	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 transito intestinal, medidas adaptativas)	
Sono (padrão, medidas adaptativas)	
Estado sensorial (visão, audição, tato, alterações, medidas adaptativas, próteses)	
CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DO CMD E DA PESSOA IDOSA	
A enfermeira realiza a socialização ao CMD (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 expectativas da pessoa idosa sobre o CMD	
A enfermeira procura saber quais as expectativas do cuidador familiar sobre CMD	
A enfermeira enquadra e explicita as expectativas 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 a 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 CMD, 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)	
CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DA UNIDADE 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 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 da pessoa idosa	
O enfermeiro procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a terapêutica de resgate (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)	
O enfermeiro procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre a terapêutica de resgate da pessoa idosa (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)	
A enfermeira envolve o cuidador familiar nos cuidados (convida-o, esclarece dúvidas)	
CAPACITAR OU POSSIBILITAR – Fase 3	
<i>“...é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...” (Gomes, 2016)</i>	
PARTILHAR O PODER PARA A CONSTRUÇÃO AÇÃO CONJUNTA	
PROMOVER O CUIDADO DE SI	
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa sobre importância da funcionalidade	

A enfermeira demonstra/ treina a pessoa idosa sobre a importância da funcionalidade	
A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa sobre a terapêutico resgate	
A enfermeira demonstra/ treina a pessoa idosa sobre a terapêutico 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 com a pessoa idosa	
O enfermeiro articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades da pessoa idosa e seu cuidador familiar	
A enfermeira promove o cuidado de Si, respeita os tempos da pessoa idosa, e atende às suas preferências	
A enfermeira incentiva a pessoa idosa na adesão ao regime terapêutico	
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 terapêutico resgate	

A enfermeira demonstra/ treina o cuidador familiar sobre a terapêutico 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	
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 terapêutico resgate	
A enfermeira demonstra/ treina o cuidador familiar sobre a terapêutico 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 projeto de vida e saúde da pessoa idosa...” (Gomes, 2016)</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 valida intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado de Si na funcionalidade	
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 telefonicamente 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 na funcionalidade	
A enfermeira ajuda o cuidador familiar a construir a capacidade de assumir ou assegurar o cuidado do Outro no controlo da dor crónica (iniciativa de recorrer ao CMD telefonicamente ou presencialmente)	

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO – Fase 5	
<i>“...significa que o doente consegue ter controlo sobre o seu projeto 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)</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 prescrita)	
A pessoa idosa sabe gerir a terapêutica de resgate nos episódios de dor irruptiva (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)	
A pessoa idosa tem conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação)	
A pessoa idosa sabe os cuidados na prevenção da obstipação	
A pessoa idosa conhece os recursos disponíveis no CMD (consulta telefónica, presencial)	
A pessoa idosa tem dor controlada	
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 sabe gerir a terapêutica de resgate da pessoa idosa nos episódios de dor irruptiva (sabe a terapêutica de resgate prescrita, faz terapêutica de resgate, com que frequência e a sua eficácia)	
O cuidador familiar tem conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica na pessoa idosa, sua vigilância e prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação)	
O cuidador familiar sabe os cuidados na prevenção da obstipação na pessoa idosa	
O cuidador familiar conhece os recursos disponíveis na unidade dor (consulta telefónica, presencial)	
O cuidador familiar reconhece que a pessoa idosa tem dor controlada	

APÊNDICE II - Guião de *Focus* Grupo (FG) com a Equipa de Enfermagem

ETAPAS	PROCEDIMENTOS E PERGUNTAS	OBJETIVOS
Preparação do FG	<ul style="list-style-type: none"> - Envolvimento de todas as enfermeiras - Confirmação individual da sua presença - Agendamento de data e hora para o FG - Criação de condições favoráveis para o FG (espaço, tempo, disponibilidade e organização) 	Otimizar as condições para a reflexão em equipa e desenvolvimento do projeto
Início do FC	<p>-Informação sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo do FG • Requisitos metodológicos • Princípios éticos • Consentimento oral e escrito das enfermeiras <p>-Explicitação dos papéis no FC:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Moderador-condução da sessão • Moderador auxiliar-apoio na gravação áudio e notas escritas • Enfermeiras-atores no projeto, deseja-se a expressão livre da opinião (todas as opiniões são ricas e válidas) 	<p>Construir confiança num curto espaço de tempo.</p> <p>Otimizar as condições para a reflexão em equipa e desenvolvimento do projeto</p>
Desenvolvimento do FG	<p>-Questionamento para a reflexão sobre a prática através das seguintes perguntas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • O que sabe sobre a avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica e qual a sua importância? • Que instrumentos conhece para a avaliação funcional da pessoa idosa? • Que contributos considera que pode ter a avaliação funcional á pessoa idosa com dor crónica na consulta de enfermagem do CMD para a promoção do cuidado de Si? 	<p>-Percecionar o conhecimento das enfermeiras sobre a avaliação funcional na pessoa idosa com dor crónica</p> <p>- Sensibilizar as enfermeiras para a promoção da funcionalidade da pessoa idosa com dor crónica</p> <p>-Dar espaço de resposta às enfermeiras para verbalizarem</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • A estrutura física do CMD e o espaço envolvente é facilitador/dificultador da funcionalidade da pessoa idosa com dor crónica? Especifique. • O que faz no CMD para promover a funcionalidade? • O que vos parece necessário para melhorar a funcionalidade da pessoa idosa com dor crónica? 	opiniões, dificuldades e estratégias para o desenvolvimento do projeto no CMD
Validação de Estratégias e Compromissos	<p>-Síntese das principais dificuldades e estratégias dadas pelas enfermeiras para validação das mesmas.</p> <p>-Compromisso de apresentação dos resultados da análise do FG</p> <p>-Definição de data para a próxima reunião formativa.</p>	Assegurar que as estratégias e os compromissos ficaram compreensíveis para toda a equipa
Fim do FG	- Agradecimento pela participação e disponibilidade	Fazer a despedida

APÊNDICE III - Guião de perguntas orientadoras para o *Focus Grupo* (FG)

QUESTÕES

O que sabe sobre a avaliação funcional da pessoa idosa com dor crónica e qual a sua importância?

Que instrumentos conhece para a avaliação funcional da pessoa idosa?

Que contributos considera que pode ter a avaliação funcional á pessoa idosa com dor crónica na consulta de enfermagem do CMD para a promoção do cuidado de Si?

A estrutura física do CMD e o espaço envolvente é facilitador/dificultador da funcionalidade da pessoa idosa com dor crónica? Especifique.

O que faz no CMDor para promover a funcionalidade?

O que vos parece necessário para melhorar a funcionalidade da pessoa idosa com dor crónica?

APÊNDICE IV - Índice de Lawton & Brody (avaliação atividades instrumentais de vida diária)

Para avaliar a autonomia da pessoa idosa para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, é utilizado o *Índice de Lawton & Brody*. Esta escala avalia as Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD): utilização do telefone, realização de compras, preparação de refeições, tarefas domésticas, lavagem da roupa, utilização meia de transporte, gestão da medicação e responsabilidade de assuntos financeiros.

A informação é obtida através do questionário direto à pessoa idosa, familiares ou cuidadores e o seu tempo de aplicação é previsivelmente 5 minutos.

Para cada AIVD a pessoa idosa classifica-se como Dependente (0 pontos) ou Independente (1 ponto). Cada AIVD tem vários níveis de dependência (3 a 5). Nos homens não se contabiliza: preparação refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

O resultado pontuação final é a soma da pontuação das AIVD, e corresponde ao número de AIVD em que a pessoa idosa é dependente, classificando-se de acordo com o seguinte quadro (Apóstolo, 2012; GERMI):

Mulher		Homem
0-1	Dependência total	0
2-3	Dependência Grave	1
4-5	Dependência Moderada	2-3
6-7	Dependência Ligeira	4
8	Independência	5

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

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

2- FAZER COMPRAS

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

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

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

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

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

5- LAVAGEM DA ROUPA

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

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

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

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

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

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

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

APÊNDICE V - Índice de Barthel (avaliação atividades básicas de vida)

O Índice de Barthel avalia o nível de independência da pessoa na realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): higiene pessoal, comer, tomar banho, uso de sanitários, vestir e despir, deambular, controlo de esfíncteres, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Apóstolo, 2012; GERMI)

Cada atividade apresenta entre 2 a 4 níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total, sendo que a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência.

Esta versão do Índice de Barthel foi desenvolvida por Wade e Collin, em 1988, e traduzida e validada para a população portuguesa por Araújo e seus colaboradores (2007).

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

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

Nome: _____

	DATA DE AVALIAÇÃO/PONTUAÇÃO			
ÍNDICE DE BARTHEL				
QUANTO À SUA HIGIENE PESSOAL: (1) Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho; (0) Precisa de ajuda para o cuidado pessoal.				
QUANTO A TOMAR BANHO: (1) Consegue tomar banho sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro; (0) Não consegue tomar banho sozinho.				
QUANTO A VESTIR-SE: (2) Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores); (1) Precisa de ajuda para algumas coisas (como apertar atacadores, fechar um fecho ou abetoar botões); (0) Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir.				
QUANTO A ALIMENTAR-SE: (2) Desde que lhe coloquem a comida já preparada/confecionada, consegue comer sózinho; (1) Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc; (0) Não consegue alimentar-se sozinho.				
QUANTO A LEVANTAR-SE DA CAMA OU DE UMA CADEIRA SOZINHO: (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.				
QUANTO A SUBIR E DESCER ESCADAS: (2) Consegue subir e descer escadas; (1) Precisa de ajuda para subir e descer escadas; (0) Não consegue subir ou descer escadas.				
QUANTO A ANDAR/MARCHA OU DESLOCAR-SE: (3) Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, 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.				
QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO INTESTINAL: (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.				
QUANTO AO CONTROLO DA FUNÇÃO URINÁRIA: (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.				
QUANTO A IR À CASA DE BANHO: (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.				
PONTUAÇÃO FINAL				
GRAU DE DEPENDÊNCIA				
ASSINATURA DO ENFERMEIRO				

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

ARAÚJO, F., RIBEIRO, J. L., OLIVEIRA, A., PINTO, C. (2007). **Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados**. Lisboa: revista Portuguesa de Saúde Pública.

APÊNDICE VI – Estudo de Caso

ESTUDO DE CASO

Teresa Nogueira (9510)

Um dos objetivos dos estágios realizados no CMD e na USF era intervir como enfermeira especialista na promoção do cuidado de si, em processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica e alterações da funcionalidade.

No meu percurso académico o Modelo de Parceria (Gomes, 2016, 2020) foi o referencial teórico que orientou a construção do estudo de caso, o que me permitiu aprofundar os elementos inerentes às 5 fases que constituem o modelo de parceria (revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro), e também norteou a minha intervenção à pessoa idosa com dor crónica e alterações na funcionalidade. A elaboração do estudo de caso possibilitou o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente com dor crónica e alterações na funcionalidade.

O guião do processo de construção de parceria à pessoa idosa com dor crónica foi um instrumento orientador na intervenção de enfermagem durante o estágio, à pessoa idosa com dor crónica e alterações na funcionalidade.

REVELAR-SE

A primeira fase: **Revelar-se**, caracteriza-se “... pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2016, p. 231).

Nesta primeira fase de construção de um processo de parceria o enfermeiro mobilizando as suas técnicas comunicacionais para se dar a conhecer à pessoa idosa e conhecer a pessoa idosa, o seu contexto de vida, a sua história de vida, e a sua história de dor, assim como o seu potencial de desenvolvimento no sentido de promover o seu projeto de saúde e vida.

Dar-se a conhecer à Pessoa Idosa

A Sra. L. conheceu-nos no ano de 2000 quando iniciou o seu acompanhamento em consulta para controlo de dor na ferida do membro inferior, não nos recordamos exatamente como foi o primeiro encontro, e se tivemos o cuidado de nos apresentarmos, no entanto recordamo-nos de várias conversas que decorriam sempre com simpatia e disponibilidade. Quando quisemos iniciar este estudo de caso com a Sra. L., apesar de ser uma doente comum á USF e CMD, e com frequência em consulta periódica apercebemo-nos que o conhecimento sobre a Sra. L. e a sua singularidade e contexto de vida era reduzido e os registos de enfermagem eram pouco esclarecedores. O facto de ser uma doente comum aos dois locais de estágio tornou-se um fator facilitador na construção de parceria.

Foi pedida autorização á Sra. L., explicando os objetivos, e foram assegurados e respeitados os princípios éticos. Durante as entrevistas procurei criar um ambiente de privacidade minimizando e tentando controlar dentro do possível a multiplicidade de atividades no mesmo espaço. Durante as entrevistas procurei sempre respeitar o ritmo da Sra. L., mostrando disponibilidade e promovendo uma escuta ativa. A Sra. L. mostrou sempre simpatia e disponibilidade.

Conhecer a Identidade da Pessoa Idosa

A Sra. L. tem 79 anos de idade, biótipo humano branco, e gosta de ser tratada por Sra. L. A sua nacionalidade é portuguesa, sendo natural da região cento do país. É a 1ª de 2 irmãos, referindo com alguma tristeza por não conviverem diariamente. Frequentou a escola até ao 5ª ano, concluiu o curso de datilografia. Trabalhou muitos anos como operadora de computadores, e gostava muito da sua profissão. Está reformada desde os 63 anos, idade natural para a reforma á época.

Disponibilizou o seu contato telefónico através do número do telefone fixo e telemóvel.

A Sra. L. é casada com o Sr. J. há 55 anos e vivem numa freguesia da margem sul do Tejo.

Não questionei 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

Conhecer o Contexto de Vida da Pessoa Idosa

A Sra. L. Vive com o marido, Sr. J., que tem 80 anos. Refere terem uma boa relação conjugal e de amizade. Alguns desentendimentos “como outros casais”, mas que facilmente são resolvidos. Estão casados há 55 anos. O Sr. J. é independente e autónomo, apesar de amputação de membro inferior com prótese. É a Sra. L que gere a logística diária da casa, incluindo refeições e compras.

Teve 2 gravidezes, 1 aborto espontâneo aos 6 meses de gravidez, têm 1 filha e 2 netas. Quando fala no aborto instala-se tristeza no rosto, voz embargada e lágrimas nos olhos. Percebe-se, no entanto, que é um assunto que não quer continuar a falar, “são coisas da vida”.

A filha tem 52 anos, da qual tem um neto de 22 anos e uma neta de 15 anos, moram a cerca de 15 km da casa da Sra. L, mas são presença diária.

Tem apoio do genro para o transporte de compras mais pesadas, e deslocação a consultas e tratamentos caso seja necessário.

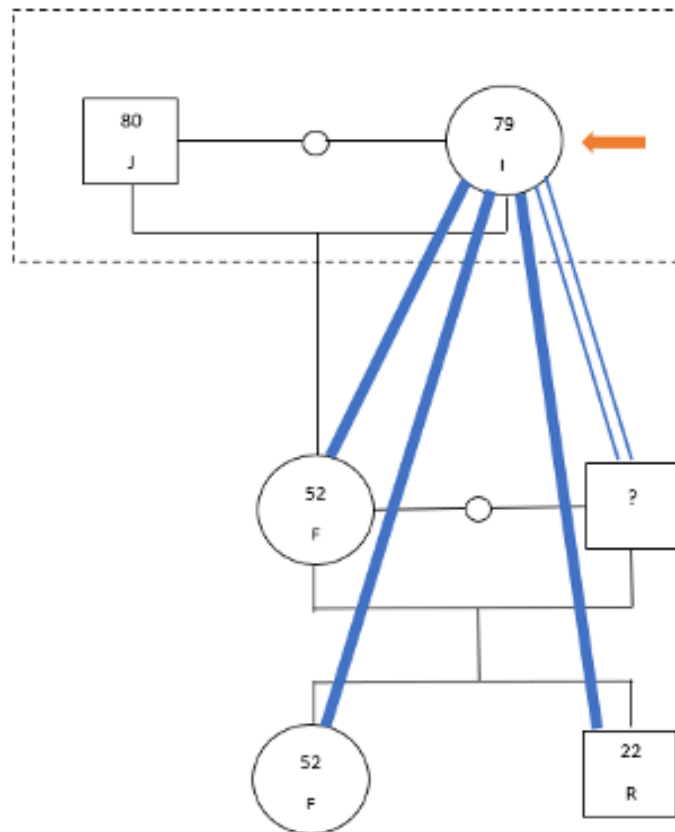
Moram em casa alugada, há 55 anos. Descreve a casa como confortável, 4 assoalhadas, uma vista desafogada numa zona central com comercio e lazer por perto.

Como ocupação de tempos livres a Sra. L. diz que gosta de ler fazer costura e habitualmente saía todas as manhãs sempre que possível na companhia do marido para irem distrair um pouco. Atualmente devido ao confinamento só sai por motivos de saúde (consultas médicas e tratamentos), ou quando necessita de comprar bens na mercearia perto de casa, caso contrário é a filha e o genro que lhes fazem chegar os bens de primeira necessidade. Manifesta falta do contacto com as pessoas.

A nível económico a Sra. L. relata uma situação estável ambos usufruem de reforma.

De acordo com as informações fornecidas pela Sra. L. é visível através do Genograma (Ilustração 1) a representação gráfica da família, assim como da dinâmica familiar (Costa, 2013), o Ecomapa (Ilustração 2) identifica as relações e ligações da família com o meio onde habita (Agostinho, 2007).

Ilustração 1: Genograma da Sra. L.










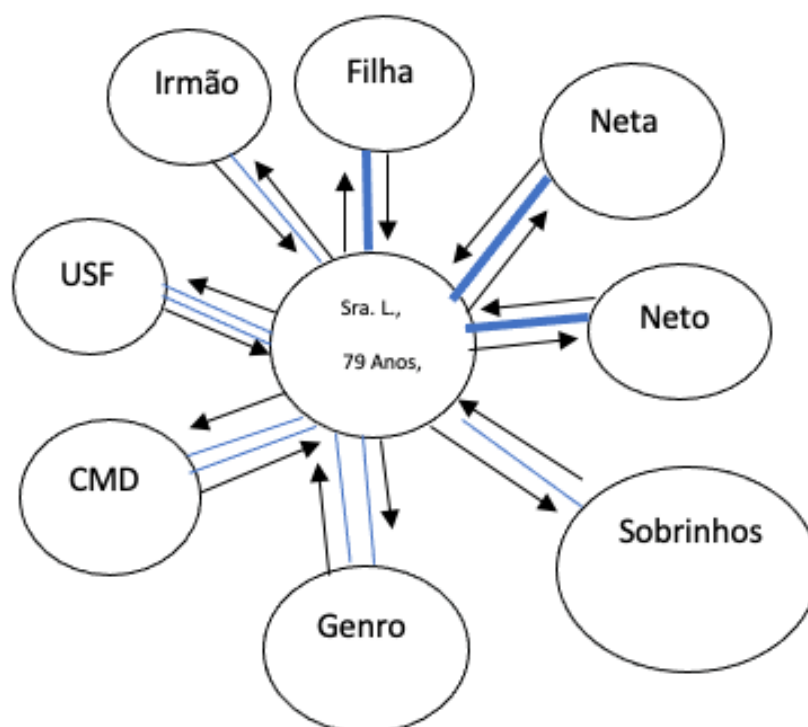




Legenda:				
	Pessoa Índice		Relação Próxima	Idade
	Masculino		Relação amor	Nome
	Feminino		Relação Muito Forte	
	Família Pesquisada			

Ilustração 2: Ecomapa da Sra. L.



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

Conhecer a História de Doença da Pessoa Idosa

A Sra. L. está a ser seguida no CMD desde o ano de 2000 Foi referenciada pela médica da USF por dor na realização do penso de úlceras de membros inferiores.

Os antecedentes pessoais relevantes são:

- Doença Vascular Periférica
- Varizes das extremidades inferiores
- Úlceras de membros inferiores

- Enfarte Agudo do Miocárdio
- Lupus Eritematoso Sistémico

Diariamente a Sra. L faz 7 medicamentos para controlar os seus problemas de saúde, contribuindo como fator de risco para iatrogenia (Moraes, 2018). No Quadro 1 apresenta-se o seu regime medicamentoso.

Quadro 1- Regime Medicamentoso da Sra. L

A Sra. L refere ser autónoma na gestão da sua medicação, e também na

Medicamento	Grupo	Via Ad.	Dose	Horário
Rosuvastatina	Estatinas	Oral	10 mg	1 comprimido 1xdia (jantar)
Ácido acetilsalicílico	Inibidor da agregação plaquetária	Oral	100 mg	1 comprimido 1xdia (almoço)
Triatec	Anti-Hipertensor	Oral	10 mg	1 comprimido 1xdia (pequeno-almoço)
Carvedilol	Anti-hipertensor	Oral	25 mg	1 comprimido 2 x dia (pequeno-almoço e jantar)
Nicergolina	Tratamento de transtornos metabólico-vasculares cerebrais	Oral	0,5 mg	1 comprimido 1xdia
Paroxetina	Antidepressivo	Oral	20 mg	1 comprimido 1xdia (Pequeno-almoço)
Pentofilina	Vasodilatador	Oral	400 mg	1 comprimido 1xdia

aquisição dos medicamentos na farmácia, para dizer o nome dos medicamentos tem

que recorrer ao registo escrito que tem na carteira. Faz a sua própria gestão da medicação.

Segundo Silveira, (2014), a prevalência da polimedicação aumenta com a idade e são as pessoas idosas quem apresenta um regime medicamentoso mais complexo. O autor também salienta que, a pessoa idosa para ser capaz de gerir de forma eficaz o seu regime medicamentoso, e assim aumentar a sua adesão, necessita de identificar e enumerar o nome dos medicamentos, saber a aparência do medicamento, as respetivas ações terapêuticas e os efeitos secundários, deve armazenar corretamente os medicamentos e saber administrá-los conforme lhe foram prescritos.

Quanto ao médico de família a Sra. L. refere confiar e ter uma boa relação com o mesmo, já a acompanha desde há alguns anos.

Conhecer a história de dor da pessoa idosa

A Sra. L. refere dor em ambos os membros inferiores (abaixo dos joelhos), principalmente durante a realização do penso. Descreve a dor como “bicho a morder” e também “calor” que são descritores de dor que identificativos da dor neuropática. A realização do penso três vezes por semana é referida como fatores de alívio, quando faz carga nos membros inferiores, é identificado como fator de agravamento.

Refere dor controlada durante o dia, com agravamento no período noturno, nos membros inferiores. Classifica a dor como Dor Ligeira no momento (Escala Qualitativa), dor moderada ou intensa durante a realização do penso.

Refere que a dor normalmente não interfere com os períodos de sono.

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).

O enfermeiro tem uma atitude de disponibilidade, centrada na pessoa idosa, mobilizando as suas competências de comunicação para se dar a conhecer e conhecer melhor o doente na sua singularidade, respeitando o seu espaço e tempo.

Esta preocupação e envolvimento vão ajudar a identificar as necessidades e potencialidades da pessoa idosa, mobilizando depois estes conhecimentos para o Cuidado de Si.

Conhecer a singularidade do processo de envelhecimento na pessoa

O envelhecimento é um processo natural e está associado a diferentes alterações estruturais e funcionais. Este declínio normalmente não interfere na participação social da pessoa idosa.

Segundo Moraes (2018), a avaliação multidimensional é um processo global que possibilita a identificação de problemas, envolve a pessoa idosa e família, possibilitando a identificação de problemas que normalmente se atribuem ao processo de envelhecimento e que não seriam avaliados corretamente.

A entrevista com a Sra. L decorreu num ambiente calmo, onde procurei manter o contacto visual, um tom de voz calmo, respeito pelo espaço/tempo da Sra. L, promovendo uma escuta ativa.

Para a avaliação multidimensional procurei a informação necessária para uma tomada de decisões clínicas adequadas às necessidades de cuidados da Sra. L e elaboração do plano de cuidados.

Com a utilização da escala de Barthel avaliou-se as básicas de vida diária, que são fundamentais para o autocuidado, referem-se às tarefas do quotidiano. A Sra. L. teve uma pontuação de 90 pontos (num total de 100 pontos), significa que apresenta dependência moderada. A dor nos membros inferiores por úlceras dificulta as tarefas diárias em que necessite de se manter em pé algum tempo e a marcha. É independente nos cuidados de higiene pessoal. Prepara as refeições e alimenta-se sozinha. Esporadicamente utiliza o apoio da bengala para a marcha, subir e descer as escadas. Tem controlo de esfínteres.

Para a avaliação funcional das atividades instrumentais de vida diária foi utilizada a Escala de Lawton & Brody. Esta escala permite-nos avaliar a autonomia da pessoa idosa na realização das atividades necessárias para viver de forma independente. Esta escala permite-nos perceber qual o grau de dependência da pessoa idosa. A pontuação máxima é 8 pontos. A Sra. L. teve uma pontuação de 7 que revela que é independente. Manifesta alguma dificuldade na gestão financeira, nomeadamente na utilização do cartão multibanco recorrendo á ajuda do marido.

A Sra. L tem pele e mucosas coradas e hidratadas, apresenta penso nos membros inferiores por úlceras infetadas. O penso encontra-se limpo externamente e sem cheiro.

Utiliza prótese ocular por alterações na visão, tem óculos para ver ao longe e ao perto. Não refere alterações na audição.

Conhecimento dos recursos da pessoa idosa

A Sra. L. reconhece que a filha e o genro são um grande apoio para as suas necessidades, com os quais tem uma boa relação. Menciona como suporte emocional a filha e o marido apesar da diferença de personalidades, faz também referencia aos netos pela alegria que sente quando está com eles.

Em relação á recuperação da funcionalidade, no decurso da entrevista Sra. L mostra-se confiante na sua recuperação, referindo com agrado as pequenas evoluções que ia tendo ao longo do tempo, nomeadamente na evolução positiva na infeção das úlceras nos membros inferiores. A Sra. L. mostra-se confiante com o impacto do alívio da dor na melhoria da sua funcionalidade, já consegue tolerar melhor a realização do penso três vezes por semana com recurso a terapêutica de resgate. Demonstrou motivação para manter os passeios diários na companhia do esposo e assim poder contribuir para a melhoria do seu desempenho funcional.

Encontra junto da equipa da USF um recurso para o desenvolvimento da sua recuperação.

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).

Ao longo da entrevista com a Sra. L foi construída uma ação conjunta no sentido de desenvolver competências para facilitar o agir e o decidir. Tendo em conta a singularidade da Sra. L. pretendendo transformar as suas capacidades potenciais em

reais e poder assumir o controle do cuidado de Si. Para tal, foi desenvolvido um processo informado, esclarecido, reflexivo e negociado (Gomes, 2016, 2020).

O foco principal nesta intervenção incidiu na promoção e estímulo da independência da Sra. L. para que esta possa dar continuidade ao seu projeto de vida.

Incentivei a Sra. L a retomar pequenos passeios diários na companhia do marido, atividade que perdeu desde o início da pandemia COVID-19 por medo de sair para a rua. Foi com satisfação que a Sra. L. aceitou a sugestão principalmente depois de lhe ter explicado os cuidados para se protegerem de um possível contágio: Utilizar a máscara corretamente colocada protegendo o nariz e boca, levar consigo apenas os bens necessários para a caminhada e manter o distanciamento. No regresso lavar bem as mãos. Com esta 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**, implica a concretização dos objetivos definidos, através de esforços conjuntos e ações que visam a transição de uma capacidade real para uma real ou promover a saúde, e contribuir para que a pessoa idosa possa assumir ou assegurar o controle do seu projeto de vida e saúde (Gomes, 2016, p. 236).

Nesta fase do processo de parceria as ações desenvolvidas, têm como objetivo promover uma transição progressiva da capacidade potencial da Sra. L. para a capacidade real, de modo a poder dar continuidade á sua trajetória de vida (Gomes,2013, 2016).

Com o plano de cuidados realizado são identificados os problemas, resultados esperados, intervenções de enfermagem e os compromissos assumidos pela Sra. A. e a enfermeira.

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Mobilidade física afetada relacionada com a presença de úlceras nos membros inferiores que limita a marcha recorrendo com frequência ao uso de bengala, apesar de se ter manifestado por <u>independente</u> tanto nas atividades de vida diárias (Índice de Barthel) e atividades instrumentais de vida diárias (Índice de Lawton e Brody), a maior evidência está na responsabilidade de assuntos financeiros, subir e descer escadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a Sra. L apresente dor controlada - Que a Sra. A. alcance uma independência total nas atividades de vida diárias e instrumentais - Que a Sr.ª L. concorde em ir á rua para diminuir o isolamento, promovendo a socialização 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar e registar a dor em todas as consultas de enfermagem - Reforçar a gestão da terapêutica analgésica - Incentivar à realização de caminhadas para a promoção da funcionalidade - Incentivar à realização de exercícios de mobilização ativa (pernas e pés) quando está sentada ou deitada. - Reforçar a importância de manter condições de segurança durante as caminhadas no exterior (utilização de máscara durante o percurso na rua) 	<ul style="list-style-type: none"> - Cumprir o plano terapêutico integrado não esquecendo a terapêutica de resgate antes da realização do penso - Realizar movimentos ativos quando está em repouso - Caminhar no exterior por períodos 1 ou 2x dia - Cumprir a utilização de máscara e distanciamento social sempre que se ausentar do domicílio para minimizar o risco de infeção covid 19

		- Reforço positivo nos progressos da Sra. L.	
Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Dor nos membros inferiores, relacionada com a presença de úlceras	- Que o Sr. L apresente dor controlada	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dor em todas as consultas de enfermagem - Confirmar o regime terapêutico - Reforçar a importância do cumprimento do regime terapêutico - Incentivar a realização de atividade física, sugerir caminhadas - Reforçar positivamente os progressos do Sr. L. 	<ul style="list-style-type: none"> - A Sra. L. reconhecer as situações de dor não controlada e fazer a auto-avaliação da dor - Cumprir o plano terapêutico integrado - Realizar períodos de marcha no exterior -Assegurar a transição atempada á equipa médica de problemas que necessitem de intervenção

		-Identificar e informar o médico para um adequado controlo da dor, se necessário.	médica (por ex. alteração terapêutica).
<u>Integridade da pele prejudicada</u> , manifestada pela presença de úlceras infetadas nos membros inferiores.	- Que a Sra. L. consiga debelar a infeção das úlceras dos membros inferiores	- Realizar penso 3 vezes por semana - Vigiar presença de sinais inflamatórios - Vigiar a evolução das úlceras - Realizar tratamento de acordo com o estágio e evolução das úlceras	- Alternar períodos de deambulação exterior com deambulação no domicílio e períodos de repouso durante o dia.
Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria

<p>- Dor irruptiva não controlada</p>	<p>- Que a Sra. L. seja capaz de controlar a dor irruptiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dor em todas as consultas de enfermagem - Confirmar a terapêutica de resgate prescrita - Reforçar a importância do cumprimento do plano terapêutico integrado - Esclarecer se faz gestão adequada da terapêutica de resgate - Avaliar a eficácia da terapêutica de resgate - Realizar ensino sobre gestão da terapêutica de resgate - Identificar e informar o médico para um adequado controlo da dor, se necessário 	<ul style="list-style-type: none"> - A Sra. L. saber identificar as situações de dor irruptiva e autoavaliar a dor - A Sra. L. saber gerir a terapêutica de resgate na dor irruptiva - Pedir esclarecimentos á equipa do CMD sempre que existam dúvidas sobre a terapêutica de resgate - Garantir a transmissão á equipa de saúde se existir algum problema que exija a intervenção médica (por ex. alteração terapêutica).
---------------------------------------	--	---	---

--	--	--	--

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 projeto 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).

Nesta fase pretende-se que a pessoa idosa seja capaz de gerir a sua situação de doença, seja capaz de atuar perante a mesma e peça ajuda quando for 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.

Durante a construção do processo de parceria identificaram-se algumas necessidades, foram negociadas conjuntamente estratégias para atingir os objetivos, tendo como finalidade que a Sra. L. consiga assumir o controlo do Cuidado de Si.

A Sra. L está informada sobre como controlar a dor basal, nomeadamente na autoavaliação da dor, uma vez que em todas as consultas de enfermagem realizadas foi avaliada e efetuado o registo de dor no momento e também foi questionada a intensidade de dor nos dias anteriores. Com esta intervenção contribuímos para que a Sra. L. identifique fatores de agravamento e fatores alívio da dor e também a importância de cumprir o regime terapêutico.

A Sra. L encontra-se informada sobre como controlar a dor irruptiva, reconhecendo a importância da terapêutica de resgate, como deve fazer a sua gestão e a importância de avaliar a eficácia da terapêutica de resgate no alívio da dor. Incentivamos o recurso à terapêutica de resgate, foi solicitado à Sra. L. que nos dê o *feedback* relativamente à sua eficácia e possíveis efeitos secundários da terapêutica de resgate. A Sra. L. compreendeu que deve contactar o CMD se houver efeitos secundários da medicação. Foi reforçado que pode fazer esse contacto através do número de telefone direto entregue a todos os doentes do CMD, ou presencialmente.

Reflexão final

Com a realização deste estudo de caso aprofundei conhecimentos tendo por base o modelo de parceria que orienta a minha prática de cuidados, possibilitando-me um melhor entendimento de acordo com os princípios inerentes a cada uma das fases da construção do processo para a promoção do cuidado de si. Com a construção do “guião para uma intervenção de enfermagem em parceria com a pessoa idosa” desenvolvi competências como enfermeira especialista no domínio da gestão dos cuidados. Este guião contempla diversas dimensões do conhecimento da pessoa idosa com dor crónica de acordo com as fases do processo de construção da parceria. Revelar-se: o enfermeiro dar-se a conhecer à pessoa idosa; conhecer a 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, USF, e da pessoa idosa. Capacitar ou Possibilitar: partilhar o poder para a construção ação conjunta- promover o cuidado de si; promover o cuidado do outro. Comprometer-se: o enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado de si; o enfermeiro promove o desenvolvimento de competências para agir e decidir/possibilitar o cuidado do outro. 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 (Gomes, 2013, 2016).

A utilização da escala de Lawton e Brody e de Barthel para a avaliação multidimensional da pessoa idosa com dor crónica, contribuiu para uma tomada de decisão fundamentada, possibilitando adequar as intervenções às suas necessidades e potencialidades.

Saliento que a realização deste estudo de caso contribuiu para o conhecimento da pessoa idosa na sua multidimensionalidade, possibilitou-me centrar os cuidados de enfermagem na singularidade da pessoa idosa, e intervir em parceria de acordo com o seu projeto de vida e saúde. Estes princípios vão estar presentes na minha prática como enfermeira especialista e mestre á pessoa idosa.

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&usg=AFQjCNEyt3a6XI-e8yUWD-eJKGJ6t-qcA&bvm=bv.109910813,d.ZWU.
- 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_tbJAhXGOxQKHbPuDZEqFgggbMAA&url=http%3A%2F%2Frevistas.ua.pt%2Findex.php%2FID%2Farticle%2FviewFile%2F2486%2F2354&usg=AFQjCNGu94ntmsonOSa8Hv6zhGIKbJPESa
- ESEL (2020). Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2019/2020. 11º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica - Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL.
- 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.
- Moraes, Pereira, Azevedo & Moraes. (2018). Avaliação Multidimensional do Idoso. Brasil: Secretaria de estado da saúde do Paraná.

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>