

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

**Consulta de enfermagem estruturada numa unidade dor: a
promoção do cuidado de si à pessoa idosa com dor crónica**

Maria Madalena Nobre Marreiros Assunção Mela Martins

Lisboa

2016



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa

Relatório de Estágio

**Consulta de enfermagem estruturada numa unidade dor: a
promoção do cuidado de si à pessoa idosa com dor crónica**


Maria Madalena Nobre Marreiros Assunção Mela Martins

Orientador: Professora Doutora Idalina Gomes

Lisboa

2016

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Descobrir significa que não se sabe, antecipadamente,
mas que se ousa ir ao encontro do desconhecido...”

Collière, 1999 (p. 294)

À Jorge

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Idalina Gomes pela disponibilidade, empenho e motivação com que nos impulsionou a aprofundar o cuidado de enfermagem.

Às Enfermeiras Teresa, Filomena, Dulce e Helena, pelo seu respeito, e pelo privilégio que concedem de diariamente compartilharem as suas vidas.

A todos os profissionais da equipa multidisciplinar da unidade dor, pelo orgulho de pertencer a esta equipa, e pela satisfação de em cada dia, continuar a aprender.

Às pessoas idosas e suas famílias pela generosidade em partilhar a sua vida, e me deixarem continuar a aprender qual o sentido do cuidado de enfermagem.

À Dulce e à Patrícia, pela amizade, humor, e apoio ao longo deste percurso académico, para alcançarmos os objetivos delineados.

A minha mais profunda gratidão a todos os meus benfeitores, aqueles que me apoiaram, acompanharam e incentivaram ao longo deste tempo, e cuja página é pequena para os nomear.

Finalmente, a toda a minha família...por tudo.

.

Lista de Siglas e/ou Abreviaturas

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

ARSLVT - Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo

AVD – Atividades de Vida Diária

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

CE - Consulta de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECCL - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL - Equipa de Coordenação Local

EGA - Equipas de Gestão de Altas

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IASP - *Association International for the Study of Pain*

ICD - Instrumento de Colheita de Dados

INE - Instituto Nacional de Estatística

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

Sr. - Senhor

Sra. - Senhora

UCC - Unidade Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade Cuidados Saúde Personalizados

UD - Unidade Dor

RESUMO

A dor crónica é um problema frequente nas pessoas idosas, contudo é ainda subdiagnosticada e subtratada. O impacto da dor crónica na saúde da pessoa idosa, é um problema reconhecido que interfere com a sua autonomia e independência, podendo contribuir para o aparecimento ou agravamento das grandes síndromes geriátricas. Daí a pertinência de procurar novos modelos de intervenção em enfermagem numa unidade de dor para uma prestação de cuidados centrados na pessoa idosa que promova o cuidado de si. Nesse sentido concebeu-se um projeto de intervenção com o objetivo de desenvolver competências de enfermeira especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e sua família, nomeadamente à pessoa idosa com dor crónica, através de uma intervenção em parceria. Foi também objetivo contribuir para desenvolver competências na equipa para um cuidado em parceria com a pessoa idosa e família com dor crónica. A metodologia escolhida foi o trabalho de projeto, que se realizou numa unidade dor de um hospital da região de Lisboa e Vale do Tejo. O modelo teórico de enfermagem norteador do projeto foi o de parceria de Gomes (2013). O percurso realizado permitiu o desenvolvimento de competências de mestre e especialista. Destacam-se como aprendizagens adquiridas conhecer a singularidade da pessoa idosa através da avaliação multidimensional, a criação de condições facilitadoras da relação de parceria ao longo do processo de cuidado, a promoção de condições para a formação e reflexão sobre a prática, a motivação e o envolvimento da equipa, na dinamização do projeto. Procedeu-se à reformulação do instrumento de colheita de dados de acordo com o modelo de parceria, para aprofundar o conhecimento da pessoa e família e o registo na consulta de enfermagem, no sentido de favorecer a continuidade e promoção de cuidados centrados na pessoa. Constatámos nos registos e na prática clínica, que as enfermeiras passaram a dar mais importância às dimensões do conhecer à pessoa idosa, dos recursos e dos princípios inerentes à interação, para a construção dos cuidados em parceria que facilitam a capacitação da pessoa idosa e família para assumir o cuidado de si no tratamento e controlo da dor. Como projetos futuros salientámos a articulação com a ESEL em projetos de investigação que possam promover o controlo da dor da pessoa idosa.

Palavras chave: pessoa idosa; dor crónica; consulta de enfermagem; promoção cuidado de si; parceria.

ABSTRACT

Chronic pain is a common problem with the elderly, but is still underdiagnosed and undertreated. The impact of chronic pain on the health of the elderly, is a recognized problem that interferes with their autonomy and independence and may contribute to the onset or aggravation of major geriatric syndromes. Hence the relevance of seeking new models of nursing intervention in a pain unit for providing care focused on the elder that promotes self-care. In this sense it was conceived an intervention project with the aim of developing specialist nurse and master skills in medical-surgical area in the care of elderly people and their families, including the elderly with chronic pain, through an intervention based on a partnership. It was also to contribute to developing skills in the team for a care in partnership with the elderly with chronic pain and its relatives. The chosen methodology was project-based, which took place in a hospital's pain unit in Lisbon and Tagus Valley region. The nursing theoretical model guiding the project was the Gomes Partnership (2013). The chosen method allowed the development of master and specialist skills and expertise. Highlighting as learnings acquired, to know the uniqueness of the elderly through the multidimensional evaluation, the creation of conditions that enable a partnership relation throughout the care process, promoting conditions for the development and reflection on practice, motivation and involvement of the team, in the project promotion. It was undertaken a reformulation of the data collection instrument following the partnership model, to deepen the knowledge of the person and family, and the record in the nursing consultation in order to encourage continuity and promotion of Person-centered care. We noted in the records and in clinical practice, the nurses started to give more importance to the dimensions of knowledge to the elderly, the resources and the principles inherent in the interaction for the construction of care based in a partnership to facilitate the training of the elderly and their relatives to self-care during treatment and control of pain. As future projects we emphasize the coordination with ESEL in research projects that can promote the control of the elderly pain.

Keywords: elderly; chronic pain; nursing consultation; promoting self-care; partnership.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. REVISÃO DA LITERATURA	22
1.1. A pessoa idosa com dor crónica	22
1.2. A intervenção em parceria com a pessoa idosa com dor crónica para a promoção do cuidado de si na consulta de enfermagem	23
2. ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	31
2.1. Competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa.....	32
2.2. Competências como enfermeira especialista na implementação de um projeto.....	46
3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS, CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO.....	62
CONCLUSÃO.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67

APÊNDICES

APÊNDICE I – Objetivos e atividades definidas para o estágio

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

APÊNDICE III – Instrumentos de avaliação multidimensional à pessoa idosa

APÊNDICE IV – Registo reflexivo reunião com enfermeira orientadora da UD

APÊNDICE V – Estudo de caso na UD

APÊNDICE VI – Relatório do estágio em CSP

APÊNDICE VII – Estudo de caso em CSP

APÊNDICE VIII – Formação realizada na UCC

APÊNDICE IX – Revisão sistemática da literatura

APÊNDICE X – Instrumento de colheita dados das narrativas das enfermeiras no diagnóstico de situação

APÊNDICE XI – Corpo das narrativas das enfermeiras no diagnóstico de situação

APÊNDICE XII – Análise reflexiva das narrativas das enfermeiras no diagnóstico de situação

APÊNDICE XIII – Apresentação e análise reflexiva dos resultados dos registos de enfermagem na avaliação inicial

APÊNDICE XIV – Instrumento colheita de dados de avaliação inicial da UD – outubro 2015

APÊNDICE XV – Relatório da 1ª reunião formativa na UD

APÊNDICE XVI – Relatório da 2ª reunião formativa na UD

APÊNDICE XVII – Relatório da 3ª reunião formativa na UD

APÊNDICE XVIII – Instrumento colheita de dados de avaliação inicial da UD – fevereiro 2015

APÊNDICE XIX – Relatório da 4ª reunião formativa na UD

APÊNDICE XX – Apresentação e análise reflexiva dos resultados dos registos de enfermagem na avaliação inicial - fevereiro 2016

APÊNDICE XXI – Guião e corpo das narrativas das enfermeiras na fase da avaliação final

APÊNDICE XXII – Análise reflexiva das narrativas das enfermeiras na fase de avaliação final

INTRODUÇÃO

No âmbito do percurso académico do 6º Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem, área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), vertente Pessoa Idosa, surgiu como uma oportunidade a realização de um estágio com a **finalidade** de desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa e sua família, nomeadamente às pessoas idosas com dor crónica. O presente relatório expõe o percurso realizado na implementação do projeto de estágio que designámos por “Consulta de enfermagem estruturada numa unidade dor: a promoção do cuidado de si à pessoa idosa com dor crónica”.

Interessou-nos desenvolver o projeto nesta área, porque em Portugal, à semelhança de outros países europeus, verifica-se uma alteração na estrutura etária e dimensão populacional, revelando um envelhecimento demográfico que se tem acentuado (INE, 2015). Cada vez mais existe a necessidade de encontrar padrões institucionais de atuação e articulação nas diferentes áreas (política, social, económica, saúde) para responder às necessidades originadas pela mudança do sistema demográfico. Uma das consequências são as doenças não transmissíveis e de evolução prolongada, com tendência para a cronicidade, insidiosas e incapacitantes. Estas doenças são responsáveis pelas principais causas de morbilidade e mortalidade nesta população, com enormes custos individuais, familiares e sociais (DGS, 2004; OMS, 2005).

A dor crónica é reconhecida como um problema frequente na pessoa idosa. A IASP (2006) refere que 50 % dos idosos da comunidade têm dor crónica, e aumenta para 80% nos idosos em lares. Em Portugal, a prevalência da dor crónica nas pessoas idosas é de 20,4%, sobretudo relacionada com a artrose e osteoporose, e tem como localização mais frequente a anca e membros inferiores (Azevedo *et al*, 2012). Verifica-se que apenas 20% das pessoas idosas toma terapêutica analgésica (Kopf, 2013). Constata-se que a dor crónica é ainda subdiagnosticada e, portanto, subtratada (IASP, 2006; Kopf, 2013). A ela está associada a depressão, diminuição da socialização e da capacidade funcional, alterações do sono e da marcha, síndrome de imobilidade, maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde do risco

de polimedicação e de interações medicamentosas, constituindo um grave problema de saúde pública (DGS, 2010). As alterações nestas funções resultam em problemas para a saúde da pessoa idosa, com grande impacto na sua autonomia e independência, podendo contribuir para o aparecimento ou agravamento das designadas grandes síndromes geriátricas (Moraes, Marino & Santos, 2010). Surgem assim, novas necessidades em saúde para as pessoas idosas com dor crónica e suas famílias, nomeadamente em unidades de dor (DGS, 2008). A exigência de cuidados complexos e diferenciados impelem a questionar paradigmas vigentes, a procurar novos modelos de atuação em equipa, na qual a enfermagem se inclui, nomeadamente no sentido de procurar uma prestação de cuidados centrados na pessoa idosa.

A consulta de enfermagem (CE), sendo uma intervenção que visa ajudar a pessoa a atingir a máxima capacidade de autocuidado, pode dar uma grande ajuda nesse sentido (Portaria nº 19 29-01, 2012). Oliveira *et al* (2012) reconhecem que a CE é uma estratégia na intervenção em saúde à pessoa idosa, e que é dever dos enfermeiros a implementação de práticas em condições seguras e de qualidade para o desempenho das suas atividades. No entanto, constata-se constrangimentos que dificultam ou impedem a realização da CE centrada na pessoa idosa. A falta de formação, as condições de trabalho e a postura profissional são os principais fatores identificados pelos enfermeiros (Silva & Santos, 2014). O desconhecimento sobre o processo de envelhecimento da pessoa é outro dos obstáculos apontados (Silva, Vicente & Santos, 2014). Constata-se ainda a dificuldade dos enfermeiros em alicerçarem a sua prática em modelos conceituais, que permitam considerar a pessoa idosa como parceira nos cuidados, tendo em conta o respetivo projeto de vida e saúde, e não só a sua doença (Gomes, 2013).

Reconhece-se a importância de eixos conceptuais que sustentem um quadro de referência para o exercício profissional de enfermagem (OE, 2001; Wright & Leahey, 2013). No entanto, a maioria dos enfermeiros não segue ou não consegue explicitar o modelo teórico que fundamenta a sua prática de cuidados na CE à pessoa idosa (Silva, Vicente & Santos, 2014). Perpetuam-se deste modo práticas de enfermagem centradas na doença e nas necessidades do serviço que interferem na relação com a pessoa idosa (Figueiredo & Mello, 2003; Silva & Santos, 2014). A

persistência no atendimento centrado na doença gera práticas de cuidados que não se centram na pessoa idosa com dor crónica, tal como é preconizado para a profissão de enfermagem (OE, 2012). A dicotomia entre a conceção teórica e a intervenção realizada à pessoa idosa na CE pode implicar uma estagnação nas práticas de enfermagem e uma fragilidade na consolidação de um espaço de intervenção autónoma profissional (Pinheiro, Alvarez & Pires, 2012).

Silva & Santos (2014) explicitam pilares norteadores da CE e recomendam um modelo de atenção à pessoa idosa que contemple uma avaliação global com ênfase na funcionalidade para que se possa propor um plano de cuidados individualizado. Miaskowski (2010) corrobora uma abordagem centrada no idoso com dor crónica, de forma a melhorar o seu *status* funcional e a qualidade de vida. Na CE, os enfermeiros precisam estabelecer objetivos mais amplos que a diminuição da intensidade da dor, o que pressupõe a utilização de um instrumento de colheita de dados (ICD) para avaliação da pessoa com dor crónica, que não seja limitadora na identificação de outras necessidades de cuidados, em especial na pessoa idosa (Cruz & Pimenta, 1999). Torna-se assim fundamental para a prática de enfermagem a explicitação sobre o modelo teórico que permita a construção de um processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica e sua família que promova o cuidado de si (Gomes, 2009). Esta autora desenvolveu um modelo de intervenção em parceria com os doentes em que define as fases inerentes ao processo de parceria: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se, assumir ou assegurar o cuidado de si.

Conhecer a singularidade da pessoa idosa com dor crónica e o seu potencial de desenvolvimento é uma intervenção central no exercício profissional, para ajudar a promover o projeto de saúde e de vida, qualquer que seja a sua circunstância (Gomes, 2013). Pressupõe da parte dos enfermeiros disponibilidade e respeito pela pessoa idosa, pois é esta que é detentora do fio condutor é quem define os limites da informação a partilhar com quem cuida, as fronteiras da relação (Collière, 1999). O aprofundamento do conhecimento da pessoa idosa implica compreender os processos de transição que são vivenciados pela pessoa idosa com dor crónica, para que o cuidado de enfermagem promova respostas saudáveis à transição, respeitando a singularidade da pessoa idosa e família (Meleis, 2010; Schumacher, Jones & Meleis,

1999; Ribeiro, 2013). Os resultados que se esperam do cuidado individualizado e centrado na pessoa idosa são, entre outros, a satisfação com os cuidados prestados, o envolvimento no cuidado, sentimentos de bem-estar e criação de relação terapêutica, onde se evidencia a partilha na tomada de decisão (McCormack, 2003).

Ao longo do percurso académico, várias foram as ocasiões em que a teoria de enfermagem e a evidência científica se confrontaram com a nossa prática clínica à pessoa idosa com dor crónica e sua família, na unidade dor (UD) de um hospital da Administração Regional Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), onde trabalhamos há cerca de 10 anos, e na qual exercemos também funções de responsável de serviço. No entanto, recordamos que nos inquietou particularmente, um exercício proposto na unidade curricular “Enfermagem Avançada”, de análise do ICD, por nós utilizado na avaliação inicial à pessoa com dor crónica. Constatámos na altura, que apesar de existir uma CE, a informação registada sobre a pessoa idosa era escassa, não revelando a sua singularidade, nem conseguíamos explicitar as teorias de enfermagem que nos orientavam para um melhor conhecimento da pessoa idosa com dor crónica. Faltavam-nos os alicerces teóricos. Assim, questionámo-nos inúmeras vezes sobre o modo como poderíamos estruturar a CE na UD, para promover o cuidado de si na singularidade da pessoa idosa com dor crónica e sua família. O trabalho final da unidade curricular “Enfermagem Avançada”, com a reflexão que proporcionou, ajudou-nos a perspetivar um projeto de intervenção nesta área. Constatámos também, que apesar de inicialmente nos considerarmos como enfermeira de cuidados gerais, em estadios de desenvolvimento mais avançados, verificávamos que no que dizia respeito aos cuidados de enfermagem especializados à pessoa idosa, encontrávamo-nos em níveis iniciais de acordo com Benner (2001). Considerámos então pertinente encetar um percurso de aprendizagem e de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista¹ médico-cirúrgica vertente pessoa idosa² e de enfermeira mestre³, através de um estágio que se realizou

¹ Competências comuns do enfermeiro especialista definem-se nos domínios da responsabilidade profissional, ético, legal, da melhoria da qualidade, na gestão de cuidados e de desenvolvimento de aprendizagens profissionais (OE, 2011).

² Competências comuns de enfermeiro especialista na área MC vertente pessoas idosas permitem cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra-hospitalar (ESEL, 2015).

³ Competências de enfermeiro mestre dizem respeito à capacidade de análise sobre o conhecimento que sustentava a prática de enfermagem, nas suas dimensões ética, política, histórica, social e

entre 28 setembro de 2015 e 12 fevereiro de 2016, em 2 locais distintos. O período mais longo do estágio foi na UD acima referida, e no período de 19 outubro a 20 novembro 2015 numa unidade cuidados na comunidade (UCC) da ARSLVT. O planeamento do estágio foi previamente delineado na unidade curricular “Opção II”.

Optámos pela metodologia de trabalho de projeto centrada nas especificidades da pessoa idosa com dor crónica, através da CE na UD. Os motivos da escolha desta metodologia prenderam-se com o desejo de desenvolvimento de uma intervenção para a resolução de um problema na prática clínica, no nosso contexto de trabalho, em que simultaneamente fosse possível uma articulação entre a teoria e a prática, que era expectável no percurso académico que empreendemos (Ruivo *et al*, 2010).

Delineámos os seguintes **objetivos gerais**: desenvolver competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica e sua família, no sentido de promover o cuidado de si, através da CE numa UD; e promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica e sua família, no sentido de promover o cuidado de si, através da CE numa UD.

Este relatório encontra-se dividido em capítulos. Na introdução visamos a apresentação da justificação/pertinência do projeto e os objetivos gerais. O primeiro capítulo é constituído pela revisão da literatura que contextualiza a temática e pelos eixos norteadores que sustentam a intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica. O segundo capítulo apresenta o desenvolvimento do projeto ao longo do estágio, a descrição das atividades realizadas, das aprendizagens e resultados obtidos para o desenvolvimento de competências. A reflexão sobre as competências desenvolvidas, as limitações do projeto, contribuições e as perspetivas de continuidade constituem o capítulo 3. Na conclusão fazemos a síntese global do projeto, a reflexão acerca do percurso realizado no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista.

económica, e no desenvolvimento de projetos que promovessem a reflexão, questionamento de práticas e paradigmas de enfermagem e processos de inovação (ESEL, 2014).

1. REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo apresentamos a revisão da literatura que sustenta os eixos conceituais norteadores do nosso relatório: a pessoa idosa com dor crónica e a intervenção em parceria com a pessoa idosa com dor crónica para a promoção do cuidado de si na consulta de enfermagem.

1.1. A pessoa idosa com dor crónica

O processo de envelhecimento fisiológico na pessoa acontece também nos mecanismos que envolvem a experiência de dor. A senescência da estrutura neuronal periférica atrasa a transdução e a transmissão envolvidas na sinalização da dor, aquando do contacto com o estímulo nociceptivo, e parece deteriorar os mecanismos descendentes inibitórios da dor, especialmente o envolvimento de opióides endógenos (Arnstein & Herr, 2010). O envelhecimento neste sistema acrescido da disfunção prolongada provocada pela lesão tecidual, inflamação, ou lesão do nervo em pessoas idosas, traduz-se na diminuição da capacidade para recuperar da hiperalgesia e alodinia, e expõe a pessoa idosa a um risco acrescido para desenvolver dor crónica após situações de doença ou traumatismo (IASP, 2006; Arnstein & Herr, 2010).

A dor crónica, e adoto neste trabalho a definição aceite em Portugal, é uma dor contínua ou recorrente, que existe há 3 meses ou mais, ou quando persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem (DGS, 2010). Está presente em cerca de 50% das pessoas idosas, mas a percentagem aumenta para 80% naquelas que estão em casas de repouso (IASP, 2006). Verifica-se que é uma doença que aumenta progressivamente com a idade, entre os 11% e 47%, entre os 40 e os 75 anos de idade (Kopf, 2013). Apesar de diariamente metade das pessoas idosas sofrerem com este tipo de dor, apenas 20% toma terapêutica analgésica (Kopf, 2013).

O primeiro estudo sobre a epidemiologia da dor crónica em Portugal realizado por Azevedo *et al* (2012) revela que a prevalência de dor crónica na população idosa é de 20, 4%, relacionada sobretudo com a artrose e a osteoporose, localizada mais frequentemente na anca e membros inferiores; é referida como uma dor contínua e a

sua probabilidade aumenta 4 vezes mais na faixa etária 70-74 anos em comparação com a faixa etária dos 18-24 anos.

A dor crónica na população idosa é um problema frequente, mal diagnosticada, e, portanto, subtratada, contribuindo como um dos fatores preditivos mais importantes da incapacidade física nas pessoas idosas (Kopf, 2013). Está associada a depressão, diminuição da socialização e da capacidade funcional, alterações do sono e da marcha, síndrome de imobilidade, maior consumo de serviços e aumento dos custos em saúde, aumento do risco de polimedicação e de interações medicamentosas, constituindo um grave problema de saúde pública (DGS, 2010). Assim, controlar a dor crónica na pessoa idosa é um dos elementos essenciais para a qualidade de vida e para a promoção do envelhecimento ativo e é responsabilidade dos enfermeiros a construção de boas práticas nesse sentido (OE, 2008).

1.2. A intervenção em parceria com a pessoa idosa com dor crónica para a promoção do cuidado de si na consulta de enfermagem

A CE é definida na Portaria nº 19 de 20 janeiro 2012, como uma intervenção que visa a realização de uma avaliação, e estabelece um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado. O Ministério da Saúde refere que "...a prestação de cuidados em saúde exige uma abordagem compreensiva, holística e multidisciplinar, devendo ocorrer junto de profissionais de saúde mais qualificados e efetivos...", e legitima a CE, pelas quais concretiza o valor a faturar (Portaria nº19 29-01, 2012, p.351). Esta abordagem é o cerne na CE à pessoa idosa, em que alguns dos seus elementos são salientados pela literatura, como apresento de seguida.

Silva & Santos (2014) identificaram 4 componentes como constituintes da autonomia da enfermagem na intervenção à pessoa idosa e seus familiares: o conhecimento, a postura profissional, a sistematização da intervenção e a delimitação do papel na equipa multidisciplinar.

Oliveira *et al* (2012) reconhecem que a CE é uma estratégia na intervenção em saúde à pessoa idosa, pelo que a implementação de práticas para condições seguras e de qualidade para o desempenho das suas atividades é um dever dos enfermeiros. No entanto, no estudo realizado por Silva & Santos (2014), as enfermeiras

identificaram a falta de formação, as condições de trabalho e a postura profissional, como os principais fatores que impedem a realização da CE centrada na pessoa idosa. Outro dos elementos reconhecido na literatura, como obstáculo é o desconhecimento sobre o processo de envelhecimento da pessoa (Silva, Vicente & Santos, 2014).

Figueiredo & Mello (2003) através da sua investigação de observação com videogravação dos atendimentos realizados pelas enfermeiras a crianças na área da vacinação alertaram para a influência das condições físicas e a organização na comunicação, que facilmente reconhecemos na prática de CE à pessoa idosa, e dada a sua atual relevância apresento as principais constatações:

“...em geral, os atendimentos foram com as “portas abertas” e rápidos. O espaço físico (as portas abertas, as salas com mais de uma atividade e a disposição dos móveis), a ausência de olhares, a técnica tomada como meio e fim nela mesma, a demanda, os diálogos fragmentados, orientações incompletas e atendimentos simultâneos foram aspetos que comprometeram a comunicação; em alguns casos não se ouviam as informações, diminuíram as respostas e houve distanciamento entre os sujeitos.” (Figueiredo & Mello, 2003, p. 549)

Como foi referido anteriormente, a CE à pessoa idosa pressupõe uma abordagem holística, no entanto ainda se verifica que esta não é centrada na pessoa idosa, mas nas necessidades do serviço (Silva, Vicente & Santos, 2014). Persiste o atendimento centrado na doença, o que pode implicar uma estagnação nas práticas de enfermagem, e uma fragilidade na consolidação de um espaço de intervenção autónoma profissional (Pinheiro, Alvarez & Pires, 2012). Como reflexo da persistência de uma lógica curativa nos cuidados à pessoa idosa, Silva, Vicente & Santos (2014) constaram que a maioria dos enfermeiros não segue ou não explicita a teoria norteadora dos cuidados de enfermagem.

Silva & Santos (2014) explicitaram através do seu estudo os pilares norteadores da CE à pessoa idosa: histórico de enfermagem; aplicação de instrumentos de avaliação de acordo com a necessidade; exame físico completo; avaliação e diagnóstico de enfermagem; prescrição, orientações, plano de cuidados, encaminhamentos. Recomendam, ainda, um modelo de atenção que contemple uma avaliação global com ênfase na funcionalidade, incluindo a investigação da história de vida da pessoa idosa, pois depende dessa avaliação, o balanço entre as perdas e os recursos disponíveis, para assim propor um plano de cuidados centrado na pessoa idosa.

Em relação à pessoa idosa com dor crónica, Miaskowski (2010) salienta a necessidade de uma abordagem centrada na pessoa idosa para melhorar o seu *status* funcional e qualidade de vida. Assim, na CE as enfermeiras precisam de estabelecer de objetivos mais amplos da gestão da dor com as pessoas idosas, e não se focar apenas na intensidade da dor. Cruz & Pimenta (1999) alertavam que o ICD para avaliação da pessoa com dor crónica não fosse limitador na identificação de necessidades pouco frequentes.

Miaskowski (2010) enfatiza a avaliação das características da dor (localização, descritores, intensidade, fatores de agravamento e alívio, tratamentos analgésicos e efeito), mas também a importância da avaliação do impacto da dor na capacidade funcional da pessoa idosa (função física, emocional, classificação da melhoria global e satisfação na perspetiva da pessoa idosa), através de instrumentos de avaliação específicos. Sugere ainda, que os resultados das intervenções em dor crónica devem incluir: alívio da dor, função física, função emocional, classificação de melhoria global dada pelo doente e satisfação com o tratamento, efeitos secundários e efeitos adversos. Revela-se assim, fundamental que a pessoa idosa com dor crónica e a sua família sejam envolvidos nos cuidados de enfermagem, através de uma relação de confiança e de parceria.

O cuidado de si é o resultado da intervenção do enfermeiro na construção do processo de parceria com a pessoa idosa (Gomes, 2013). Manifesta-se pelo assumir o controlo do cuidado de si próprio, quando a pessoa idosa tem capacidade de autonomia, ou seja, a intervenção de enfermagem procura ajudar a pessoa idosa a lidar com a sua situação de dor crónica, no contexto do seu projeto de vida (Gomes, 2013). Quando a pessoa idosa não tem capacidade de decisão, o enfermeiro assegura o cuidado de si, cuidando do outro, ou capacitando a família para o fazer (Gomes, 2013).

O processo de construção da parceria do enfermeiro com a pessoa idosa com dor crónica insere-se em condições contextuais particulares, nomeadamente de vulnerabilidade e de dependência, que obriga o enfermeiro a uma atenção acrescida para ver a pessoa idosa como um ser de projeto de vida e saúde e de cuidado (Gomes, 2013). Atender à singularidade da pessoa idosa é um mútuo processo de descoberta na situação de cuidados, resulta do encontro de “desconhecidos” (enfermeiro e

pessoa idosa) que têm que procurar a sua complementaridade, relativamente a uma necessidade de saúde (Collière, 1999). A pessoa idosa e a sua família detêm o fio condutor, e são quem define os limites da informação a partilhar com quem cuida, as fronteiras da relação com o enfermeiro (Collière, 1999). Wright & Leahey (2013) salientam que tanto o enfermeiro, como a pessoa idosa são especialistas. A pessoa idosa é especialista na história da doença, da sua dor, e normalmente, mas nem sempre, o enfermeiro sabe a fisiologia do processo patológico. Assim, o enfermeiro necessita reconhecer as suas próprias interpretações, e as da pessoa idosa sobre a dor crónica, de forma a facilitar a mudança, pois o agente final da mudança é a pessoa idosa (Wright & Leahey, 2013). O aprofundamento do conhecimento da pessoa idosa implica compreender os processos de transição que são vivenciados pela pessoa idosa com dor crónica, para que o cuidado de enfermagem promova respostas saudáveis à transição, respeitando a singularidade da pessoa idosa e família (Meleis, 2010; Schumacher, Jones & Meleis, 1999; Ribeiro, 2013).

Gomes (2013), no seu estudo, identificou 5 fases no processo de construção da parceria com a pessoa idosa: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e por último, assumir ou assegurar o cuidado de si. Estas fases são interdependentes, dinâmicas, e podem ocorrer em simultâneo na intervenção de enfermagem, em que a interação entre enfermeiro e a pessoa idosa é essencial. Wright & Leahey (2013) ajudam-nos a compreender a importância destas interações, quando as designam por conversas terapêuticas. As autoras afirmam que a interação ocorre em conversas, mesmo quando o enfermeiro não pensa nelas como tal. Nenhuma conversa é trivial, mesmo que seja tão breve como uma frase ou tão longa como o tempo o permitir. A conversa numa entrevista é terapêutica, pois pode ter em si o potencial de mudança para os intervenientes, e do reconhecimento do potencial de cura, que a pessoa idosa e sua família são detentoras (Wright & Leahey, 2013). Consideram ainda as autoras que para o enfermeiro, ouvir histórias de doença não é apenas uma arte, mas uma prática ética. A responsabilidade profissional e ética inerente a cada interação enfermeiro-pessoa idosa-família está explícita na seguinte frase: "...as enfermeiras estão socialmente capacitadas e têm o privilégio de gerar saúde ou doença em suas conversas com as famílias." (Wright & Leahey, 2009, p. 229). Collière (1999) destaca também o poder veiculado pelos cuidados de

enfermagem, que pode ser um poder redutor ou libertador, tanto para quem os recebe, como para quem os presta. O poder dos cuidados de enfermagem é libertador quando:

“...é criativo, que estimula ou suscita tudo o que vai permitir uma regeneração, um desenvolvimento das capacidades de viver, tanto do utilizador como da enfermeira participando num mesmo ato de nascimento ou renascimento da vida, inclusivamente até ao limiar da morte.” (Collière, 1999, p.315).

Percebemos então que, conhecer a pessoa idosa com dor crónica é uma etapa essencial, afim de identificar o seu potencial de desenvolvimento, para ajudar a promover o projeto de saúde e de vida, qualquer que seja a sua circunstância (Gomes, 2013).

Apesar do conhecimento da pessoa idosa com dor crónica ser um processo contínuo, podemos identificá-lo sobretudo nas 2 primeiras fases da construção da parceria: revelar-se e envolver-se. Na primeira fase, revelar-se, Gomes (2013) salienta a importância do “dar-se a conhecer” mútuo aquando da interação entre a pessoa do enfermeiro e a pessoa idosa. O enfermeiro mobiliza as suas capacidades de comunicação para convidar a um relacionamento de confiança. Wright & Leahey (2013) especificam um dos ingredientes-chave, que consideramos importantes para a entrevista entre enfermeiro e a pessoa idosa e sua família: as boas maneiras. São atos simples e corteses, mas que são profundos, porque promovem o respeito pela pessoa e a amabilidade (Wright & Leahey, 2013). Lopes (2006) identificou esta intervenção de enfermagem, a que chamou afabilidade, reconhecendo que contribui para o alcançar dos objetivos terapêuticos. Ilustra com alguns exemplos como: o modo como a enfermeira recebe a pessoa (sorriso); a enfermeira apresentar-se, dizendo o nome, explicar a sua função durante a entrevista; conhecer a identidade da pessoa idosa e família, e chamar sempre pelo nome; expressar carinho; como se mostram disponíveis para responder às perguntas; explicar o procedimento antes de entrar na sala, familiarizar a pessoa idosa com o ambiente e equipamento; respeitar os compromissos; se disser à pessoa idosa ou família que regressará dentro de momentos, deverá fazê-lo (Lopes, 2006; Wright & Leahey, 2013). Ao dar-se a conhecer primeiro, o enfermeiro poderá então abrir-se e estar disponível para a revelação que a pessoa idosa possa querer fazer de si, nomeadamente: da sua identidade, do contexto familiar e social, história da doença e dor crónica, os

significados e interpretações que atribui na sua trajetória de vida, identificar os fatores facilitadores e dificultadores para fazer à face à situação (Gomes, 2013).

A segunda fase da construção do processo de parceria é o envolver-se; o enfermeiro tenta identificar a singularidade da pessoa idosa, para que possa mobilizar essas descobertas (informações) no aprofundamento da relação de confiança, e na intervenção conjunta com a pessoa idosa com dor crónica e família (Gomes, 2013). A autora salienta nesta fase a importância do estabelecimento de um tempo e espaço para a relação entre o enfermeiro e a pessoa idosa. Outros autores referem a importância destes elementos. Collière (1999, p. 308) especifica:

“...o projeto de cuidados de enfermagem e a sua execução exigem ser situados no tempo e no espaço, quer seja em relação ao tempo que vai durar, à frequência dos cuidados, ao momento em que devem ser prestados, ou ao lugar onde se desenvolve a ação...”

Wright & Leahey (2013) ressaltam o que caracterizam por entrevista tempo-efetiva, em que o enfermeiro integra e aproveita oportunidades nos cuidados para se envolver em conversas significativas com a pessoa idosa e a família. Em relação ao espaço salientam que é um elemento importante a considerar na preparação da entrevista com a pessoa idosa. Apesar do hospital ser um ambiente familiar para o enfermeiro, pode ser um contexto intimidatório particularmente para a pessoa idosa e família e comprometer a partilha de informações: os móveis e equipamentos complicados, a falta de privacidade - a simultaneidade de atividades, as interrupções pelos telefonemas, a presença de outros profissionais (Wright & Leahey, 2013). A preparação do ambiente clínico para a entrevista é uma necessidade a ter em conta, especialmente porque na maioria das vezes os enfermeiros “...precisam negociar com os colaboradores a obtenção de espaço e privacidade.” (Wright & Leahey, 2009, p.172). Apesar dos constrangimentos, os enfermeiros “...poderão desenvolver um microcosmos de privacidade.” (Lopes, 2006, p. 238). Utilizam estratégias como os cortinados amovíveis, biombos, ou mesmo o seu próprio corpo como barreira, baixa o tom de voz, aproxima-se da pessoa para a conversa não ser ouvida por outros, e garantir a disponibilidade e privacidade para a expressão de sentimentos (Lopes, 2006). No entanto, a consciência da centralidade da pessoa idosa nos cuidados de enfermagem pode obrigar a (re)estruturações dos espaços, modos de organização e de pensar a prática clínica, nomeadamente no nosso local de trabalho (Gomes, 2013). Nesta fase, o envolvimento e a preocupação com a pessoa idosa ajudam o enfermeiro

a identificar as necessidades e as potencialidades da pessoa, falta de conhecimentos, os limites funcionais como consequência da dor crónica nas atividades de vida diária (AVD) e nas atividades instrumentais de vida diária (AIVD), assim como as potencialidades da pessoa idosa (Gomes, 2013).

Capacitar ou possibilitar designa a quarta fase do processo de parceria, que se caracteriza pela construção de uma ação conjunta no desenvolvimento de competências, para ajudar a transformar capacidades potenciais em reais, para que a pessoa idosa possa assumir o controlo de si (Gomes, 2013). Possibilitar remete-nos para o cuidado que a pessoa idosa teria consigo se lhe fosse possível, e é baseado no conhecimento que o enfermeiro detinha da pessoa idosa ou que obteve da família, assumindo a responsabilidade desse cuidado à pessoa idosa (Gomes, 2013). Ribeiro (2013) identifica o controlo da dor e a gestão das suas consequências, como os objetivos principais da intervenção de enfermagem na pessoa idosa com dor crónica. No estudo desta autora, as pessoas com dor crónica salientam ações como: avaliação e controlo da dor, escutar a pessoa, executar massagem, informar sobre o regime terapêutico, instruir sobre os medicamentos, e apoio dado pela consulta telefónica. No entanto, interpela-nos quando alerta para um certo desconhecimento e falta de clareza do papel do enfermeiro, por parte dos participantes, enquanto profissional com intervenções autónomas (Ribeiro, 2013).

A quarta fase da construção do processo de parceria é comprometer-se "...num desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa..." (Gomes, 2013). O enfermeiro ajuda a suportar o compromisso da pessoa idosa, baseado no que conhece da pessoa idosa, das suas condições pessoais e sociais que podem facilitar ou inibir a transição vivenciada pela pessoa idosa com dor crónica, procurando apelar à singularidade e ao sentido da trajetória de vida daquela pessoa. Ribeiro (2013) identificou como condições pessoais que podem influenciar a transição vivenciada pela pessoa com dor crónica: as expectativas, as crenças (autoeficácia, religiosa), o significado atribuído, a atitude face à dor, as respostas emocionais, o nível de preparação e conhecimento, estatuto socioeconómico e o suporte/apoio percebido. McCormark (2003) alerta que neste processo de cuidados não é suficiente tomar notas das crenças, valores, opiniões e

experiências das pessoas, mas que as informações devem ser integradas na biografia de cada pessoa idosa.

O resultado da intervenção do enfermeiro em parceria com a pessoa idosa surge na quinta fase, assumir ou assegurar o cuidado de si. A pessoa idosa assume o controlo sobre o seu projeto de vida e saúde, detém informação e consegue decidir qual o melhor caminho para si, consegue gerir a sua situação, manifesta conforto e bem-estar, ou quando a família adquire capacidade para ajudar a cuidar (Gomes, 2013). O estudo de Ribeiro (2013) ajuda-nos nesta compreensão da especificidade em relação à pessoa com dor crónica, quando identifica os padrões de resposta na transição vivenciada pela pessoa. Identifica como indicadores de processo: controlo da dor, satisfação com o controlo da dor, aceitação do estado de saúde e desenvolvimento de estratégias de *coping*, como a distração, gestão de atividade/repouso e conhecer as respostas corporais e de resultado. Os indicadores de resultado encontrados foram a mestria no lidar com a dor, no gerir o regime terapêutico e nas AVD.

Wright & Leahey (2013) salientam os fatores comuns associados a resultados positivos nas intervenções de enfermagem, e que nos parecem interessantes, para sistematizar alguns dos elementos apontados para a necessidade da construção de uma parceria com a pessoa idosa, nomeadamente com dor crónica. As autoras salientam os fatores extra - terapêuticos como crenças da pessoa sobre mudança, forças, resiliência e possibilidade da ocorrência de eventos positivos na sua vida (40%); o relacionamento da pessoa com o enfermeiro experienciado como empático, colaborativo e afirmativo, com foco nos objetivos, método, ritmo de tratamento (30%); a esperança e expectativa sobre a possibilidade de mudança (15%); e por último a estrutura e foco de um modelo ou abordagem que organizam o tratamento (15%) (Wright & Leahey, 2013).

Em relação a este último fator, Collière (1999) reforça que os alicerces de um projeto de cuidados não são as informações *per si* obtidas pelo enfermeiro, mas sim compreender e estabelecer laços de significação, a partir dos domínios que interferem na relação de cuidados, o que é uma ajuda a (re)pensar a prática na CE na UD.

2. ATIVIDADES E APRENDIZAGENS REALIZADAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O Código Deontológico do Enfermeiro no artigo 88º refere que o enfermeiro procura em todo o ato profissional a excelência do exercício, e que por isso tem o dever de, e especifica na alínea c) “...manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas.” (OE, 2012, p. 79). Este dever é reforçado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista ao definir que:

“especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada decisão, traduzidos num conjunto de competências relativas a um campo de intervenção.” (OE, 2011, p. 8648)

No estágio que realizámos propusemo-nos desenvolver um conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (OE, 2011). Centramos, no entanto, o nosso foco no desenvolvimento de competências na área médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, que nos possibilitassem cuidar das pessoas idosas em situação de doença crónica e crónica agudizada e sua família em contexto intra e extra-hospitalar (ESEL, 2015).

O nosso percurso foi norteado pelos objetivos gerais previamente delineados no projeto da unidade curricular “Opção II”, que fazemos presente no Apêndice I. O primeiro de carácter clínico, mais individual: desenvolver competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente com dor crónica. O segundo objetivo, mais abrangente, envolvendo a equipa na implementação de um projeto: promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica e sua família que promova o cuidado de si, através da CE numa UD.

Neste capítulo apresentamos as atividades realizadas de acordo com cada objetivo, o percurso de aprendizagem que possibilitou o desenvolvimento das competências preconizadas para o enfermeiro especialista em EMC, vertente pessoa

idosa. Para facilitar a exposição dividimos em 2 subcapítulos, de acordo com o percurso realizado para desenvolver as competências definidas em cada objetivo.

2.1. Competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa

O estágio teve início a 28 setembro 2015, na UD onde trabalhamos. Pretendíamos intervir como enfermeira especialista na promoção do cuidado de si, em processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica. Este objetivo específico tornou-se um desafio pelo convite a romper rotinas, para ir ao encontro da pessoa idosa com dor crónica, e a descobrir o caráter heterogéneo das pessoas idosas, ou seja, que pessoas com o mesmo diagnóstico podem ter capacidades funcionais diferentes (Moraes & Moraes, 2014). Uma primeira aprendizagem, teve a ver com a compreensão que a nossa presença e o cuidar são elementos de um intencional processo terapêutico (Finfgeld-Connett, 2008). Constatámos que a pessoa idosa ao recorrer à UD tem uma necessidade que a faz sentir-se vulnerável e apresenta dificuldades em resolver de forma autónoma os seus problemas, mas está disposta a convidar a enfermeira para partilhar a angústia que trespassa a sua realidade; e cuidar é uma escolha deliberada, de estar em presença e partilhar as experiências dolorosas (Finfgeld-Connett, 2008). Também nos consciencializámos do potencial terapêutico da interação entre nós e a pessoa idosa, pelo que nenhuma conversação é trivial (Wright & Leahey, 2013). Aprender a estar presente, resultou na criação e procura de oportunidades para estabelecer conversas significativas com as pessoas idosas (Wright & Leahey, 2013). Nomeadamente, começamos por aproveitar o tempo de realização de tratamentos não farmacológicos⁴ a uma das pessoas idosas, que aceitou fazer parte do estudo de caso que viemos a realizar. Apercebemo-nos, neste percurso do desconhecimento sobre aquela pessoa, o que explicava a escassez de informação no processo clínico. Apesar de não surpreender, inquietou-nos. Como poderíamos intervir de forma individualizada e centrada na Senhora (Sra.) M., se só

⁴ Os tratamentos a que nos referimos são a diatermia e a estimulação muscular de alta frequência, cujas sessões exigem a presença da pessoa em hospital de dia, cerca de 15' e 30' respetivamente, com regularidade, durante alguns dias, durante um período de tempo variável, normalmente não inferior a 1 mês.

conhecíamos alguns dados da sua identidade e da sua história de dor? O que precisámos saber daquela pessoa? Porquê? O que fazer com essas informações? Como registar? Como transformar informações que parecem desgarradas numa fonte de compreensão da pessoa e possibilitar cuidados centrados na pessoa idosa?

Aprendemos que para uma intervenção de enfermagem especializada precisamos de conhecer de uma forma aprofundada a pessoa idosa. Teoricamente concordávamos que são as pessoas idosas e as suas famílias quem detém o fio condutor, “as referências indicadoras do sentido, da orientação e dos limites das informações a partilhar com quem cuida” (Collière, 1999, p. 248). No entanto, apercebemo-nos que necessitávamos de uma estrutura que nos ajudasse a planear uma abordagem individualizada à pessoa idosa com dor crónica, ou seja, um modelo de enfermagem (Silva & Graveto, 2008). Nesse sentido, e simultaneamente, necessitámos de incorporar outro objetivo específico que foi transversal a todo o estágio: aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa/família, suas necessidades e especificidades de cuidados. Deste modo, realizámos uma revisão da literatura sobre o processo de envelhecimento e a avaliação multidimensional da pessoa idosa. Apesar do modelo de parceria de Gomes (2013) nortear o nosso projeto, precisámos nesta etapa não só de o aprofundar, como ainda de estudar outros modelos teóricos de enfermagem, que nos permitissem uma ampliação das possibilidades de conhecimento das singularidades que tornam aquele ser único, e que permitiriam desenvolver um cuidado individualizado e centrado na pessoa com dor crónica. Encontrámos sentido em muitos autores, que fundamentaram a nossa aprendizagem, e que por isso os nomeamos ao longo deste relatório.

Fruto destas leituras, procedemos à elaboração do guião para colheita de dados, com o intuito de conhecer a pessoa idosa com dor crónica e família, com base nos atributos do modelo de parceria, e de acordo com os princípios inerentes a cada uma das fases da construção do processo para a promoção do cuidado de si (Gomes, 2013). Existiram fatores que facilitaram a realização do guião, mas sobretudo a reflexão e o confronto da teoria com a nossa prática, e que possibilitaram a individualização do guião, à pessoa idosa com dor crónica seguida na UD. Saliento a orientação e a leitura dos trabalhos de Gomes (2009, 2013), assim como de trabalhos académicos baseados no modelo de parceria da mesma autora (Almeida, 2012;

Tomás, 2014). Além disso foi preciosa a potenciação da reflexão e do trabalho de construção do guião proporcionada pela colega da UD, também a realizar este percurso académico. Este guião contemplava diversas dimensões do conhecimento da pessoa idosa com dor crónica de acordo com as fases do processo de construção da parceria, que apresentamos de seguida. Na fase *revelar-se: dar-se* (o enfermeiro) 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. A fase *envolver-se*: conhecer a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa; conhecimento mútuo dos recursos da UD e da pessoa idosa. Na fase *capacitar ou possibilitar*: partilhar o poder para a construção ação conjunta- promover o cuidado de si; promover o cuidado do outro. A fase *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. Por ultimo, na fase *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. Para cada dimensão foram definidos elementos que apresentamos no guião em Apêndice II.

Este guião orientou e possibilitou-nos o desenvolvimento de competências comunicacionais na realização de entrevistas, conversas intencionais, significativas e integradas nos cuidados prestados (Wright & Leahey, 2013). Descobrimos o que não sabíamos da pessoa idosa, porque ousámos ir ao encontro do desconhecido que era aquela pessoa (Collière, 1999). A diferença fundamental neste processo de conhecer a pessoa idosa foi na nossa postura profissional. Wright & Leahey (2013) dizem que para criar um contexto favorável à mudança é necessário remover todos os obstáculos numa entrevista com a família, como por exemplo, um membro da família que não quer estar presente. Tomámos consciência, que muitas vezes o obstáculo somos nós próprias, que nos impedimos de ir ao encontro da pessoa, e, portanto, escolhemos não cuidar, de acordo com a perspetiva apresentada anteriormente de Finfgeld-Connett (2008). Assim, esta reflexão ajudou-nos frequentemente a adotar práticas profissionais éticas de ir ao encontro da pessoa idosa que necessitava de ser

escutada, sobretudo quando os constrangimentos pessoais, profissionais ou do contexto não eram facilitadores.

Aprendemos também que como enfermeira especialista é essencial a avaliação multidimensional da pessoa idosa com recurso a instrumentos, especialmente quando sofre de dor crónica, pelas morbilidades associadas (DGS, 2013). Compreendemos, o que nos surpreendeu, que a utilização de instrumentos de avaliação pode ser um cuidado de enfermagem. Porquê? Em primeiro lugar, porque ao perguntar determinados itens das escalas de avaliação, a pessoa revelava-se e partilhava histórias de vida, a que provavelmente não teríamos acesso. A título de exemplo, a realização da avaliação do estado emocional da Sra. M. com recurso à escala de Depressão Geriátrica Abreviada (GERMI, s/d). Permitiu-nos aceder a eventos significativos da história de vida da Sra. (a sua viuvez, a morte da vizinha, a sua depressão, o significado que atribuía à sua diabetes e à sua dor, e o respetivo impacto psicológico). Estas informações ajudaram-nos a enquadrar a dor crónica, na trajetória de vida da pessoa, e numa compreensão da natureza da transição vivenciada pela Sra. M. O tipo de transição (saúde-doença: dor, doenças, episódios de agravamento; desenvolvimento: envelhecimento; situacional: isolamento pós reforma) e as dimensões (múltipla, simultânea, sequencial e não desejada) explicitam, o que nos possibilitou, abranger a complexidade inerente à pessoa idosa com dor crónica, demonstrada no estudo de Ribeiro (2013). Em segundo lugar, constrói-se uma relação de confiança favorecedora do cuidado de enfermagem, de um contexto para a mudança. De que modo? Digamos que a utilização dos instrumentos de avaliação multidimensional, permitiram-nos mostrar interesse, preocupação, obter uma clara compreensão sobre a preocupação de maior sofrimento para aquela Sra. A compreensão do sofrimento (atribuído sobretudo ao relacionamento com o filho) ajudou-nos a perceber a pequenez da intervenção de enfermagem, quando centrada apenas na avaliação da intensidade da dor, e convidou-nos à necessidade de uma abordagem mais ampla, centrada na pessoa idosa (Cruz & Pimenta, 1999; Miaskowski, 2010; McCormack, 2003). Deste modo, tomámos consciência de algumas estratégias para ultrapassar um erro frequente na interação na prática de enfermagem, que é a falha em criar um contexto favorável à mudança, apontado por Wright & Leahey (2013). Por último, salientamos a importância da formação e treino

com os instrumentos de avaliação multidimensional, que utilizámos (ver Apêndice III). No entanto, consideramos que sendo um cuidado de enfermagem, é, pois, necessário tomar decisões criteriosas: Com que objetivo? Em quem? Quando é o momento propício? Qual a escala de avaliação mais adequada? Que interpretação fazemos da informação colhida? quais os benefícios que prevemos da sua utilização para a pessoa idosa com dor crónica? Compreendemos que a quantificação objetiva de determinada dimensão na avaliação é essencial na estratificação do risco de fragilidade multidimensional⁵⁵ nas pessoas idosas com dor crónica na UD, bem como daquela pessoa ao longo do tempo (Moraes & Moraes, 2014). Este é um cuidado essencial, que fundamenta a nossa tomada de decisão como enfermeira individualmente, mas também no seio não só da equipa de enfermagem, mas também na equipa multidisciplinar. Permite também "...estabelecer intervenções capazes de maximizar a independência e autonomia do indivíduo e impedir ou retardar o surgimento de desfechos adversos." (Moraes & Moraes, 2014, p. 6). A objetividade da quantificação ajuda no processo de explicitação da singularidade da pessoa idosa com dor crónica. O conceito e a classificação inerente à fragilidade multidimensional proposta por Moraes & Moraes (2014), foram um auxílio na análise e agrupamento das informações que detínhamos sobre a pessoa idosa. No entanto, o verdadeiro desafio na nossa prática como enfermeira especialista, é-nos dado por Collière (1999), quando nos diz "...ao contrário do que muitas vezes se acredita não são os conhecimentos utilizados que são específicos, é a utilização que deles se faz que se torna específica..." (p. 228). Estas descobertas foram significativas para nós, pelo que as partilhámos numa reunião conjunta, com a enfermeira orientadora do local de estágio e com a colega da UD também em estágio, como está descrito no ponto 4 no registo reflexivo da reunião, que se encontra em Apêndice IV.

Pensamos que o caminho de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista para um conhecimento mais aprofundado da pessoa idosa com dor crónica na UD, nomeadamente na gestão de cuidados, também se encontra refletido

⁵⁵ Moraes & Moraes (2014, p. 12) explicitam o conceito de fragilidade multidimensional como "a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais, e consequentemente, maior vulnerabilidade ao declínio funcional. Engloba a fragilidade clínico-funcional e a fragilidade sociofamiliar. Referem ainda, que na fragilidade clínico-funcional a principal manifestação de vulnerabilidade é o declínio funcional. Propõem uma classificação com critérios para a estratificação do risco de fragilidade clínico-funcional das pessoas idosas.

no estudo de caso da Sra. M, a que nos temos referido, para ilustrar algumas das aprendizagens e competências desenvolvidas (ver Apêndice V).

De acordo, com o que estava previamente planeado, continuámos o nosso percurso de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, na área dos cuidados de saúde primários (CSP), onde realizámos um estágio de 4 semanas, no período de 19 outubro a 20 novembro 2015, numa UCC da ARSLVT integrando uma equipa de cuidados continuados integrados (ECCI). Destacamos os principais contributos da realização deste para a nossa aprendizagem. Ajudou-nos na compreensão da dinâmica de articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários (CSP), que era quase desconhecida para nós. Neste âmbito, todas as informações dadas pela equipa da UCC ajudaram, e de um modo especial a apresentação realizada aos colegas recém-chegados (onde fomos integradas) sobre o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da área, e do serviço realizada pela Sra. Enfermeira Chefe. Esta apresentação, em que foi dado enfoque à evolução histórica ao longo da reestruturação dos CSP, possibilitou-nos uma compreensão mais aprofundada dos contextos de cuidados, as dificuldades e as potencialidades existentes, e que influenciam a articulação e os cuidados de saúde à população.

Tínhamos traçado como um dos objetivos específicos para este estágio **identificar as estratégias dos enfermeiros para que a pessoa idosa com dor crónica se torne parceira no processo de cuidados**, e constatámos na prática muito dos princípios teóricos inerentes, que nos serviram de modelo para o nosso desenvolvimento de competências

Nas visitas domiciliárias que realizámos, aprendemos com a equipa de enfermagem, em especial com a enfermeira orientadora, como é possível que em todas as intervenções a preocupação nos cuidados seja centrada na pessoa idosa, desde o modo de entrar em casa, até ao modo como se despedem e combinam a próxima visita. O respeito pela pessoa denotava-se em comportamentos, utilizando uma linguagem verbal e não-verbal de afeto, de cordialidade e simpatia, de pedido de licença para entrar, na apresentação dos elementos novos na equipa (Gomes, 2013; Lopes, 2006; Wright & Leahey, 2013). A perceção é que os enfermeiros emergiam no contexto de vida do doente, tornando-se numa continuidade para o cuidado de si, assegurando o cuidado do outro (Gomes, 2013). Deste modo, as pessoas idosas e

seus familiares recebiam os enfermeiros da ECCI, também com respeito, comunicando as suas dificuldades e necessidades, escutando as suas informações, esclarecimentos, para poderem tomar as decisões sobre a sua vida.

Consciencializámo-nos do modo como a enfermeira pode promover a criação de um espaço e tempo favorável ao desenvolvimento de uma relação de confiança, o fundamento para a construção de parceria com a pessoa idosa (Gomes, 2013). A enfermeira demonstrava uma disponibilidade e transformava um espaço/tempo diminuto, numa intervenção que parecia ser ilimitada. A pessoa idosa é que era o fio condutor, e definia os limites da informação a partilhar com quem cuida, as fronteiras da relação (Collière, 1999). Na prática, quando a enfermeira entrava em casa das pessoas, sentia-se que se transformava numa extensão da pessoa ou do familiar, completando, motivando, “acrescentando” o que era processo para promover a independência e autonomia da pessoa idosa /família. Conseguia fazer parecer enquanto estava com aquela pessoa, que não tinha pressa, estava ali para ela, no tempo/espaço que era da pessoa, focada no aqui e agora. Foi-nos possível (re) aprender os princípios comunicacionais na interação com a pessoa idosa e família, facilitadores de um contexto de mudança favorável à cura, defendidos por Wright & Leahey (2013). Reconhecemos, o que Benner (2001) apresenta como uma visão da excelência na prática de enfermagem, que explicita nas seguintes palavras:

“...o bom julgamento clínico requer que as enfermeiras tenham uma visão centrada nos fins inerentes ao seu relacionamento com cada paciente. Isto requer o encontro com o doente enquanto pessoa, em primeiro lugar, e em segundo lugar, enquanto uma pessoa específica com as suas potencialidades e vulnerabilidades.” (p. 19).

Questionámo-nos muitas vezes, e essa inquietação perseguiu-nos ao longo de todo o estágio, e mesmo agora: como é que podemos, no meio das condicionantes de espaço e tempo existentes na UD, criar condições para contextos promotores da parceria com as pessoas idosas? Percebemos, o desafio de Gomes (2013, p. 109) quando diz “...esta mudança obriga a uma (re) estruturação dos espaços onde se produzem os cuidados – modos de organização e de pensar o trabalho.”

Outro elemento fonte de aprendizagem foi a importância dada em cada intervenção à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, enquadrada no conhecimento do potencial de desenvolvimento da pessoa idosa, qualquer que seja a circunstância (Gomes, 2013). Destacamos apenas a título ilustrativo alguns

exemplos: quando a enfermeira incentivou uma senhora de 91 anos a mobilizar os pés, a travar e destravar a cadeira de rodas, o incentivar a filha a estimulá-la a ir para a mesa de refeições, a pegar e a tomar os comprimidos, pela própria mão; ou a satisfação dos enfermeiros em acompanhar uma pessoa idosa, também com 91 anos, à rua pela 1ª vez, desde a cirurgia ao colo do fémur. Reconhecemos que estas intervenções de enfermagem à pessoa idosa, se inserem no domínio da administração e vigilância de protocolos terapêuticos, descrito por Benner (2001). A autora identifica como uma competência neste domínio, e que consideramos de particular relevo na área de especialidade na pessoa idosa, o combater o perigo da imobilidade, e descreve-a como: prevenir a aparição de escaras e tratá-las, fazer andar e mobilizar os doentes para aumentar as suas possibilidades de reeducação, e prevenir as complicações (Benner, 2001). Apercebemo-nos do poder libertador dos cuidados de enfermagem, tal como refere Collière (1999, p. 315), na frase:

“...o poder dos cuidados de enfermagem pode ser identificado como libertador de cada vez que é criativo, que estimula ou suscita tudo o que vai permitir uma regeneração, um desenvolvimento das capacidades de viver, tanto do utilizador como da enfermeira participando num mesmo ato de nascimento ou renascimento da vida, inclusivamente até ao limiar da morte.”

Em relação à dor, existia a preocupação da equipa de enfermagem da ECCL, em identificar a dor da pessoa idosa, em realizar ensino em relação ao regime medicamentoso e à terapêutica resgate, bem como intervenções não farmacológicas. Constatámos ainda, que realizavam muitas intervenções não farmacológicas para o alívio ou prevenção da dor, de acordo com o que é definido pela OE⁶ (2008). Nomeadamente, as intervenções diárias para prevenção da anquilose e queda. Para Benner (2001) o domínio da função de ajuda à pessoa idosa inclui que os enfermeiros detenham competências que lhes permitam tomar medidas para assegurar o conforto e a preservação da sua dignidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza. Esta competência está intimamente dependente de outra competência dos enfermeiros, que é a de interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias adequadas para os controlar e gerir.

⁶ Intervenção não farmacológica define-se a “aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos”. (OE, 2008, p. 26).

No entanto, constatámos a existência de algumas pessoas idosas a sofrer com dor crónica, quer os utentes seguidos pela ECCL, como os cuidadores familiares, que viam a sua situação agravada pelo esforço realizado nos cuidados ao seu familiar dependente. Situação que por vezes, nos escapava na UD, pela superficial avaliação do contexto familiar da pessoa. Também verificámos em algumas visitas domiciliárias que as pessoas se automedicavam com anti-inflamatórios. A medicação analgésica que as pessoas trazem frequentemente prescrita do hospital são analgésicos de 1º escalão da escala analgésica da OMS (paracetamol, metamizol) (DGS, 2010). Parece não se ter em conta, que a pessoa idosa já sofria anteriormente de dor crónica, e que esta pode agravar com a redução da mobilidade, inerente a algumas situações clínicas. Constatámos também a dificuldade que as pessoas idosas têm no controlo da sua dor e no diagnóstico médico adequado, através de uma senhora com espondilodiscite⁷, que a equipa da ECCL acompanhava, e que relatamos com mais detalhe, no relatório do estágio que apresento no Apêndice VI. Este caso revela o risco para a pessoa idosa duma prática de cuidados fragmentada, fortemente marcada pelo modelo biomédico, ignorando que a perda da autonomia e independência é causa das principais síndromes geriátricas (Moraes & Moraes, 2014). Brandão (2010) ao analisar a problemática da dor nos CSP menciona motivos relacionados com a organização dos serviços (escassez de tempo), mas também com a assimetria na formação médica, a desvalorização de problemas que não ameaçam de modo direto a vida ou a integridade da pessoa (como a dor osteoarticular), e menor atenção e disponibilidade do médico para o desempenho global da pessoa, quando existe uma constante e persistente queixa de dor por parte da pessoa. Pensamos que esta frase ilustra o que expusemos anteriormente:

“«As dores» das artroses, da lombalgia crónica e do aparelho locomotor em geral, porque monótonas e com características semelhantes de consulta para consulta, podem passar a constituir uma «música de fundo» não convenientemente ouvida e valorizada pelo médico como fonte importante de sofrimento.” (Brandão, 2010, p.5)

Apesar, da nossa intervenção em equipa multidisciplinar ter tido bom resultado - a Sra. teve alta em janeiro 2016, com a situação controlada-, não podemos deixar

⁷ A espondilodiscite é “um termo que inclui osteomielite vertebral, espondilite e discite. É considerada um grande fator de morbidade por causar sequela neurológica importante.” (Queiroz, Pereira & Figueiredo, 2013, p. 230).

de nos perguntar: como podemos no nosso desenvolvimento como enfermeira especialista (re) pensar modos de cuidados à pessoa com dor crónica, e modos de articulação menos burocratizados e mais céleres, em particular nas pessoas idosas, pois a dor influencia o desempenho funcional, e a qualidade de vida na pessoa idosa, contribuindo para a diminuição da independência e autonomia?

A elaboração de um estudo de caso, em contexto de CSP, foi um instrumento na nossa aprendizagem como enfermeira especialista. Permitiu aprofundar e desenvolver capacidade de observação, análise e avaliação multidimensional à pessoa idosa no domicílio, ou seja, ajudou-nos a aprofundar o conhecimento sobre a pessoa idosa com dor crónica em áreas que ainda não tinham sobressaído. Sobretudo, destacou na altura as áreas possíveis para o nosso autodesenvolvimento, como enfermeira especialista (ver Apêndice VII).

Salientámos, apenas algumas das aprendizagens realizadas. Apercebemo-nos que existem dimensões e contexto da vida da pessoa idosa, que habitualmente não eram valorizados no hospital, mas que como enfermeira especialista teremos que considerar, para construir uma parceria com a pessoa idosa e sua família, para promover o cuidado de si (Gomes,2013). Nomeadamente, o contexto familiar. A pessoa idosa e o seu cuidador familiar experimentam muitas dificuldades no seu dia-a-dia, em assegurar a permanente vigilância e atividades de vida diária (AVD). Não é fácil a deslocação ao médico, pois exige gastos de tempo e financeiros. Verificámos, *in loco*, a grande mais-valia da consulta telefónica da UD, para o controlo da dor (Martins & Lopes, 2010). Assim como, a necessidade do trabalho em equipa multidisciplinar. Será que não se podem implementar circuitos semelhantes, para abordagem multidisciplinar à pessoa idosa com dor crónica? Como podemos melhorar a qualidade dos cuidados prestados através da consulta telefónica da UD, à pessoa idosa com dor crónica e sua família?

Sensibilizou-nos as dificuldades que os cuidadores vivem em sua casa, ao cuidar permanentemente de pessoas idosas, que necessitam de cuidados complexos. Percebemos também, que é necessária uma articulação ainda mais estreita com os enfermeiros dos CSP, para avaliação das condições habitacionais e contexto familiar e social das pessoas. Provavelmente, na UD, não fazemos as perguntas certas para conhecer a singularidade da pessoa e do seu contexto, e mesmo que as façamos, as

peças só partilham o que podem ou querem. A competência das colegas dos CSP possibilita uma avaliação mais experiente, e uma ajuda efetiva, na adaptação dos contextos onde a pessoa vive. Entendemos que não adianta perguntar unicamente, quem é a pessoa de referência ou o cuidador é necessário aprofundar. Ilustramos com um exemplo de um senhor (Sr.), em que no registo hospitalar constava que havia o apoio da companheira. No entanto, a realidade mostrou que a senhora trabalhava de manhã à noite, e não estava presente para ajudá-lo nas suas necessidades. Num outro caso, de um Sr. em situação de cuidados paliativos, em que na avaliação da parte social surgia “casa com condições adequadas”, a visita domiciliária revelou, no mínimo, a inexistência de condições de salubridade.

Verificámos também, que os registos de enfermagem são de um modo geral, pouco claros e pouco reveladores da singularidade da pessoa idosa. Esta constatação, já feita na UD, corroborou a necessidade de desenvolvimento do nosso projeto. Na articulação com os CSP revelou-se importante, o guia terapêutico que na UD, damos a todos os doentes, pois auxilia os enfermeiros a incentivar a gestão adequada do regime terapêutico e da terapêutica de resgate. Por outro lado, como responsável de serviço, sentimos a necessidade emergente da informatização dos registos de enfermagem na UD; sem este processo é mais difícil e moroso a garantia da continuidade dos cuidados, entre o hospital e os CSP.

Destacamos ainda as competências das enfermeiras na função de diagnóstico e de vigilância do doente (Benner, 2001). A antecipação de problemas e o pensar no futuro é uma competência que pude observar com muita frequência na intervenção de enfermagem às pessoas idosas. Exemplificamos, com uma senhora idosa em pós-operatório de cirurgia colo do fémur, que necessitava da realização do penso na sutura cirúrgica, e ainda não podia fazer carga no membro inferior. A enfermeira não se limitou a realizar o penso. Entre outros cuidados, ensinou e instruiu a senhora quanto à realização dos movimentos ativos possíveis dos membros inferiores, o que de algum modo era expectável na sua intervenção. No entanto, o que nos chamou a atenção foi a projeção em relação ao futuro, a enfermeira explicou à senhora que ela também necessitaria de realizar exercícios aos membros superiores para o seu fortalecimento, pois iria precisar muito deles, para utilizar o andarilho, quando começasse a andar. Outra das competências neste domínio, que tivemos oportunidade de observar foi

avaliar o potencial de cura da pessoa idosa, e discuti-lo com a mesma, e com os cuidadores familiares. O conhecimento do potencial de cura ajuda a enfermeira na construção conjunta de objetivos, no estabelecer de compromissos com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar para assumir ou assegurar o prosseguimento do projeto de vida e saúde da pessoa idosa (Gomes, 2013). Ilustramos esta competência com a intervenção das enfermeiras junto a uma senhora idosa que após um acidente vascular cerebral, em que foram negociados objetivos a atingir com a senhora e com os filhos (cuidadores), em cada visita, e compartilhei a satisfação das conquistas realizadas: fala, equilíbrio, à mobilização dos dedos dos pés do membro inferior afetado. Assim como a proposta e informação da enfermeira, sobre as potencialidades de recuperação esperadas para a senhora, se fosse internada numa unidade com programa de reabilitação intensivo, quais os riscos, e o período ideal para o realizar.

Procurámos ainda como enfermeira especialista, desenvolver competências na área da articulação e continuidade de cuidados entre os CSP e o hospital, nomeadamente a UD, que ajudassem a promover o cuidado de si à pessoa idosa com dor crónica. Tivemos a oportunidade de constatar o empenho da equipa de enfermagem na articulação com as enfermeiras de outras unidades de saúde, com os médicos de família e com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do hospital. Participámos numa visita domiciliária conjunta do médico de família e da enfermeira da ECCI, à Sra. B. (do nosso estudo de caso). Foi bastante interessante a disponibilidade do médico que escutou as informações dadas pelas enfermeiras sobre a senhora, sobre a sua situação de saúde prévia e atual, medicação habitual, características da dor, analgesia e o seu pouco efeito. Mostrou-se também interessado, em saber o resultado da tomografia axial computadorizada, que lhe foi lido por uma enfermeira da UD, pois de outra forma não teria conhecimento do nível da fratura lombar e das alterações já existentes a nível axial. A equipa de enfermagem contribuiu deste modo, na obtenção de uma resposta médica adequada à situação de saúde da senhora, naquele momento.

Partilhámos com a equipa da UCC a problemática da pessoa idosa com dor, e a importância do tratamento multimodal da dor, à luz dos domínios de competências das enfermeiras, descritos por Benner (2001). A formação realizou-se no dia 17 novembro 2015, em que esteve presente quase toda a equipa da UCC, incluindo a

enfermeira orientadora e a enfermeira chefe (ver Apêndice VIII). Nesta formação também reforçámos as possibilidades de articulação com a UD: critérios, modo de referenciação, consultadoria telefónica médica e de enfermagem, bem como o respetivo horário. A apresentação foi disponibilizada à equipa para consulta futura. Assim como reafirmámos a continuidade da disponibilidade da equipa da UD (médico e enfermeiros) para reuniões/formações nos CSP. Esta formação decorreu das necessidades sentidas pela equipa, e foi solicitada pela enfermeira orientadora. Dado o interesse e a motivação da equipa nesta temática, foi muito enriquecedor (para nós), todas as questões e comentários que surgiram na discussão. A preparação da formação também nos ajudou no aprofundamento dos domínios de competência como enfermeira especialista que necessitamos aprofundar para a intervenção à pessoa idosa, nomeadamente com dor crónica.

Tendo sido tão significativa a aprendizagem nos CSP, convidámos também os enfermeiros da UCC, a partilharem a sua experiência com outros profissionais, nas jornadas anuais da UD, no dia 29 janeiro 2016, num *workshop* designado por “A dor crónica entre o hospital e a comunidade”, contribuindo para o conhecimento mútuo, e promoção da articulação entre os vários contextos.

Ao longo do estágio, fomos partilhando com a equipa médica e de enfermagem da UD, a natureza do trabalho realizado nas visitas domiciliárias, pela ECCI, das dificuldades com que se debatem, e também do que poderemos fazer como equipa para melhorar a articulação entre hospital e CSP. Saliento também, que iniciámos um processo de estruturação do acondicionamento de agulhas e de medicamentos, para as pessoas seguidas na UD, com administração de terapêutica subcutânea, no domicílio. Este processo foi fruto das dificuldades partilhadas pelas enfermeiras da ECCI, em relação ao acondicionamento de resíduos hospitalares na comunidade, ao qual não podíamos ficar indiferentes, pois faz parte das competências da enfermeira especialista.

A realização da revisão sistemática da literatura constituiu-se como uma aprendizagem na pesquisa de evidência científica que sustente o conhecimento e a intervenção como enfermeira especialista, tal como é preconizado nos respetivos domínios de competência. Assim, recorreremos para a formulação da questão

norteadora, ao formato designado por PICO: quais as intervenções de enfermagem à pessoa idosa, de forma a promover o cuidado de si, na gestão da dor crónica?

Para responder à questão de investigação realizámos uma pesquisa de artigos através do motor de busca *EBSCOhost web* nas seguintes bases de dados: *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *Cochrane Methodology Register*. A pesquisa foi efetuada a 23/12/2015, em que optámos pela seleção dos artigos publicados em data compreendida entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015. Utilizámos as seguintes palavras chave: *chronic pain, management, elderly, elder, older, old people, nursing interventions, nursing care, nursing, nurse*. Os descritores utilizados foram os seguintes: *chronic pain AND management AND elderly OR elder OR older OR old people AND nursing interventions OR nursing care OR nursing OR nurse*. Apresentamos em detalhe a revisão sistemática da literatura realizada em conjunto com a colega da UD, em Apêndice IX. Por último, salientamos que na prestação de cuidados às pessoas idosas e famílias foram considerados os princípios éticos, valores e normas deontológicas, respeitado o princípio da igualdade e justiça. As intervenções de enfermagem realizadas tiveram como objetivo a construção de uma relação de parceria com a pessoa idosa, tendo sido valorizada a sua autonomia, garantindo o respeito pela dignidade humana. Em relação, às pessoas idosas que participaram no projeto, nomeadamente, nos estudos de caso, foi solicitado o seu consentimento informado e esclarecido⁸. Foram informadas e dada a garantia da liberdade de escolha, o direito de revogação da sua participação em qualquer momento, bem como a confidencialidade e anonimato dos seus dados pessoais⁹. Garantimos também, os mesmos princípios em relação às informações e dados relativos aos profissionais recolhidos (Fortin, 1999).

Em suma, pelas aprendizagens já descritas face às atividades realizadas e apresentadas em apêndice, fruto do trabalho desenvolvido ao longo do estágio, consideramos ter correspondido aos objetivos propostos inicialmente no projeto e adquirido as competências clínicas de enfermeira especialista à pessoa idosa, nos

⁸ O documento do consentimento informado não é colocado em apêndice, para garantir o anonimato da instituição e do serviço, pois especifica o local do estágio.

⁹ Ao abrigo da Lei de Proteção de dados pessoais Nº 67/98 de 26 outubro (1998).

domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, gestão de cuidados, melhoria contínua da qualidade e nas aprendizagens profissionais.

2.2. Competências como enfermeira especialista na implementação de um projeto

No percurso de estágio, como já referido anteriormente, para além das competências clínicas, pretendíamos também o desenvolvimento de competências na implementação de um projeto de mudança da prática, que pudesse promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica e sua família que promova o cuidado de Si, através da CE numa UD. Este foi segundo objetivo por nós delineado no projeto elaborado da unidade curricular “Opção II”.

Num primeiro momento tivemos que acautelar os princípios éticos legais exigidos para realizarmos o projeto na nossa instituição. Para isso, foi pedida autorização ao Conselho de Administração (CA) do hospital e o parecer à Comissão de Ética, que se fez acompanhar das autorizações para a realização do estágio e do projeto da Diretora de Enfermagem do hospital e da Diretora da UD. A autorização foi concedida pelo CA, bem como o parecer favorável da Comissão de Ética¹⁰.

Seguidamente, e apesar de anteriormente já termos auscultado a equipa de enfermagem sobre a área temática aquando da elaboração do projeto, considerámos fundamental voltar a divulgá-la, para envolvimento pessoal de todas as enfermeiras¹¹. Tínhamos aprendido com experiências anteriores, que para o sucesso desta metodologia de projeto¹² na melhoria dos cuidados de enfermagem é fundamental que

¹⁰ As autorizações concedidas não foram colocadas em apêndice, para preservarem o anonimato da instituição

¹¹ A equipa de enfermagem da UD é constituída por cinco enfermeiras. Nesta equipa, para além de nós que exercíamos funções de responsável de serviço, incluía-se a enfermeira que estava a desenvolver o mesmo percurso académico, uma enfermeira especialista em EMC vertente pessoa idosa com a função de nossa orientadora, e mais 2 enfermeiras. A dimensão reduzida da equipa é um fator facilitador do contato e envolvimento personalizado.

¹² Projeto é um empreendimento não repetido, caracterizado por uma sequência clara e lógica de eventos, com início, meio e fim, que se destina a atingir um objetivo claro e definido, sendo conduzido por pessoas dentro de parâmetros predefinidos de tempo, custo, recursos envolvidos e qualidade (Vargas, 2009). Salienta ainda as particularidades do projeto, que fazem sentido, na prática de cuidados em saúde, como: a temporalidade - o projeto tem determinado ciclo de vida; a individualidade – não faz parte da rotina, é novo para as pessoas que o irão realizar; a complexidade e a incerteza.

cada enfermeira sentisse o projeto como seu, e com sentido na sua prática clínica (Oliveira, Lopes & Martins, 2000; Martins & Travanca, 2003; Martins & Lopes, 2010).

Verificámos desde logo, a motivação das enfermeiras, que veio a ser um fator facilitador, e estimulante para o desenvolvimento do projeto na UD. Pretendíamos desenvolver uma intervenção para a resolução de um problema na prática clínica, no nosso contexto de trabalho, e que simultaneamente possibilitasse uma articulação entre a teoria e a prática, para toda a equipa de enfermagem, o que era expectável no percurso académico que estávamos a empreender (Ruivo *et al*, 2010). Reforçam ainda os autores que, a metodologia de trabalho de projeto tem como características fundamentais, ser uma atividade intencional, que pressupõe iniciativa e autonomia por parte dos intervenientes, bem como autenticidade e criatividade. Mas para que a formação em contexto de trabalho possibilite a aprendizagem dos sujeitos, é necessário que a própria organização aprenda a confiar na experiência e saberes dos enfermeiros e tenha a preocupação de criar condições para que eles participem na tomada de decisão (Barroso, 1997). Neste sentido, organizámos um espaço-tempo semanal (sexta feira à tarde), desde outubro 2015, para a equipa de enfermagem poder ter condições para reflexão sobre a prática que favorecesse a sua própria aprendizagem. Sentimos este dever, pois tomámos consciência que ser facilitadora da aprendizagem em contexto de trabalho, é uma das competências de enfermeira especialista (OE, 2011). Couceiro¹³ (1998) foi uma das autoras que nos ajudou a sistematizar o processo de reflexão sobre a prática ao longo do projeto.

No projeto estava definida a necessidade de realização do **diagnóstico da situação**. Esta etapa permitiu-nos começar a criar distância sobre a prática clínica das enfermeiras na CE à pessoa idosa com dor crónica que vinha pela primeira vez à UD, que era necessária para podermos refletir sobre a prática (Couceiro, 1998). Decidimos elaborar um ICD com 5 questões orientadoras das narrativas das enfermeiras, que permitisse a descrição: do que consideravam importante na CE de 1ª vez à pessoa com dor crónica; descrição de CE de 1ª vez à pessoa idosa com dor crónica; dificuldades sentidas no processo de parceria para capacitar a assumir o cuidado de

¹³ Couceiro (1998) apresenta as etapas inerentes ao processo de reflexão sobre a prática: reconhecer; descrição, analisar, re-pensar e re-perspetivar.

si; sugestões para um melhor conhecimento da pessoa idosa com dor crónica. O ICD foi testado pela colega também em estágio, realizados ajustes e foi elaborada a versão final (ver Apêndice X). Entregámos pessoalmente o ICD às 3 enfermeiras, sensibilizando para a importância da reflexão, liberdade de expressão e para a garantia da confidencialidade dos dados, definindo o prazo de entrega de 1 semana. Após a recolha dos ICD, procedemos à transcrição das narrativas em suporte informático, constituindo-se como o corpo das narrativas das enfermeiras (em Apêndice XI). Posteriormente, as narrativas foram submetidas à análise de conteúdo com categorias definidas *à priori*, baseadas nos atributos que constituem o guião do Modelo de Parceria, que tínhamos construído anteriormente (Gomes, 2013). Centrámos-nos de um modo especial nos indicadores da 1ª e 2ª fases: Revelar-se e Envolver-se, por ser o nosso enfoque no desenvolvimento do projeto com a equipa de enfermagem que era conhecer a pessoa idosa. Os resultados da análise das narrativas serviram de base para a nossa autorreflexão sobre a prática de cuidados, bem como da equipa, em relação à CE de avaliação inicial à pessoa idosa com dor crónica, que se encontra no Apêndice XII. Destacamos os resultados e as reflexões mais pertinentes.

Verificámos que de uma forma geral, as enfermeiras anteviam a importância de uma relação de confiança e de se apresentarem à pessoa na CE de 1ª vez. No entanto, não faziam ou eram escassas as referências de conhecer a identidade da pessoa, o contexto de vida, a história da doença. Conhecer a história de dor da pessoa era relevante, mas não atribuíam igual importância às diferentes características da dor. Portanto, questionámo-nos: quais serão os motivos que levam as enfermeiras a valorizarem uns elementos, em detrimento de outros?

Ao centrar a reflexão na prática à pessoa idosa, as enfermeiras salientaram elementos necessários para conhecer o contexto da pessoa idosa, no que diz respeito à rede familiar/apoio, e à singularidade do processo de envelhecimento da pessoa. Destacaram também a preocupação em capacitar ou possibilitar para o cuidado de si, e comprometer-se no sentido de atingir os objetivos definidos com a pessoa idosa com dor crónica. Nesta construção, antevia ainda que incipiente, um questionamento relativamente ao ICD existente, por não permitir a visibilidade da singularidade da pessoa idosa com dor crónica. Mas, será que o conhecimento sobre o processo de

envelhecimento que temos é suficiente, para identificar os problemas da pessoa idosa com dor crónica? Quais os princípios inerentes à avaliação multidimensional da pessoa idosa? Que intervenção de enfermagem ao cuidador/familiar da pessoa idosa com dor crónica? Recurso e/ou alvo de cuidados?

As alterações/problemas provocados pelo envelhecimento foram reconhecidas como uma dificuldade na construção do processo de parceria com a pessoa idosa. O ICD permite avaliar as capacidades da pessoa ao identificar os problemas da pessoa idosa? Perceber o impacto da dor na vida da pessoa idosa nas dimensões mencionadas? E a sua evolução ao longo do tempo/tratamento da dor? Porquê? Como poderemos fazer a avaliação na CE à pessoa idosa com dor crónica na UD?

Estes resultados suscitaram a nossa curiosidade. Será que os registos de enfermagem da avaliação inicial corroboram estes resultados?

A reflexão sobre a análise destes dados estimulou a necessidade de termos um diagnóstico de situação com mais precisão. As narrativas das enfermeiras davam-nos a perspetiva do seu pensar sobre a avaliação inicial na CE à pessoa idosa com dor crónica, mas os registos de enfermagem corroborariam os elementos salientados nas narrativas? Pretendíamos, deste modo, sob perspetiva metodológica a triangulação e a validação de dados, que resultaram de duas técnicas de colheita de dados diferentes (narrativas e observação de registos de enfermagem em processo clínico). Em termos pedagógicos, tínhamos como objetivo suscitar a reflexão da equipa de enfermagem ao confrontar-se com os resultados, quando fossem apresentados em reunião de equipa. Fundamentámo-nos num dos princípios de *reflexão sobre a prática* de Schön (1996). O autor considera indispensável que os práticos tenham acesso a dados diretos e imediatos da ação-investigação, para usar como processo de reflexão. Defende ainda que os práticos podem tornar-se investigadores reflexivos perante situações de singularidade, perplexidade e conflito.

Assim, com base no guião do modelo de parceria elaborámos uma grelha de análise dos registos de enfermagem na avaliação inicial (Gomes, 2013). Seleccionámos os registos da CE de avaliação inicial de 6 pessoas idosas que foram consultadas pela primeira vez, na UD, no período de 5 a 16 outubro de 2015. Procedemos posteriormente à recolha dos dados nos processos clínicos, análise

reflexiva dos resultados, à luz do modelo de parceria, comparando também com os achados encontrados nas narrativas das enfermeiras (ver Apêndice XIII).

Apresentamos com algum pormenor as principais reflexões sobre os resultados. Este diagnóstico de situação, constituiu-se como alicerce para a nossa própria reflexão sobre a prática, e também no seio da equipa para a tomada de decisão ao longo do projeto.

Em relação à 1ª fase do processo de parceria - Revelar-se - nos registos de enfermagem não encontramos nenhuma referência à dimensão “Dar-se a conhecer à pessoa idosa”, apesar de nas narrativas as enfermeiras darem relevo à sua apresentação. Perguntávamo-nos: será que nas práticas é valorizada? As enfermeiras enquadram estes elementos numa boa prática de enfermagem à pessoa idosa, ou consideram-nos apenas uma questão de cordialidade social?

Na dimensão de “Conhecer a identidade da pessoa idosa”, denotou-se a preocupação das enfermeiras no seu registo quase completo: nome completo, nome pelo qual gosta de ser chamado, idade, nacionalidade, escolaridade e atividade profissional. Apenas existe um processo em que não foi registada a profissão. Existem alguns indicadores que não estavam definidos no ICD da UD (ver Apêndice XIV), como sexo, biótipo, estado civil, religião e espiritualidade. Constatámos que esta dimensão não foi explicitada nas narrativas das enfermeiras. Verificámos, no entanto, que é bastante valorizada nos registos de enfermagem. Aprendemos, deste modo, a importância do recurso a diversas fontes de dados para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo.

Na dimensão de conhecer o contexto de vida da pessoa idosa, apurámos que nos registos, as enfermeiras reconhecem que o conhecimento do agregado familiar é essencial (n=6), da situação económica (n=4), da pessoa de referência (n=3) e dos hábitos de vida (n=3). Constatámos em comparação com as narrativas das enfermeiras em que só havia uma referência à “rede de apoio familiar”, que os registos revelam uma preocupação em conhecer o contexto de vida da pessoa idosa. No entanto, parece não haver uma prática sistemática de registo desta dimensão. Nomeadamente, os elementos relacionados com a rede familiar (n=2) e de apoio (n=0). Também verificámos que não estavam incluídos no ICD indicadores considerados importantes na compreensão da pessoa idosa com dor crónica, como

as condições habitacionais, atividades de lazer/projeto de vida ou as experiências anteriores e que podem influenciar a forma como vivem a sua situação atual.

Na dimensão de conhecer a história da doença da pessoa idosa, os registos de enfermagem apresentaram unanimidade (n=6): o diagnóstico provisório, alergias, antecedentes médicos/cirúrgicos e medicação atual. Apesar de não estarem definidos no ICD alguns dos indicadores, relacionados com o conhecimento da pessoa idosa e do cuidador sobre o diagnóstico e prognóstico, e da responsabilidade da gestão terapêutica, as enfermeiras reconhecem a importância do seu registo (n=5). Questionamo-nos se a relevância em alguns dos indicadores resulta de um cuidado centrado na doença, e em responder a necessidades organizativas numa lógica biomédica, ou se se trata de uma consciencialização das competências necessárias à enfermeira para gerir a situação de doença da pessoa idosa, na perspetiva de Benner (2001)? Os resultados também demonstraram alguma preocupação no registo de informação sobre a pessoa idosa para além do que estava preconizado, pelo que se antevia, necessidades de aprofundar o conhecimento nessas áreas, nomeadamente na responsabilidade da gestão terapêutica.

Nos registos de enfermagem sobre o conhecer a história de dor na pessoa idosa, salienta-se que as enfermeiras davam importância às características da dor. Contudo, verificou-se que para além da temporalidade e dos fatores de exacerbação da dor, em que encontrámos a totalidade dos registos (n=6), os registos de enfermagem nos outros indicadores estavam incompletos, ou não registados, como o impacto da dor nas atividades de vida da pessoa idosa. Os registos de enfermagem corroboram dos resultados obtidos nas narrativas das enfermeiras. Numa unidade dor a compreensão da história de dor é essencial para o diagnóstico e intervenção à pessoa idosa com dor crónica. No entanto, verificou-se que os registos não explicitam uma uniformização na avaliação das diferentes características da dor. Portanto, tal como na reflexão das narrativas, concluímos que a equipa de enfermagem necessita de se questionar sobre os motivos que levam as enfermeiras a valorizarem uns elementos, em detrimento de outros? Será que existem constrangimentos externos (ambientais, organizacionais) que condicionam a colheita de informação à pessoa idosa? A avaliação do impacto da dor nas atividades de vida ganha especial relevância na pessoa idosa, pelas implicações no seu desempenho funcional global. Assim,

porque não existem registos da sua avaliação? Será que as enfermeiras têm conhecimentos na área da pessoa idosa para anteverem a importância dessa avaliação, e de uma intervenção centrada na pessoa idosa, que promova a sua independência e autonomia?

Finalmente, na 2ª fase - Envolver-se, o conhecer a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa idosa era uma dimensão que necessitava ser aprofundada, pois ainda era pouco valorizada pelas enfermeiras. Existiam referências nos registos em relação ao estado funcional (n=4), ao estado afetivo (n=6), estado nutricional (n=4), eliminação (n=6) e estado sensorial (n=6). No entanto, salientamos que na avaliação dos diferentes estados da pessoa idosa não houve recurso a nenhum instrumento de avaliação. Na altura, o ICD, não contemplava indicadores em relação ao estado mental e ao sono, embora fossem elementos importantes a considerar na avaliação da pessoa idosa com dor crónica. Os resultados pareciam indicar a necessidade de formação na área da pessoa idosa, nomeadamente na avaliação multidimensional, para podermos realizar o diagnóstico da funcionalidade da pessoa idosa.

Em relação ao conhecimento mútuo dos recursos da unidade dor e da pessoa idosa, verificámos que à exceção do registo sobre as expectativas da pessoa idosa (n=5), todos os outros indicadores não estavam definidos no ICD da UD, pelo que considerámos “não aplicável”.

A análise realizada e a reflexão foram validadas, num primeiro momento, pela colega em percurso académico, e pela professora orientadora. Os próprios resultados das narrativas das enfermeiras permitiram validar, acrescentar indicadores no guião do modelo de parceria que não estavam previamente contemplados. Este processo deu sobretudo sentido e pertinência de um conhecimento aprofundado da pessoa idosa com dor crónica que permitisse a construção de parceria para ajudar a promover o cuidado de si.

Consideramos que esta fase de diagnóstico de situação decorreu entre 28 setembro até 20 novembro 2015. Então, passamos para a fase de **implementação do projeto** no período entre 23 novembro de 2015 e 29 janeiro 2016.

A implementação do projeto tem um momento particularmente marcante, que foi a 1ª reunião formativa, realizada a 4 dezembro 2015. A metodologia escolhida para

esta sessão foi a de *focus group*¹⁴ (Silva, Veloso e & Keating, 2014; Galego & Gomes 2005). Tomámos esta opção, porque assim, permitia uma colheita de dados para o desenvolvimento do projeto de uma forma mais rápida, mas sobretudo pelo potencial pedagógico do confronto conjunto de opiniões e perspetivas geradas na dinâmica da equipa de enfermagem. Tal como é preconizado na metodologia do *focus group*, as enfermeiras foram contactadas pessoalmente e confirmada a sua presença. A moderação do grupo foi por nós assegurada., e preocupámo-nos em promover condições confortáveis para que as enfermeiras se sentissem respeitadas, livres para emitirem as suas opiniões, manter o rumo na conversação, assegurar a oportunidade de participação, e sobretudo em questionar, ouvir, permitir a auto-revelação das opiniões das enfermeiras (Silva, Veloso & Keating, 2014). A enfermeira a realizar o percurso académico foi a moderadora auxiliar, ocupando-se da realização de notas escritas. A equipa foi informada do processo metodológico e concordou com o mesmo.

Preocupámo-nos num primeiro momento, em apresentar novamente o projeto, mas no seu enquadramento concetual, para abrir novos olhares para a prática da CE na UD, através dos resultados do diagnóstico de situação, que apresentámos de seguida. Na terceira parte, moderámos a discussão em grupo, recorrendo estrategicamente às questões que tínhamos obtido no diagnóstico de situação (atrás mencionadas), mas já repensadas e ponderadas com a nossa própria experiencia clínica de construção de parceria com a pessoa idosa com dor crónica. O processo reflexivo inerente a esta reunião está descrito no relatório da 1ª reunião formativa em Apêndice XV. Destacamos as principais estratégias que a equipa definiu para o desenvolvimento do projeto, que se verificaram serem semelhantes ao que estava pensado no projeto por nós realizado. As colegas solicitaram formação sobre modelos teóricos de enfermagem, envelhecimento e alterações que provocam na pessoa, a avaliação multidimensional da pessoa idosa e instrumentos de avaliação. A formação

¹⁴ *Focus Group* é definido como uma técnica de investigação que visa a recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador, de acordo com Morgan citado por Silva, Veloso e & Keating (2014). Pode ser utilizado em combinação com outros métodos de recolha de dados (Galego & Gomes,2005). Os autores referem que a força real do *focus group* não é apenas na exploração do que as pessoas têm para dizer, “mas em providenciar *insights* quanto às origens de comportamentos complexos e motivações.” (Silva, Veloso & Keating, 2014). Galego & Gomes (2005) referem ainda que o moderador ao dirigir o grupo pode influenciar os resultados alcançados, e que o próprio grupo pode influenciar a natureza dos dados produzidos.

seria orientada pela seguinte questão: “À luz deste referencial de enfermagem, o que é que eu precisaria de conhecer da pessoa idosa com dor crónica para poder ajudá-la no seu projeto de saúde e vida? Os elementos que a equipa decidisse como pertinentes neste âmbito, seriam anotados para ser incorporados futuramente, aquando da reformulação do ICD de avaliação inicial.

A metodologia utilizada revelou-se pertinente, pois permitiu reflexão sobre a prática, que foi desafiante, motivadora, permitindo ao grupo re-perspetivar novas práticas, o que se espera do processo de reflexão (Couceiro, 1998). Portanto, foi a metodologia que adotámos nas 2 reuniões formativas seguintes. Pretendíamos envolver as enfermeiras na preparação das reuniões formativas seguintes, mas tal não foi possível, por razões de disponibilidade de tempo. No entanto, para potenciar a aprendizagem mútua, o planeamento das restantes formações apresentadas foi realizado em conjunto com a colega em estágio.

Tal como planeado, realizámos dia 8 janeiro 2016, uma reunião formativa com o tema “Cuidados centrados na pessoa idosa: qual o contributo dos modelos teóricos em enfermagem?”. Durante a apresentação dos princípios inerentes ao modelo de intervenção, bem como das fases que o constituem, as enfermeiras articulavam e mobilizavam recorrendo a exemplos da sua prática clínica. Foi muito gratificante verificar em como buscavam e encontraram sentido, nas novas perspetivas. Anteviam ainda que superficialmente, a fundamentação para as perguntas que realizavam ou que deviam fazer à pessoa idosa com dor crónica, para um conhecimento mais aprofundado, que ajudasse a centrar-se na pessoa, e não na necessidade do serviço, ou do médico. Também foi importante a consciência de práticas rotineiras e o questionamento de novas possibilidades, como ilustramos a seguir. Como poderemos nas condições de exiguidade do espaço físico da unidade dor, criar o espaço e tempo para promover uma relação de confiança com a pessoa idosa com dor crónica, como referido por Gomes (2013)? Ou que o ICD deve ser considerado como um instrumento que agrupa a informação (Collière, 1999). Não é um momento único. Deste modo, deveria ser preocupação das enfermeiras acrescentar toda a informação que se vai colhendo ao longo da relação que se estabelece, de forma a construir uma relação de parceria com a pessoa idosa. Ainda que, seja necessário medir o impacto da dor crónica na pessoa idosa de forma objetiva, para isso é necessário utilizar instrumentos

de avaliação, por exemplo, o inventário resumido da dor, escala de avaliação da marcha, entre outras. Encontra-se em Apêndice XVI, a descrição do percurso reflexivo e formativo desta 2ª sessão.

Para nós, a preparação da formação foi um grande contributo em termos de aprendizagem, pelo aprofundamento da leitura sobre os modelos teóricos em enfermagem, a que nos obrigou. Esta leitura ajudou-nos a sistematizar o pensamento, a alargar horizontes de fundamentação da prática clínica, e também a reformular e de algum modo a elucidar sobre o enquadramento concetual deste relatório, o que me levou à sua reformulação.

Neste caminho de reflexão sobre os elementos necessários para um conhecimento da singularidade da pessoa idosa com dor crónica, para a promoção do cuidado de si, realizámos a 3ª reunião formativa sobre “Avaliação multidimensional da pessoa idosa...com dor crónica”, no dia 22 janeiro 2016, cujo relatório apresentamos em Apêndice XVII. Nesta formação apresentámos os conceitos de saúde, funcionalidade, autonomia e independência na pessoa idosa, a importância da identificação do risco de vulnerabilidade da pessoa idosa e da importância da avaliação multidimensional de acordo com Moraes (2012). Partilhámos alguns instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa, nomeadamente do GERMI (s/d), documento que distribuámos a todas as colegas. Depois, focalizámo-nos na pessoa idosa com dor crónica, dando a conhecer os fatores para a estratificação do risco nas pessoas idosas com dor crónica, os elementos para avaliação abrangente da dor na pessoa idosa (Reid; Eccleston & Pillemer, 2015). Definimos os instrumentos de avaliação multidimensional para incorporar numa primeira fase na avaliação inicial da pessoa idosa com dor crónica na UD. Decidimos então reformular o ICD de avaliação da UD, incorporando todos os elementos que ao longo do desenvolvimento do projeto a equipa foi considerando relevantes para conhecer a pessoa idosa com dor crónica, para com ela construir uma parceria, que possibilite o controlo do cuidado de si.

Consideramos que esta sessão consolidou os elementos significativos, que ao longo do projeto, as enfermeiras foram encontrando o sentido(s) para a sua incorporação na sua prática, para conhecer melhor a pessoa idosa com dor crónica. Assim, foram descobrindo a necessidade de construir uma intencionalidade do agir

como enfermeiras, que se manifesta, em cuidados “tão simples” como as perguntas que fazemos às pessoas de quem somos responsáveis: O que queremos saber? Porque queremos saber? Para que nos serve esse conhecimento? Em quem ou no que fundamentamos esse cuidado de enfermagem? Qual a finalidade que pretendemos? Que tipo de resultados esperamos obter, e quem ganha com eles?

No início do projeto tínhamos elaborado um guião do modelo de parceria baseado em Gomes (2013). Decidimos não o apresentar á equipa deliberadamente no início do projeto. Acreditávamos que a equipa tinha a capacidade de analisar criticamente a sua prática, e se fossem oferecidas novas visões da realidade profissional partilhadas através dos autores selecionados, eramos capazes de descobrir novos sentidos no cuidar à pessoa idosa com dor crónica. No fundo, pretendíamos que as enfermeiras fossem capazes de “teorizar” a sua prática. Constatámos, no percurso realizado com a equipa, que as enfermeiras (sem o saberem) “construíram” os indicadores definidos nas fases de revelar-se e envolver-se no guião do modelo de parceria baseado em Gomes (2013).

Então, no final desta sessão decidimos proceder à reformulação do ICD existente para a avaliação inicial na CE, que foi realizada em conjunto com a colega em estágio. Decidimos implementar o ICD na avaliação inicial de enfermagem, após a validação do mesmo, por todas as enfermeiras. No Apêndice XVIII disponibilizamos a versão final do ICD da UD para a avaliação inicial à pessoa idosa com dor crónica. Fomos recolhendo as opiniões e sugestões das enfermeiras sobre as dificuldades com o novo ICD, com a utilização de (novas) escalas de avaliação do impacto da dor (Inventário Resumido da Dor) e a escala da Marcha de *Holden* da pessoa idosa. Também nos apercebemos nas observações participantes registadas em notas de campo, de outros elementos que interferem com a criação espaço/tempo, para estabelecer uma parceria com a pessoa idosa, especialmente nas fases de revelar-se e envolver-se, fases em que a equipa se centrou neste projeto.

Para ajudar a equipa de enfermagem, a consciencializar-se do potencial terapêutico da intervenção de enfermagem, e a compreender de forma mais aprofundada a interação com a pessoa idosa e sua família, realizámos uma 4ª sessão de formação no dia 5 fevereiro 2016, cujo relatório está no Apêndice XIX. Pensámos que seria interessante e uma maior fonte de aprendizagem e desenvolvimento, tal

como foi para nós, proporcionar às restantes colegas o acesso direto à leitura e análise de uma autora. Tendo em conta que estávamos com dificuldades com recursos humanos (ausência de um elemento, por doença), e queríamos manter a prática formativa semanal, propusemos às enfermeiras a análise de um capítulo de um livro. Selecionámos o capítulo 8 “*Como fazer uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família*” do livro “Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família” de Wright & Leahey (2009). Pareceu-nos que seria interessante e útil para nós. Estar escrito em português facilitou a adesão, quando se pretendia impulsionar a (re) aquisição de hábitos de leitura. Distribuímos cópias do capítulo. Propusemos o trabalho e definimos entre nós, e todas as enfermeiras leram a introdução e aprofundaram a leitura de um subcapítulo, correspondente a um ingrediente-chave na entrevista à família, tal como é apresentado pelas autoras. A apresentação foi oral, sem diapositivos, e cada enfermeira partilhou os elementos que considerou mais significativos, e com sentido para a sua prática de cuidados à pessoa idosa com dor crónica e sua família.

Com esta reunião reflexiva as enfermeiras compreenderam e fundamentaram os elementos da primeira fase no modelo de parceria – Revelar-se. A construção de um processo de parceria que possibilite conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa com dor crónica numa unidade dor, passa por um conhecimento mútuo, em que a enfermeira deve começar ela, por se dar a conhecer (Gomes, 2013). Mais uma vez, as enfermeiras consciencializaram-se dos indicadores que constam no guião do modelo da parceria, e que faltava trabalhar, o item “o enfermeiro dá-se a conhecer”, sem que se lhe tenhamos dado conhecimento prévio “pré-feito”.

Saliento ainda que o percurso exposto anteriormente corresponde também a um percurso pessoal e profissional da nossa parte ao longo do desenvolvimento do projeto académico. Este é um caminho que percorremos em simultâneo, mas que necessitou também de ser previamente desbravado, através da nossa própria reflexão e aprendizagem no cuidado à pessoa idosa com dor crónica.

A fase de **avaliação do projeto** decorreu no período de 8 a 12 fevereiro de 2016. Tivemos como objetivo nesta avaliação revelar as mudanças ocorridas na prática de cuidados de enfermagem, bem como perspetivar possibilidades de continuidade para o futuro. Recorremos à grelha de análise do modelo de parceria

utilizada na fase de diagnóstico, e analisámos os registos de enfermagem da avaliação inicial de 8 pessoas idosas com dor crónica, consultadas pela 1ª vez, na data acima mencionada. Em relação aos dados dos registos de enfermagem decidimos fazer a sua apresentação simultânea com os achados da fase do diagnóstico de situação de outubro de 2015, a fim de facilitar a sua análise, interpretação e reflexão (ver Apêndice XX). Saliámos as principais reflexões sobre os resultados obtidos.

Na 1ª fase do processo de parceria - Revelar-se - a dimensão conhecer a identidade da pessoa idosa, continua a ser considerada pertinente pelas enfermeiras, para o conhecimento da pessoa idosa, tendo em conta a quase totalidade do número de registos, mesmo nos novos indicadores incluídos no ICD (sexo, biótipo, idade, profissão, estado civil). No entanto, não se verificou o preenchimento em relação às necessidades especiais (religião, espiritualidade). Será que as enfermeiras não consideram relevante, apesar de ser uma condição pessoal que influencia uma transição saudável na pessoa com dor crónica (Ribeiro, 2013)? Ou será um elemento difícil de abordar ou não é uma área-chave numa primeira interação?

Na dimensão de conhecer o contexto de vida da pessoa idosa verificámos que nos registos as enfermeiras mantêm a preocupação no conhecimento do agregado familiar, onde é essencial (n=8), a pessoa de referência (n=7). Nota-se uma atenção acrescida, em relação a outubro 2015, aos registos referentes à situação económica (n=6), às atividades de lazer (n=6) e à rede familiar (n=5). Não foram registados elementos relativos às condições habitacionais, nem à rede de apoio mais alargada (novos indicadores), e constatámos uma diminuição dos registos sobre os hábitos de vida/comportamentos aditivos. Comparando os resultados nas 2 observações, verificámos uma maior preocupação em conhecer o contexto de vida da pessoa idosa. De qualquer modo, alguns resultados sugerem a necessidade de uma reflexão em equipa sobre a sua ausência ou pouca representatividade em termos de registos na avaliação inicial, tais como: rede familiar, hábitos de vida ou as experiências anteriores significativas.

Na dimensão de conhecer a história da doença da pessoa idosa, os registos de enfermagem apresentaram unanimidade (n=8): o diagnóstico provisório, referenciação médica, alergias, antecedentes médicos/cirúrgicos e medicação atual.

Verificámos que os novos indicadores definidos, relacionados com o conhecimento da pessoa idosa sobre o diagnóstico e a responsabilidade da gestão terapêutica são registados com alguma regularidade (n=6).

Os registos de enfermagem sobre o conhecer a história de dor na pessoa idosa tendem a revelar uma maior preocupação com a história da dor da pessoa idosa. No entanto, a avaliação do impacto da dor continua a praticamente não ser registado (n=1). Mantemos assim, algumas das questões que se nos colocavam no início do projeto e que continuarão a merecer a reflexão em equipa: Porque é que não há registos desta avaliação? Existem constrangimentos externos (ambientais, organizacionais) que condicionam a colheita de informação à pessoa idosa? Quais as dificuldades sentidas pelas enfermeiras? Que estratégias propõem?

Na 2ª fase do processo de construção de parceria - Envolver-se - reconhecemos um maior interesse em conhecer a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa. As enfermeiras demonstram nos registos a importância dada à apreciação dos estados funcional, afetivo, e à eliminação (n=8), bem como ao estado sensorial (n=7). Necessita ainda de ser aprofundada. Os registos são reduzidos no que diz respeito ao estado cognitivo (n=1) e ao sono (n=3). Salientamos que em relação à marcha, encontramos 3 registos em que a enfermeira recorreu ao instrumento de avaliação. Os resultados obtidos parecem revelar uma maior sensibilização para o registo de elementos que permitam salientar a singularidade da pessoa idosa. Verificámos, no entanto, que ainda são superficiais, e que as enfermeiras necessitam de formação e reflexão na área da pessoa idosa, para encarar a avaliação multidimensional como um cuidado de enfermagem.

Em relação ao conhecimento mútuo dos recursos da UD e da pessoa idosa, apurámos que o registo sobre as expectativas da pessoa idosa diminuiu (n=5), em relação ao número de processos consultados em outubro 2015. No ICD incluímos o indicador referente à entrega do guia de acolhimento, em que se confirma o registo da sua entrega à pessoa idosa com dor crónica, em todos os processos consultados (n=8).

Averiguámos, que destes resultados emergia a necessidade de uma compreensão da perspetiva das enfermeiras sobre os contributos do projeto para a construção do processo da parceria com a pessoa idosa com dor crónica, as principais

dificuldades, bem como as perspectivas para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem nesta área. Realizámos também entrevistas a 2 enfermeiras para recolher as suas narrativas. No apêndice XXI, apresentamos o guião da entrevista e descrevemos os procedimentos para respeitar os princípios defendidos por Quivy & Campenhoudt (2003). Assim como apresentámos o corpo nas narrativas, que foram transcritas da gravação áudio, que realizámos. Posteriormente foram submetidas a análise de conteúdo, e os resultados foram objeto de reflexão (Apêndice XXII).

Nas narrativas das enfermeiras sobressaíram os principais contributos do projeto para a construção do processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica. Constatámos que as enfermeiras identificam a necessidade de conhecer melhor a pessoa idosa para a construção do processo de parceria nos cuidados de enfermagem. Referem que a reformulação do ICD de acordo com os atributos inerentes à 1ª fase do processo de parceria – Envolver-se - fornece uma estrutura que ajuda tanto na colheita de dados, como na própria entrevista na avaliação inicial à pessoa idosa na CE na UD.

Em relação às dimensões da 1ª fase do processo de construção da parceria com a pessoa idosa, salienta uma enfermeira a importância de conhecer a singularidade da pessoa idosa através da avaliação multidimensional e a utilização de instrumentos de avaliação. Para outra enfermeira foi significativo (re)descobrir a importância de conhecer o contexto de vida da pessoa idosa, em relação ao agregado familiar e à rede de apoio familiar. Assim como conhecer a história da doença da pessoa idosa, nomeadamente na responsabilidade da gestão terapêutica.

Foi relevante também a tomada de consciência de que o conhecimento da pessoa idosa com dor crónica é um processo contínuo ao longo da relação de cuidados. O ICD deve ser encarado como um instrumento de registo contínuo de informações sobre a pessoa idosa. Uma enfermeira refere que o preenchimento é uma estratégia para colmatar as dificuldades em aprofundar esse conhecimento na CE.

As enfermeiras reforçam as dificuldades sentidas na CE. A exiguidade do espaço da UD, a simultaneidade de atividades e de profissionais interfere na gestão do espaço e tempo de interação, e têm impacto na qualidade da relação entre a enfermeira e a pessoa idosa:

Foi interessante verificar que apesar do ICD ter sido construído e discutido em conjunto, ainda existem elementos que exigem a continuidade de uma reflexão mais aprofundada, e fundamentação das dimensões necessárias para conhecer a pessoa idosa com dor crónica, a fim de promover a construção de uma parceria, que promova o cuidado de si.

As enfermeiras percebem que o espaço e o tempo para a entrevista com a pessoa idosa e sua família são fundamentais para a construção de uma relação de confiança-empática. Compreendem também a necessidade de uma gestão espaço/tempo no seio da equipa multidisciplinar. Mas, o espaço é o resultado de uma negociação com os outros profissionais, tal como referem Wright & Leahey (2013). Uma enfermeira tomou consciência que a competência negocial depende sobretudo, de uma diferente postura profissional:

“...mas se calhar tentar de alguma forma fazer ver que aquilo para nós é importante, e que temos que ter aquele espaço (...) e temos que conversar com mais calma com aquele doente, para tentar perceber... Sempre que seja possível, porque nem sempre é.” (E1)

Gostaríamos de salientar que apesar de nos registos existirem indicadores não aplicáveis, nas observações realizadas ao longo do estágio constatámos que as enfermeiras dão grande importância às dimensões do “dar-se a conhecer à pessoa idosa” na 1ª fase do processo de parceria, assim como “conhecimento mútuo dos recursos da UD e da pessoa idosa”. Mesmo com as dificuldades que referem em relação à gestão tempo/espaço da CE, procuram não descurar os princípios inerentes à interação com a pessoa idosa, para a construção da parceria.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências em diferentes domínios, nomeadamente das aprendizagens profissionais com a dinamização do projeto e na análise das práticas, na realização de entrevistas, na gestão e melhoria da qualidade dos cuidados ao procurarmos em equipa conhecer melhor a pessoa, de forma a construir uma parceria com a pessoa idosa e a promover o cuidado de si na gestão da sua dor.

3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS, CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO

Neste capítulo refletimos sobre as competências desenvolvidas nos vários domínios como enfermeira especialista e mestre na área médico-cirúrgica no cuidado à pessoa idosa. Apresentamos as principais implicações para a prática e as limitações do projeto.

O estágio possibilitou-nos o desenvolvimento de competências no **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, através da mobilização dos conhecimentos ético-deontológicos na tomada de decisão nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica. Respeitámos os direitos humanos, assegurando a informação, a autodeterminação, o anonimato e a confidencialidade das pessoas idosas e famílias, de quem cuidámos, assim como o fomentámos no seio da nossa equipa.

No **domínio da melhoria contínua da qualidade** desenvolvemos competências na dinamização, motivação e implementação do projeto para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa idosa com dor crónica, operacionalizado através da mobilização do modelo de parceria. A liderança e a gestão de tempos de reflexão na equipa sobre a intervenção e registo, na avaliação inicial, ajudou na promoção de práticas que possibilitem um conhecimento mais profundo da pessoa idosa com dor crónica, e favoreçam a construção de um processo de parceria, promotor do cuidado de si na UD. A criação de um ambiente terapêutico e seguro, foi outra das competências desenvolvidas ao longo do estágio, tanto no domicílio, como no hospital, fomentando condições de espaço e tempo, favorecedoras da relação de confiança e da parceria com a pessoa idosa.

As competências **no domínio da gestão de cuidados** foram desenvolvidas na prestação de cuidados à pessoa idosa e família. A intervenção foi sustentada em conhecimentos científicos e em modelos teóricos de enfermagem, com especial relevância para o modelo de parceria (Gomes, 2013). Procurámos conhecer a pessoa idosa na sua singularidade, criando as condições de tempo e espaço para a

construção de uma relação de respeito e confiança. Procurámos o seu envolvimento e integração na delineação de estratégias e na tomada de decisão dos cuidados de enfermagem, a fim de ajudar a desenvolver a sua capacidade para gerir e lidar com a sua situação de doença, enquadrada no seu projeto de vida e saúde. No seio da equipa multidisciplinar procurámos articular e otimizar a resposta da equipa de enfermagem, tanto na UD, como nos CSP.

Por fim, **no domínio das aprendizagens profissionais** a autorreflexão proporcionada pelas leituras, orientações tutoriais e registos reflexivos ajudaram no autoconhecimento, e a identificar as áreas de enfoque para maior desenvolvimento, que necessitavam de aprofundamento, a fim de fundamentar a prática clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Também desenvolvemos ao longo do estágio competências na dinamização e facilitação das aprendizagens na equipa onde estamos inseridas.

Existiram elementos que contribuíram para a realização deste projeto. Salientamos a sinergia suscitada pela realização do projeto no local onde trabalhamos, e onde nos pudemos envolver com a equipa de enfermagem num percurso de formação. A constatação de pequenas mudanças na nossa prática de cuidados à pessoa idosa com dor crónica ajudou-nos ao longo do projeto. O interesse e o empenho de toda a equipa foram um forte apoio e incentivo ao nosso próprio desenvolvimento de competências de forma a corresponder às respetivas expectativas formativas. Os resultados obtidos no projeto, mas sobretudo as sugestões para a sua continuidade, salientam a forte e sincera motivação em melhorar a intervenção de enfermagem na UD. A equipa multidisciplinar contribuiu também ao longo do percurso, através da sua disponibilidade e incentivo, para a realização do projeto. A realização do estágio nos CSP na mesma área do hospital ajudou na compreensão das dificuldades que os profissionais e pessoas idosas têm no acesso a cuidados de saúde centrados nas suas necessidades singulares. Afirmou a urgência e a pertinência de estabelecer pontes entre as diferentes instituições e áreas de cuidados. A disponibilidade demonstrada pelas enfermeiras orientadoras dos locais de estágio e pela professora orientadora ajudaram-nos também no processo autorreflexivo necessário à nossa aprendizagem. Destaco ainda, que o fato de realizarmos o estágio no nosso serviço, nos obrigou a desenvolver estratégias de distanciamento crítico

sobre a nossa prática clínica, que nos serão úteis na continuidade do processo de análise e reflexão, como motor de mudança e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Por último, e apesar do projeto estar dirigido para a especificidade da pessoa idosa, a sensibilização das enfermeiras para o conhecimento da pessoa e as alterações introduzidas poderão beneficiar as pessoas seguidas na UD.

As principais limitações do projeto tiveram que ver sobretudo com a duração do estágio. Sentimos que a mudança na prática de cuidados necessita de tempo para que as enfermeiras consigam apreender novos conhecimentos, articular e mobilizá-los no seu quotidiano. Percebemos que cada enfermeira tem o seu ritmo e processo reflexivo, a que necessitamos de estar atentas individualmente, mas sobretudo na dinâmica de grupo, para a promoção do desenvolvimento de competências para o cuidado centrado na pessoa idosa. Portanto, a duração limitada do projeto condicionou de algum modo a nossa atenção nessa singularidade na equipa de enfermagem. Por outro lado, esta nossa preocupação em trabalhar-formar a equipa de enfermagem, procurando respeitar o seu ritmo, as suas decisões no projeto, condicionou-nos em termos de tempo, pelo que não conseguimos realizar as entrevistas às pessoas idosas para avaliar a intervenção de enfermagem na avaliação inicial.

Ao longo do relatório e nos trabalhos realizados, fomos expondo algumas das sugestões para a continuidade do projeto. A elaboração de um guia para os enfermeiros que sustente teoricamente a prática de enfermagem e as dimensões do ICD da avaliação inicial é sentido como uma necessidade pela equipa. A continuação do aprofundamento do modelo de parceria e a operacionalização para a pessoa idosa com dor crónica, nas suas outras fases, é também outra área a desenvolver simultaneamente. A articulação com a ESEL em projetos de investigação poderá ser uma ajuda pela aglutinação de diferentes competências, na continuação de projetos promotores de mudanças de prática à pessoa idosa com dor crónica na UD.

CONCLUSÃO

A CE é uma estratégia na intervenção em saúde à pessoa idosa, e é dever dos enfermeiros a implementação de práticas de condições seguras e de qualidade para o seu desempenho (Oliveira *et al*, 2014). Especialmente pertinente, numa UD, pois a dor crónica na pessoa idosa pode ter consequências na autonomia e independência, e contribuir para o aparecimento ou agravamento das grandes síndromes geriátricas (Moraes, Marino & Santos, 2010). Preconiza-se uma abordagem mais abrangente à pessoa idosa com dor crónica (Reid, Eccleston & Pillemer, 2015). No entanto, constata-se ainda a dificuldade dos enfermeiros em sustentarem a sua prática em modelos conceituais, que permita considerar a pessoa idosa como parceira nos cuidados, tendo em conta o respetivo projeto de vida e saúde, e não só a sua doença (Gomes, 2013). O confronto com esta realidade impeliu-nos, através da metodologia de trabalho por projeto, a desenvolver competências de enfermeira especialista na área da pessoa idosa, tendo por base o modelo de intervenção em parceria de Gomes (2009, 2013). Na área clínica, as aprendizagens realizadas no conhecimento da singularidade da pessoa idosa com dor crónica e sua família, possibilitou uma consciencialização da importância da nossa presença e do potencial de cura que a intervenção de enfermagem pode transmitir (Wright & Leahey, 2013). Percebemos que a avaliação multidimensional da pessoa idosa é fundamental para a singularidade do processo de cuidados à pessoa idosa (Moraes & Moraes, 2014). Contudo, o desafio está em transformar o processo de avaliação da pessoa idosa numa intervenção inerente e potenciadora do cuidado centrado na pessoa idosa (McCormark, 2003). O modelo de parceria de Gomes (2013) ajudou a operacionalizar o processo de cuidados centrado na pessoa idosa com dor crónica, através dos atributos inerentes a cada uma das suas fases e dos pressupostos necessários para a construção de uma relação de parceria. Especialmente significativa, a aprendizagem da importância do espaço e do tempo como condições essenciais para o desenvolvimento de uma relação de confiança e empatia com a pessoa idosa com dor crónica e sua família. Assim como as intervenções para a promoção da autonomia e independência, enquadradas no conhecimento do potencial de desenvolvimento da pessoa idosa, qualquer que seja a circunstância (Gomes, 2013).

Na área da promoção do desenvolvimento das enfermeiras nos cuidados à pessoa idosa com dor crónica e sua família, destacamos a consciencialização das enfermeiras para a importância dos registos da avaliação inicial na continuidade e na prestação de cuidados centrados na pessoa idosa. Este resultado foi possível pelo confronto proporcionado com os dados colhidos nas fases de diagnóstico da situação e da avaliação final do projeto. Foi muito interessante verificar que as reuniões formativas proporcionaram reflexão sobre a prática de cuidados. A articulação e a mobilização de conceitos teóricos são facilitadas quando recorremos à experiência de situações do quotidiano profissional e estudos de caso. Revelou a sensibilização para a importância de fundamentar teoricamente as intervenções de enfermagem. O questionamento das enfermeiras sobre a sua própria postura profissional abriu novas possibilidades a repensar modos de trabalhar em equipa, para proporcionar condições favorecedoras para a construção de parceria com a pessoa idosa com dor crónica, que visem a promoção do cuidado de si, na gestão da sua situação de doença/saúde. A reformulação do instrumento de colheita de dados da avaliação inicial com novos indicadores para um melhor conhecimento da pessoa idosa com dor crónica, nas suas várias dimensões, e a tendência para a melhoria dos registos, salienta o empenho na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este projeto contribuiu para romper com a nossa rotina, questionarmos os modelos teóricos que norteiam a nossa prática, e apercebermo-nos que apesar de estarmos no final do percurso académico e deste relatório, apenas estamos no princípio de um processo de novas mudanças, que desejamos continuar. As enfermeiras foram dando ao longo do percurso sugestões de continuidade, como a elaboração de um guião para orientação e fundamentação teórica da construção da parceria com a pessoa idosa com dor crónica; a continuação das reuniões formativas implementadas com o projeto, e o encontrar métodos de trabalho em enfermagem, de forma a poder prestar cuidados centrados na pessoa idosa com dor crónica. A dialética formativa norteada pelos objetivos traçados para este estágio, possibilitou-nos os alicerces para a continuidade do nosso desenvolvimento de competências de enfermeira especialista nos domínios da responsabilidade profissional, ética, legal, da melhoria da qualidade, na gestão dos cuidados e de desenvolvimento de aprendizagens profissionais, para cuidar de pessoa idosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência*, 6, 53-59.
- Almeida, I. (2012). *Intervenção telefónica estruturada ao doente idoso com Insuficiência Cardíaca, após a alta Hospitalar. A Parceria como Intervenção de enfermagem para a Promoção do Cuidado de Si*. (Relatório de estágio de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa não publicado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Araújo, F., Ribeiro, J. L., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*.
- Arnstein, P. & Herr, K. (2010). Pain in older person. In S. M. Fishman, J. C. Ballantyne & J.P. Rathmell. *Bonica's Management of Pain* (4th edition) (pp. 782-790). Lippincott Williams & Wilkins.
- 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, characteristic and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13 (8), 773-783.
- Barroso, J. (1977). Formação, projeto e desenvolvimento organizacional. In R. Canário. *Formação e situações de trabalho* (pp. 61-77). Porto: Porto Editora.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Brandão, J. (2010). Dor nos Cuidados de Saúde Primários. *Dor*, 18, 4-10.
- Canário, R. (1997). Formação e mudança no campo da saúde. In R. Canário. *Formação e situações de trabalho* (pp. 129-136). Porto: Porto Editora.
- Carmo, H. & Ferreira, M. M. (1998). *Metodologia da investigação: guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (2ª ed). Lisboa: Lidel.

- Correia, J. A. (1996). Formação e trabalho: contributo para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação. In *Livro de Atas do VI Colóquio Nacional da AIPELF/AFIRSE 1996*. DOI: <http://hdl.handle.net/10216/54176>
- Correia, J. A. (1997). Formação e trabalho: contributos para uma transformação dos modos de os pensar na sua articulação. In R. Canário. *Formação e situações de trabalho* (pp. 13-42). Porto: Porto Editora.
- Couceiro, M. L. P. (1998). Autoformação e transformação das práticas profissionais dos professores. *Revista de Educação*, VII (2), 53-61.
- Cruz, D. A. L. M. & Pimenta, C. A. M. (1999). Avaliação do doente com dor crónica em consulta de enfermagem: proposta de instrumento segundo diagnósticos de enfermagem. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 7(3), 49-62. Acedido em 17-7-2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13476>
- DGS (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003. Acedido em 07-02-2016. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- DGS (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa n.º: 13/2004 de 02 julho 2004. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Acedido: 19-12-2014. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- DGS (2008). Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD de 18/06/08. Direção-Geral da Saúde. Acedido em 15 -06-2015. Disponível em: http://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf
- DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa nº 015/2010 de 14 de dezembro. Acedido em 18-12-2014. Disponível em: <http://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010.aspx>

- ESEL (2014). Regulamento de Mestrado. Lisboa: ESEL.
- ESEL (2015). Documento orientador Opção II/Estágio ano letivo 2014/2015. 6ºCurso de Pós-Licenciatura em Enfermagem Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Lisboa: ESEL
- Figueiredo, G. L. A. & Mello, D.F. (2003). A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 11(4), 544-551. Acedido a 19-7-2015. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/1800/1847>
- Fingfeld-Connett, D. (2008). Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19 (3), 111-119.
- 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. Acedido em 1-10-2015. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1012/832>
- GERMI (s/d). *Avaliação Geriátrica*. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- Giddens, A. (2004). *Sociologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- IASP (2006). Older people's pain. *Pain Clinical Updates*, 15(3), 1-4.

- Lei nº 67/98 de 26 de outubro (1998). Lei da Proteção de Dados Pessoais (transpõe para a ordem jurídica portuguesa a Diretiva nº 95/46/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de outubro de 1995, relativa à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento dos dados pessoais e à livre circulação desses dados). Diário da Republica I Série, Nº 247 (26-10-1998) 5536-5546.
- INE (2015). Dia Mundial da População 11 julho de 2015: Envelhecimento da população residente em Portugal e na União Europeia. *Destaque*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 20-07-2015. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2
- Lopes, M.J. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra: Formasau.
- Kopf, A. (2013). Dor na Velhice e Demência. In A. Kopf & N. B. Patel (Eds). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (pp. 291-298). Seattle: Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP).
- Mackichan, F., Adamson, J. & Gooberman-Hill (2013). 'Living within your limits': activity restriction in older people experiencing chronic pain. *Age and Ageing*, 42, 702–708. DOI: 10.1093/ageing/aft119.
- Martins, M. & Lopes, M. A. P. (2010). A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica numa unidade dor. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 39-57.
- Martins, M. M. & Travanca, M. G. (2003). A caminho do cuidar em enfermagem ...um outro olhar à pessoa com dor. *Revista Dor*, 11 (4), 23-28.
- McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, 9, 202–209.
- Meireles, A. E., Pereira, L. M., Galdino, T., Oliveira, G. C., & Fonseca, A. L. (2010). Alterações neurológicas fisiológicas ao envelhecimento afetam o sistema mantenedor do equilíbrio. *Revista Neurociências*, 18 (1), 103-108. Acedido a 3-06-2015. Disponível em: <http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2010/RN1801/331%20revisao.pdf>

- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Miaskowski, C. (2010). Outcome measures to evaluate the effectiveness of pain management in older adults with cancer. *Oncology Nursing Forum*. Supplement to 37(5), 27-32. DOI: 10.1188/10.ONF.S1.27-32.
- Moraes, E. N., Marino M. C. & Santos, R. R. (2010). Principais síndromes geriátricas. *Rev Med Minas Gerais*, 20 (1), 54–66. Acedido a: 20-05-2015. Disponível em: https://elearning.esel.pt/bbcswebdav/pid-25808-dt-content-rid-117713_1/course/201415-S2-6734-8-6734042/grandes%20sindromes%20geriatricos.pdf
- Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: aspetos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido a 3-11-2015. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Moraes, E. N. & Moraes, F.L. (2014). Avaliação multidimensional do idoso. Belo Horizonte: Folium. Acedido em 4-10-2015. Disponível em: http://www.folium.com.br/amostras/Amostra_avalicao_multidimensional_do_idoso_4ed.pdf
- Morais, R. & Bernardes, S. F. (2012). Perceções sobre o ambiente físico e sociofuncional de uma unidade de dor portuguesa: estudo qualitativo com utentes e profissionais de saúde. *Dor*, 20, 5-14.
- OE (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceitual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2008). *Dor: Guia de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OE (2011). Regulamento nº 122/2011 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. DR, II Série, nº35 (18-2-2011) 8648-8653.
- OE (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros

- Oliveira, G., Lopes, M. A. P. & Martins, M. (2000). O acompanhamento do doente no período perioperatório pelo familiar ou pessoa significativa. In *Ensino de enfermagem: Processos e percursos de formação – Balanço de um projeto*. Lisboa: Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional do Departamento de Recursos Humanos da Saúde do Ministério da Saúde.
- Oliveira, S. K. P., Queiroz, A.P.O., Matos, D.P.M., Mora, A. F. & Lima, F.E.T. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65 (1), 155-161. Acedido a 10-03-2015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672012000100023&script=sci_abstract&tlng=pt
- OMS (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. (S. Gontijo, Trad.). (1ª edição traduzida para o português). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Pinheiro, G. M. L., Alvarez, A. M. & Pires, D. E. P. (2012). A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (8), 2105-2115.
- Portaria nº 19/2012 de 20 janeiro (2012). Procede à alteração ao Regulamento das Tabelas de Preços das Instituições e Serviços Integrados no Serviço Nacional de Saúde, aprovado pela Portaria n.º 132/2009, de 30 de janeiro Diário da República I série, nº 15 (20-01-2012) 351-352.
- Portaria n.º 174/2014 de 10 de setembro (2014). Define as condições de instalação e funcionamento a que devem obedecer as unidades de internamento e de ambulatório e as condições de funcionamento das equipas de gestão de altas e as equipas de cuidados continuados integrados da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República 1ª série, N.º 174 (10-09-2014) 4865-4882. Acedido em 15-6-2015. Disponível em:
http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Port_174_2014.pdf
- Queiroz, J. W. M., Pereira, P. C. A. A. & Figueiredo, E. (2013). Espondilodiscite: revisão de literatura. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia*, 32(4), 230- 236. Acedido em 18-11-2015. Disponível em:
<http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2013/v32n4/a4256.pdf>

- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Reid, M.C., Eccleston, C. & Pillemer, K. (2015). Management of chronic pain in older adults. *BMJ*, 50, h532. DOI: 10.1136/bmj.h532.
- Ribeiro, A. L. A. (2013). A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Ruivo *et al* (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37.
- Schön, D. A. (1996). *A la recherche d'une nouvelle épistémologie de la pratique et ce qu'elle implique pour l'éducation des adultes*. Savoirs Théoriques et Savoirs D' Action. Paris: Presses Universitaires de France.
- Shumacher, K. L., Jones, P. S. & Meleis, A. L. (1999). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practice. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.). *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (pp.1-26). New York: Springer.
- 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 1-10-2015. Disponível em:
<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703/3194>
- Silva, K. M. & Santos, S. M. A. (2014). A consulta de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família. Desafios e possibilidades. *Ciência Cuidados Saúde*, 13 (1), 49-57. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v13i1.20128.
- Silva, K. M., Vicente, F. R. & Santos, S. M. A. (2014). Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 681-687. DOI: org/10.1590/1809-9823.2014.12108.

- Tomás, T. S. F. (2014). *Regresso a casa da pessoa idosa submetida a ostomia digestiva e seu cuidador familiar: A parceria como intervenção de enfermagem para a promoção do cuidado de si.* (Relatório de estágio para a obtenção do grau Mestre e especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Vargas, R. (2009). *Gerenciamento de projeto: estabelecendo diferenciais Competitivos* (7ªed.). Rio de Janeiro: BRASPORT. Acedido em 17-7-2015. Disponível em:
<http://issuu.com/ricardo.vargas/docs/gp7/3?e=0>
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (4ª ed.). São Paulo: Editora Roca.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (6th ed.). Philadelphia: F. A: Davis Company.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Objetivos e atividades definidas para o estágio

Objetivo Geral 1

Desenvolver competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa, Nomeadamente na intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica e sua família que promova o cuidado de Si, através da consulta enfermagem numa unidade dor.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa/família, suas necessidades e especificidades de cuidados.	*Revisão literatura sobre o envelhecimento, avaliação das necessidades específicas no cuidado à pessoa idosa e família (base dados, biblioteca, seminários).	Avaliações do nível de desenvolvimento (formativas e finais)
	*Análise da intervenção do enfermeiro no cuidado à pessoa idosa e família, em contexto domiciliário e hospitalar. *Reuniões de orientação tutorial	Reflexões sobre as aprendizagens realizadas Registos reflexivos sobre as reuniões
Intervir em parceria com a pessoa idosa com dor crónica visando na promoção do cuidado de si na consulta de enfermagem na UD	Realização de estágio U. Dor HGO de 28/9/2015 a 12/2/2016	Avaliações do nível de desenvolvimento pelos orientadores (formativas e finais)
	Prestação de cuidados de enfermagem avançada em parceria com pessoa idosa com dor crónica na UD: - Entrevistas clínicas à pessoa idosa, para a compreensão da sua especificidade e o impacto da dor crónica na sua vida -Avaliação multidimensional e da dor da pessoa idosa: -Mini Mental State Exame -Índice Katz: avaliação das atividades de vida diárias -Escala de Lawton e Brody: avaliação das atividade instrumentais de vida diária -Escala de depressão geriátrica – GDS 15 -Escala de autoavaliação da intensidade da dor (Escala Numérica, Escala de Faces, Escala Qualitativa) -Escala de heteroavaliação da intensidade da dor (Ex. PAINAD) -Escala multidimensionais para avaliação da dor	Reflexões de aprendizagem (autodesenvolvimento/análise da prática clínica: própria e a dos outros/fundamentação) Estudos de caso
	Reuniões de orientação tutorial	Registos reflexivos sobre as reuniões
	Reunião com enfermeiros para análise reflexiva das práticas de cuidados Identificação dos contributos do modelo de parceria para a pessoa idosa e/ou família, na promoção do cuidado de si	Conhecimento sobre a situação de dor crónica Participação: -na gestão do processo de doença -nos cuidados Articulação com a UD
Intervir em parceria com a pessoa idosa com dor crónica visando na promoção do cuidado de si em contexto domiciliário	Realização de estágio na ECCIda UCC 26/10/2015 a 20/11/2015	Avaliações do nível de desenvolvimento pelos orientadores (formativas e finais)
	Prestação de cuidados de enfermagem avançada em parceria com pessoa idosa com dor crónica no domicílio: - Entrevistas clínicas à pessoa idosa, para a compreensão da sua especificidade em casa, e o impacto da dor crónica no quotidiano da sua vida -Avaliação multidimensional e da dor da pessoa idosa, , através de instrumentos de avaliação acima referidos.	Estudos de caso
	Análise da organização e articulação entre as unidades de saúde do ACES Almada Seixal (HGO e UCC)	Reflexões de aprendizagem (autodesenvolvimento/análise da prática clínica: própria e a dos outros/fundamentação)
	Disponibilização para a formação sobre a pessoa idosa com dor crónica e referência/articulação entre a UCC e a UD Reuniões de análise reflexivas da prática com enfermeiros	Registos reflexivos sobre as reuniões

Objetivo Geral 2

Promover o desenvolvimento de competências na equipa de enfermagem para intervenção em parceria à pessoa idosa com dor crónica e sua família que promova o cuidado de Si, através da consulta enfermagem numa unidade dor.

Objetivo específico	Atividades	Indicadores
Contribuir para o desenvolvimento de competências da equipa de enfermagem na intervenção em parceria com a pessoa idosa com dor crónica visando na promoção do cuidado de si na consulta de enfermagem na UD	Reuniões formais e informais de apresentação do projeto e envolvimento de todos os elementos da equipa UD (enfermeiras e médicos)	Registo/ata sobre as reuniões, estratégias definidas, sugestões e envolvimento dos elementos da equipa
	Reunião com a equipa de enfermagem para: -Discussão e seleção de estratégias/tempo para a implementação do projeto e indicadores de avaliação -Distribuição de atividades/formação/enfermeiro	
	Sessões de formação sobre envelhecimento, modelos conceptuais dos cuidados de enfermagem (transição, parceria para promoção cuidado de si) á pessoa idosa com dor crónica, através, por exemplo, da metodologia estudo de caso.	Reflexões de aprendizagem (autodesenvolvimento/análise da prática clínica: própria e a dos outros/fundamentação)
	Seleção e definição de critérios necessários para conhecer a pessoa idosa com dor crónica, de acordo com o modelo de cuidados escolhido	
	Reformulação do ICD, incluindo os critérios definidos pela de acordo com modelo de cuidados enfermagem	Análise de estudos de caso 1 por semana
	Elaboração grelha análise registos enfermagem	
	Criação de "dossier" , como coletânea, de registos do projeto, sugestões, incidentes	Existência do dossier
	Apresentação e análise do ICD com equipa multidisciplinar	
	Implementação do ICD	Existência do ICD
	Auditorias aos registos, aos incidentes críticos e sugestões	Relatórios auditoria
	Entrevistas aos enfermeiros e pessoas idosas para avaliação final	95% de conformidades nos registos enfermagem dos critérios definidos para conhecer a pessoa idosa, na CE 1ªvez na U. Dor
	Elaboração de relatório final	
	Divulgação dos resultados do projeto	Relatório final

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

Guião do processo de parceria à pessoa idosa com dor crónica

REVELAR-SE – Fase 1	
<i>“...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99)</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	
Sexo	
Biótipo	
Idade	
Nacionalidade/naturalidade	
Escolaridade	
Contacto telefónico	
Atividade profissional (atual e anterior)	
Estado civil	
Religião e espiritualidade	

REVELAR-SE – Fase 1

“...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99)

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 (proximidade com serviço de oncologia, familiares acompanhados pela UD)	
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	
Medicação habitual no domicílio	
Responsabilidade da gestão terapêutica (quem, em quê, porquê, problemas de adesão)	

REVELAR-SE – Fase 1

“...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99)

CONHECER A HISTÓRIA DE DOR DA PESSOA IDOSA	
Localização	
Descritores (dor neuropática e/ ou dor nociceptiva)	
Temporalidade (início, duração padrão)	
Intensidade (Escala de auto ou heteroavaliação)	
Fatores de exacerbação	
Fatores de alívio	
Medicação analgésica	
Duração efeito medicação	
Impacto da dor nas atividades vida (Inventário Resumido da Dor)	

ENVOLVER-SE – Fase 2

“...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, 2013, p. 100)

**CONHECER A SINGULARIDADE
PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA
PESSOA**

Estado Mental (consciência/orientação, eventual aplicação MMSE)

Pontuação:

Estado funcional (Marcha: escala *Holden*;
atividades básicas vida: escala *Barthel*;
atividades instrumentais vida: índice de
Lawton & Brody)

Pontuação:

Pontuação:

Pontuação:

Estado afetivo (estado emocional, solidão, isolamento: Escala Depressão Geriátrica abreviada GDS-15)

Pontuação:

Estado nutricional (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, ingestão hídrica, se estão incluídas verduras, fruta; *Mini Nutritional Assessment*)

Pontuação:

Eliminação (vesical, padrão transito intestinal, medidas adaptativas)

Sono (padrão, medidas adaptativas)

Estado sensorial (visão, audição, tato, alterações, medidas adaptativas, próteses)

ENVOLVER-SE – Fase 2

“...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, 2013, p. 100)

CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DA UNIDADE DOR E DA PESSOA IDOSA	
A enfermeira realiza a socialização à unidade dor (equipa, organização, consultas/tratamentos disponíveis)	
A enfermeira informa sobre a consulta telefónica (objetivos, número contato, horário, circuito de resolução)	
A enfermeira fornece o guia de acolhimento	
A enfermeira procura saber quais as expectativas da pessoa idosa sobre UD	
A enfermeira procura saber quais as expectativas do cuidador familiar sobre UD	
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 à UD, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento, ...)	
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso (sabe a terapêutica de base prescrita)	

ENVOLVER-SE – Fase 2

“...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, 2013, p. 100)

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 **cuidador familiar** sabe sobre a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa (acessibilidade à UD, 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

*“...é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...”
(Gomes, 2013, p. 101)*

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

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

A enfermeira demonstra/ treina a pessoa idosa sobre o regime medicamentoso

A enfermeira partilha conhecimento com a pessoa idosa sobre a terapêutica resgate

A enfermeira demonstra/ treina a pessoa idosa sobre a terapêutica 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

CAPACITAR OU POSSIBILITAR – Fase 3

*“...é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...”
(Gomes, 2013, p. 101)*

PARTILHAR O PODER PARA A CONSTRUÇÃO AÇÃO CONJUNTA**PROMOVER O CUIDADO DO OUTRO**

A enfermeira partilha conhecimento com o **cuidador familiar** sobre o regime terapêutico

A enfermeira demonstra/ treina o **cuidador familiar** sobre o regime medicamentoso

A enfermeira partilha conhecimento com o **cuidador familiar** sobre a terapêutica resgate

A enfermeira demonstra/ treina o **cuidador familiar** sobre a terapêutica 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

“...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, 2013, p. 103)

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 dor irruptiva

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 à UD telefónica ou presencialmente)

O ENFERMEIRO PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR/POSSIBILITAR O CUIDADO DO OUTRO

A enfermeira valida as intervenções realizadas na promoção do cuidado do Outro no controlo da dor crónica

A enfermeira valida intervenções desenvolvidas na promoção do cuidado do Outro na dor irruptiva

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 à UD telefónica ou presencialmente)

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO – Fase 5

“...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, 2013, p. 103)

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 à UD, 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 na unidade dor (consulta telefónica, presencial)	
A pessoa idosa tem dor controlada	

ASSUMIR O CONTROLO DO CUIDADO DE SI PRÓPRIO OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO – Fase 5

“...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, 2013, p. 103)

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 à UD, 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 III – Instrumentos de avaliação multidimensional à
pessoa idosa**

Instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa

No início do nosso estágio para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa, sentimos necessidade de aprofundar conhecimentos sobre os instrumentos disponíveis para a avaliação multidimensional da pessoa idosa. Deparámo-nos com uma multiplicidade de escalas de avaliação, para cada uma das dimensões da pessoa idosa. Estando nós numa fase de aprendizagem no cuidado à pessoa idosa, pensamos ser facilitador para a nossa prática de enfermagem proceder à seleção, organização e a compilação das escalas de avaliação, que considerássemos mais pertinentes para a nossa intervenção à pessoa idosa com dor crónica e sua família. Construimos assim, um documento que nos acompanhou durante o estágio e que nos permitiu ter disponíveis os instrumentos de avaliação que necessitámos no momento da intervenção à pessoa idosa. Elaborámos também um esquema para facilitar a seleção dos instrumentos a utilizar na avaliação multidimensional à pessoa idosa com dor crónica, em que para as diferentes dimensões/estados a avaliar, fazíamos corresponder a escala na avaliação, e respetivas instruções de preenchimento. A aplicação dos instrumentos de avaliação pressupõe rigor diagnóstico, e que os mesmos, que foram estudados e validados para a população portuguesa (Sequeira, 2010). Tendo em conta, esta preocupação de rigor científico necessário no desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, selecionámos os instrumentos de avaliação geriátrica disponibilizados pelo Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna (GERMI, s/d). Nomeadamente, para avaliação dos seguintes estados na pessoa idosa:

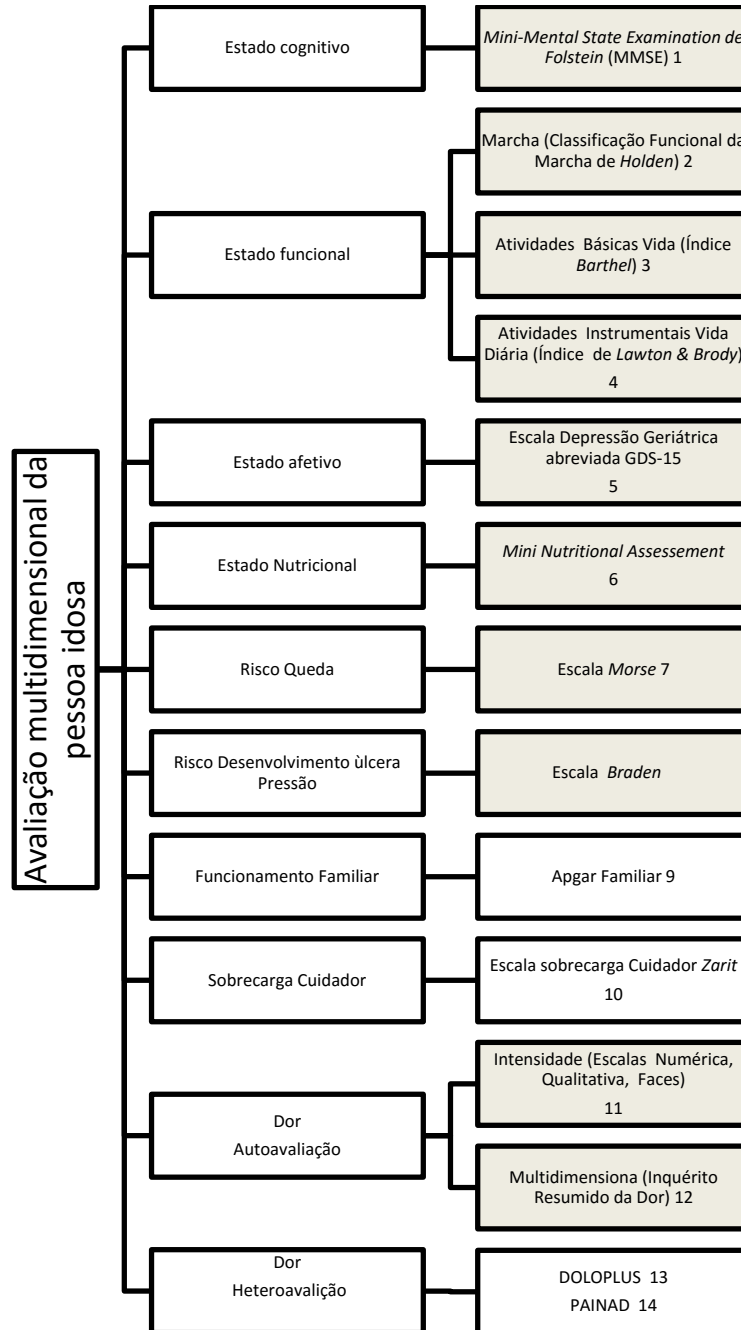
- **Cognitivo** através da *Mini-Mental State Examination (MMSE)* de *Folstein*;
- **Funcional**: Marcha através da *Classificação Funcional da Marcha de Holden*; Atividades instrumentais de vida diárias, através do *Escala de Lawton & Brody*;
- **Afetivo** através da *Escala de Depressão Geriátrica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

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

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

Nomeamos as fontes bibliográficas de cada escala, aquando da sua descrição. Salientamos ainda, que as escalas que recorreremos durante o estágio na avaliação da pessoa idosa, destacamos com fundo cinzento, no esquema que elaborámos e que abaixo apresentamos.

Avaliação Multidimensional Da Pessoa Idosa



1. Mini-Mental State Examination (MMSE)

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

Este instrumento permite avaliar a orientação (temporal e espacial), retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva. Salientamos que avalia oito de onze principais aspetos do estado cognitivo, omitindo a abstração, julgamento e expressão.

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

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

1. Mini Mental State Examination (MMSE)

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

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

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

27_ 24_ 21_ 18_ 15_

Nota: _____

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

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

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

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

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

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

Nota: _____

1. Mini Mental State Examination (MMSE)

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

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

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

Fechou os olhos _____

Nota: _____

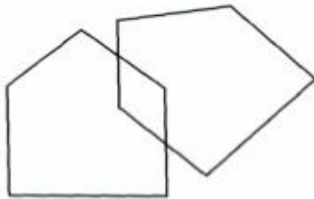
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

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

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



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2015. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

2. Classificação funcional da marcha de *Holden* (Marcha)

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

A informação pode ser obtida através da observação direta da pessoa idosa a caminhar ou do questionário direto à pessoa idosa, familiares ou cuidadores. O tempo de aplicação varia entre os 3-5 minutos. Classifica-se a pessoa idosa na categoria que mais se aproxima da sua capacidade para a marcha, de acordo com a quadro que de seguida se apresenta.

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

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

Referência Bibliográfica: GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2015. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

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

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

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

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

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

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

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

Nome: _____

ÍNDICE DE BARTHEL	DATA DE AVALIAÇÃO/PONTUAÇÃO			
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, andador, canadiana,...); (2) Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa; (1) Consegue andar sozinho em cadeira de rodas; (0) Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas.				
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)

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

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

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

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

A pessoa idosa é classificada de acordo com o nível de dependência para cada AIVD: dependente (0 pontos) ou independente (1 ponto). Cada AIVD tem diferentes níveis dependência. Salienta-se que a avaliação realizada a pessoas idosas do sexo masculino não é considerada as pontuações resultantes das seguintes AIVD: preparação refeições, as tarefas domésticas e a lavagem da roupa.

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

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

Fonte: GERMI (s/d)

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

1- UTILIZAÇÃO DO TELEFONE

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

2- FAZER COMPRAS

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

3- PREPARAÇÃO DAS REFEIÇÕES

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

4- TAREFAS DOMÉSTICAS

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

5- LAVAGEM DA ROUPA

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

6- UTILIZAÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

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

7- MANEJO DA MEDICAÇÃO

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

8- RESPONSABILIDADE DE ASSUNTOS FINANCEIROS

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

Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2015. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

5. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage – versão curta

Esta escala tem por objetivo o rastreio da depressão, e avaliar as dimensões cognitivas e comportamentais geralmente afetados na depressão da pessoa idosa. A informação é obtida por questionário direto à pessoa idosa.

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

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

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

Fonte: GERMI(s/d)

5. Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage –versão curta

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

Referência Bibliográfica:

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2015. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

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

A *Mini Nutritional Assessment* possibilita a detecção da presença ou o risco de malnutrição na pessoa idosa, sem recurso a parâmetros analíticos.

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

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

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

Se a pontuação da triagem seja sugestiva da presença ou risco de malnutrição realiza-se a segunda parte do questionário (Avaliação Global), onde se aprofunda a avaliação através de 12 questões adicionais. A cada questão é atribuída uma pontuação, cuja soma permite identificar 3 categorias:


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

Estima-se um tempo de aplicação da escala de 5 minutos para a triagem e de 10 minutos para a avaliação global.

6. Mini Nutritional Assessment

Mini Nutritional Assessment

MNA®



Apelido: _____ **Nome:** _____
Sexo: _____ **Idade:** _____ **Peso, kg:** _____ **Altura, cm:** _____ **Data:** _____

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

Triage		
A Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição grave da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão	<input type="checkbox"/>	
B Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a três quilos 1 = não sabe informar 2 = entre um e três quilos 3 = sem perda de peso	<input type="checkbox"/>	
C Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal	<input type="checkbox"/>	
D Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos três meses? 0 = sim 2 = não	<input type="checkbox"/>	
E Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência ligeira 2 = sem problemas psicológicos	<input type="checkbox"/>	
F Índice de Massa Corporal (IMC = peso[kg] / estatura[m]²) 0 = IMC < 19 1 = 19 20 <= 21 2 = 21 22 <= 23 3 = IMC > 23	<input type="checkbox"/>	
Pontuação da Triage (subtotal, máximo de 14 pontos) 12-14 pontos: estado nutricional normal 8-11 pontos: sob risco de desnutrição 0-7 pontos: desnutrido Para uma avaliação mais detalhada, continue com as perguntas G-R	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avaliação global		
G O doente vive na sua própria casa (não em instituição geriátrica ou hospital) 1 = sim 0 = não	<input type="checkbox"/>	
H Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>	
I Lesões de pele ou escaras? 0 = sim 1 = não	<input type="checkbox"/>	
J Quantas refeições faz por dia? 0 = uma refeição 1 = duas refeições 2 = três refeições	<input type="checkbox"/>	
K O doente consome: • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (leite, queijo, iogurte)? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • duas ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> • carne, peixe ou aves todos os dias? sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> 0.0 = nenhuma ou uma resposta «sim» 0.5 = duas respostas «sim» 1.0 = três respostas «sim»	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
L O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas? 0 = não 1 = sim	<input type="checkbox"/>	
M Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia? 0.0 = menos de três copos 0.5 = três a cinco copos 1.0 = mais de cinco copos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
N Modo de se alimentar 0 = não é capaz de se alimentar sozinho 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	
O O doente acredita ter algum problema nutricional? 0 = acredita estar desnutrido 1 = não sabe dizer 2 = acredita não ter um problema nutricional	<input type="checkbox"/>	
P Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como considera o doente a sua própria saúde? 0.0 = pior 0.5 = não sabe 1.0 = igual 2.0 = melhor	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Q Perímetro braquial (PB) em cm 0.0 = PB < 21 0.5 = 21 22 1.0 = PB > 22	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
R Perímetro da perna (PP) em cm 0 = PP < 31 1 = PP >= 31	<input type="checkbox"/>	
Avaliação global (máximo 18 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pontuação da triagem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Pontuação total (máximo 30 pontos)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Avaliação do Estado Nutricional		
de 24 a 30 pontos	<input type="checkbox"/>	estado nutricional normal
de 17 a 23,5 pontos	<input type="checkbox"/>	sob risco de desnutrição
menos de 17 pontos	<input type="checkbox"/>	desnutrido

References
 1. Vellas B, Villars H, Abellan G, et al. Overview of the MNA® - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:458-465.
 2. Rubenstein LZ, Haerle JO, Selva A, Guigoz Y, Vellas B. Screening for Undernutrition in Geriatric Patients: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront*. 2001; 56A: M395-377.
 3. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 2006; 10:456-467.
 © Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners
 © Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M
 Para maiores informações: www.mna-elderly.com

Referência Bibliográfica: GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Acedido a 10-10-2015. Disponível em: http://www.spmi.pt/docs_nucleos/GERMI_36.pdf

7. Escala para avaliação risco de queda – Escala *Morse*

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

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

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

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

7. Escala de Morse

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

Referência bibliográfica:

Costa-Dias, M. J. M. & Ferreira, P. L. (2014). Fall risk assessment tools. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (2), 153-161. Acedido a 3-11-2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII12145>

8. Escala para avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão – Escala de *Braden*

A Escala de *Braden* tem o intuito de avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Está recomendada a sua utilização numa orientação da DGS (2011).

Este instrumento contempla seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, fricção e forças de deslizamento. A pontuação total varia entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), sendo que quanto maior for a pontuação, menor é o risco e vice-versa.

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

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

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

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

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

Fonte: DGS (2011)

8. Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____ Nome do avaliador: _____ Data da avaliação: _____

Serviço: _____ Cama: _____ Idade: _____

Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.					
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.					
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.					
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.					
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.					
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.						
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total				

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1986; Validada para Portugal por Margato, C.; Miguéns, C.; Ferreira, P.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2001)

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

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

9. Escala para avaliação do funcionamento familiar- *Apgar* Familiar

A escala de *Apgar*¹⁵ *Familiar* baseada em Smilkstein permite a avaliação do funcionamento da família através da satisfação expressa pelos seus membros. Foi traduzida e validada para português por Agostinho & Rebelo (1988). Devem ser comparados diferentes scores para se avaliar o estado funcional da família.

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

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

¹⁵ APGAR é um acrónimo proveniente da língua inglesa, que tem o seguinte significado:• *Adaptação (Adaptation)*: refere-se ao modo como os recursos são partilhados ou qual o grau de satisfação do membro familiar com a atenção recebida; *Participação (Partnership)*: diz respeito ao modo como as decisões são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar e na resolução de problemas; *Crescimento (Growth)*: está relacionado com a forma como a promoção do crescimento é partilhada ou qual a satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar para a mudança de papéis e para a concretização do crescimento emocional ou amadurecimento; *Afeição (Affection)*: refere-se a como as experiências emocionais são partilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a intimidade e interação emocional no contexto familiar; *Resolução (Resolution)*: pretende identificar como o tempo é partilhado ou qual a satisfação do membro familiar com o compromisso que tem sido estabelecido pelos seus próprios membros.

9. Escala para avaliação do funcionamento familiar- *Apgar* Familiar

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

Referência bibliográfica:

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

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

A Escala de Sobrecarga do Cuidador de *Zarit* é um instrumento para a avaliação da sobrecarga objetiva e subjetiva de cuidadores informais de pessoas idosas dependentes, devido a doença crónica e principalmente devido a demência. Foi traduzida, validada e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007).

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

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

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

Uma maior pontuação corresponde a uma determinada perceção de sobrecarga:

- <46 – Sem sobrecarga
- 46-56 – Sobrecarga Ligeira
- >56 – Sobrecarga Intensa

Referências bibliográficas:

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

10. Escala de Zarit

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

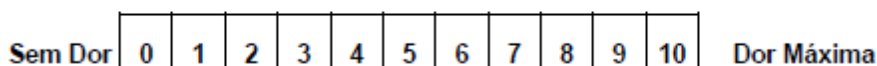
11. Dor - Escalas de autoavaliação intensidade da dor

A DGS (2003) reconhece a importância da avaliação da dor, equiparando-a ao 5º sinal vital. Reconhece que a avaliação da intensidade da dor deve ser realizada regularmente, recorrendo sempre que for possível à avaliação pela própria pessoa. Apresenta também alguns instrumentos para a avaliação da dor. Nomeadamente a:

Escala Numérica

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

Escala Numérica

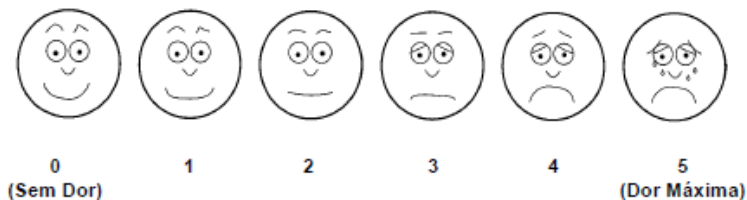


Escala de Faces

Na Escala de Faces solicita-se à pessoa que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a expressão representada em cada face desenhada.

A face com a expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”.

Escala de Faces



Escala Qualitativa

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

Escala Qualitativa

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

Referência bibliográfica:

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

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

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

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

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

A Actividade geral

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

B Disposição

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

C Capacidade para andar a pé

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

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

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

E Relações com outras pessoas

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

F Sono

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

G Prazer de viver

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

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

Referência Bibliográfica:

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

13. Avaliação da Dor - Escalas de heteroavaliação DOLOPLUS 2

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

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

14. Avaliação da Dor - Escalas de heteroavaliação PAINAD

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

TABELA 2 – Versão Portuguesa da escala PAINAD (PAINAD-PT)

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

Referência Bibliográfica:

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

APÊNDICE IV – Registo reflexivo reunião com enfermeira orientadora da UD

Registo reflexivo reunião com a enfermeira orientadora da UD

A reunião realizou-se no dia 21 outubro de 2015, das 14H30 às 15H15M, na UD. Estiveram presentes: Filomena Piza (orientadora local do estágio), Dulce Guerreiro (colega da UD, em estágio no mesmo percurso académico), e Madalena Martins. Esta reunião teve como objetivo realizar um ponto de situação em relação ao estágio.

A enfermeira Dulce partilhou, em primeiro lugar, em que fase do seu percurso estava. De seguida, nós partilhámos também o que tem sido este percurso para nós, e em que fase estamos do projeto, relativamente ao que foi combinado na orientação tutorial com a Professora Idalina a 7 outubro 2015.

1. Elaborado questionário para as enfermeiras da UD, tendo sido reformulado consoante indicações da Professora Idalina. Realizado um de pré-teste ao instrumento de colheita de dados (que foi respondido pela enfermeira Dulce). Enviado para a Prof. Idalina, e após a sua apreciação, foi distribuído pelas enfermeiras da UD.
2. Aguardamos ainda 1 resposta, de uma colega que esteve ausente, para poder proceder á completa análise das respostas, para enviar para a apreciação da Professora Idalina.
3. Em simultâneo, temos estado a elaborar o guião do processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica, na UD. Nesta construção, e após verificarmos que os indicadores eram semelhantes, pensamos que seria pertinente a construção conjunta, com a Dulce, do guião. A Professora Idalina concordou. Aguardamos a sua aprovação à última versão enviada.

A enfermeira Filomena Piza referiu que o modelo de parceria não lhe era muito familiar, pelo que o apresentámos de forma sumária. Dado o seu interesse, ficámos de facultar literatura sobre o modelo de parceria, e de enviar a ultima versão do guião de construção do processo de parceria à pessoa idosa com dor crónica.

Referimos, que ao realizar o guião apercebemo-nos que existem (muitas) intervenções de enfermagem que não são registadas. E surgiram-nos questões:

Porque é que não são registadas?

Como podemos registar as intervenções que realizamos, de forma clara, concisa, partilhável em equipa, e que resulte em continuidade de cuidados individualizados à pessoa idosa com dor crónica?

Verificámos que no guião teremos que incluir um item “alergias”, que não temos atualmente.

4. Partilhámos ainda, que temos estado a elaborar um estudo de caso sobre uma doente, que ainda não terminámos.

Na nossa partilha sobre as aprendizagens realizadas neste processo, sintetizamos as mais pertinentes.

Verificámos, que o facto de estar a realizar o estudo de caso, obrigou-nos a centrarmo-nos mais na pessoa idosa e a procurar conhecê-la melhor. A Sra. partilhou connosco histórias da sua vida, que nos permitiram compreender a sua singularidade, e ter um conhecimento mais profundo, que de outro modo não teríamos. Apercebemo-nos que exigiu um pouco mais de tempo, mas foi sobretudo uma questão de organização do trabalho, e de aproveitamento dos tempos com a doente. As colegas perguntavam: quais as informações tínhamos registado no processo clínico da doente, importantes para a continuidade dos cuidados? Afinal, tínhamos registado muito pouco. Questionamo-nos: onde registar a informação que vamos recolhendo, pouco a pouco, dos doentes? Provavelmente, termos que encarar o espaço do “ICD” da avaliação inicial, como um processo de conhecimento da pessoa idosa, e não unicamente como um momento.

Outra aprendizagem interessante foi, a utilização das escalas para a avaliação multidimensional da pessoa idosa. Verificámos que a “escala”, pode ser um cuidado. Enquanto, falávamos com a doente e lhe íamos perguntando os itens da escala, surgia uma história nova, ou uma informação que nos ajudava a compreender melhor a pessoa que tínhamos à minha frente. E que a escalas exigem da nossa parte, um conhecimento, treino na sua realização e na sua interpretação, no contexto da individualidade daquela pessoa.

Por outro lado, também percebemos que exigem tempo, mas não tanto como estávamos à espera.

A mais-valia, e falávamos disso, é a quantificação objetiva de um determinado estado da pessoa idosa. Por exemplo, “o que é um idoso com dificuldade na marcha?”. Cada profissional tem a sua interpretação. No entanto, se escrevemos que a pessoa

idosa na escala de *Holden* está na categoria 3, com ajuda de canadianas, percebemos exatamente o tipo de dependência na marcha que o doente tem. Comparamos, com a escala de dor. Para nós é claro, e não precisamos de mais palavras, quando dizemos que o doente tem uma dor EN=5.

A terminar a reunião, a nossa orientadora na UD, sugeriu que elaborássemos uma reflexão sobre a reunião, e posteriormente lhe enviássemos, bem como á Professora Idalina.

APÊNDICE V – Estudo de caso na UD

Estudo de caso em UD

Local de Estágio: UD - outubro 2015/fevereiro 2016

Um dos objetivos específicos por nós delineados para o estágio na UD, foi o de intervir em parceria com a pessoa idosa com dor crónica, em contexto de CE numa UD, visando a promoção do cuidado de si.

A elaboração do estudo foi uma das metodologias utilizadas para nos ajudar neste percurso de aprendizagem no desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no cuidado à pessoa idosa, nomeadamente com dor crónica.

O Modelo de Parceria (Gomes, 2009, 2013) norteador da intervenção de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica durante o nosso percurso académico, enquadrou, a apresentação deste estudo de caso tal como anteriormente no estudo de caso nos CSP. Com esta decisão pretendíamos aprofundar e consolidar os elementos inerentes ao processo de parceria, ao longo das suas 5 fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro, na pessoa idosa com dor crónica.

O guião do processo de construção da parceria à pessoa idosa com dor crónica continuou a afirmar-se como um instrumento orientador útil na intervenção de enfermagem numa UD, à pessoa idosa com dor crónica.

REVELAR-SE

Revelar-se “...*caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.*” (Gomes, 2013, p.99). Constitui a primeira fase na construção de um processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica., em que a enfermeira pretende-se dar-se a conhecer à pessoa idosa, conhecer a identidade da pessoa idosa, o seu contexto de vida, a história da doença e a história de dor, assim como o seu potencial de desenvolvimento, com o objetivo de ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida.

Dar-se a conhecer à Pessoa Idosa

A Sra. M. veio a conhecer-nos quando iniciou tratamentos de estimulação muscular de alta frequência (EMAF) em hospital de dia. Não nos recordamos como foi o primeiro encontro, e se teríamos tido o cuidado de nos apresentar, tal como preconiza Wright & Leahey (2013). Quando quisemos iniciar este estudo de caso, já nos tínhamos encontrado algumas vezes com a Sra. M., mas apesar dos contactos frequentes (30 minutos 1 a 2x por semana), apercebemo-nos que a conhecíamos muito pouco, e que os registos de enfermagem também não ajudavam a destacar a singularidade daquela pessoa idosa e o seu contexto. Assim, pensamos que poderia ser uma fonte de aprendizagem para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista médico-cirúrgica vertente pessoa idosa, a realização de um estudo de caso sobre esta Sra. As idas frequentes à UD da Sra. M. seriam facilitadoras no processo de construção de parceria, o que era um fator a considerar, pois iniciávamos um percurso de aprendizagem novo para nós.

Uma vez, decidido sobre quem fazíamos o estudo de caso, pedimos à Sra. M. a sua autorização, explicando os objetivos, e assegurando-lhe que os princípios éticos seriam respeitados. A Sra. M. autorizou, e passámos a utilizar o tempo da realização do tratamento para as entrevistas. Durante as entrevistas, procurámos promover um ambiente propício, minimizando e controlando (dentro do possível) outras atividades para criar privacidade, sentávamo-nos perto da Sra. M. Procurámos respeitar o ritmo da Sra. M., mostrando disponibilidade e promovendo a escuta ativa. A Sra. M. demonstrou sempre cordialidade e disponibilidade nas entrevistas.

Conhecer a Identidade da Pessoa Idosa

A Sra. M. tem 71 anos de idade, biótipo humano branco, e gosta de ser tratado por M. Tem nacionalidade portuguesa e é natural de uma cidade do Litoral. Frequentou a escola até ao quarto ano de escolaridade. Trabalhou muitos anos como auxiliar de ação educativa, e gostava da sua profissão. No entanto, a reforma aos 65 anos foi encarada como um alívio, porque referia que os alunos já não a respeitavam, e também não sentia apoio do conselho diretivo. Não questionámos sobre a religião, apesar de ser considerado um elemento a ter em conta, pois pode ser uma condição facilitadora ou inibidora na no processo de transição na pessoa com dor crónica (Ribeiro, 2013).

É viúva, tem 1 filho e 1 filha, casados. Vivem ambos a mais de 30 km da Sra. M. Disponibilizou-nos o contato telefónico fixo de sua casa, mas não facultou contactos alternativos de pessoas significativas. Vem sozinha às consultas e tratamentos.

Conhecer o Contexto de Vida da Pessoa Idosa

A Sra. M. vive só, num andar, rés-do-chão, numa localidade a 5 Km do hospital. Refere que tem casa própria. Refere que a casa possui boas condições de salubridade, apesar de ser pequena, tem 2 assoalhadas (um quarto e uma sala), mas que é suficiente para si. Tem uma relação de cordialidade com os vizinhos, mas sem grande proximidade afetiva. Mencionou que no prédio quase todas as pessoas vivem sós como ela (viúvas ou divorciadas), e que com a sua reforma reduziu a sua rede de contactos sociais, porque as colegas de trabalho moram longe, o que contribuiu para a solidão que sente. Minimiza o isolamento, com a companhia de 2 gatos que vivem consigo, e mais 3 gatos de rua a quem alimenta, que “adotou”. Gosta dos animais, mas reconhece que não os consegue controlar muito bem, e mostrou lesões nos membros inferiores, que disse serem “arranhadelas de gatos”. Apesar, de apreciar gatos, sente que são uma prisão, não podendo ausentar-se de casa muito tempo.

Para diminuir a solidão, tornou-se voluntária numa escola perto de casa, onde diariamente vai dar apoio aos meninos durante as refeições. Gostava de se integrar noutros programas sociais, mas na sua aldeia não existem. Numa cidade próxima, existe oferta de atividades, mas a Sra. M. refere que não tem dinheiro para as pagar, nem para os transportes.

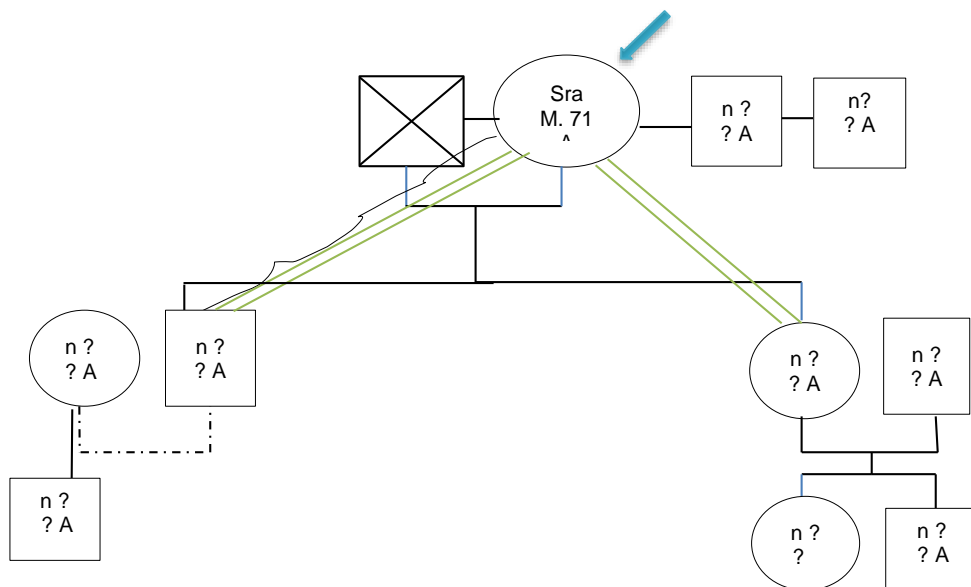
Ficou viúva 3 anos depois de casar, ainda muito nova, o filho mais novo tinha 9 meses. O marido foi assassinado por um amigo, e sobre o assunto a Sra. M. diz que “se o marido não se tivesse metido onde não devia, se calhar não tinha acontecido”. Este acontecimento fez com que a Sra. M. viesse morar para esta região, junto aos seus irmãos e família, que lhe arranjam trabalho para a sua subsistência.

Refere que trabalhou muito, e que tem sofrido muito com o seu filho, desde os 11 anos. Faltava à escola, não queria trabalhar, acabando por se tornar dependente de drogas. Apesar de atualmente, já ter ultrapassado a sua dependência, ser “casado” (união fato), mas a sua vida “nunca endireitou”, estando a Sra. M., a ajudar o filho e a respetiva família, pois têm muitas dívidas.

A situação da filha também a entristece e preocupa. Vive com o marido, mas fazem vidas separadas. No entanto, apesar de estar longe a filha contata com a mãe frequentemente. Apresentamos de forma esquemática, o genograma da Sra. M. na ilustração 1.

A nível económico a Sra. M. refere uma ter uma situação económica um pouco difícil, pois tem que ajudar os filhos, ficando pouco dinheiro para as suas necessidades pessoais.

Ilustração 1 - Genograma da Sra. M.



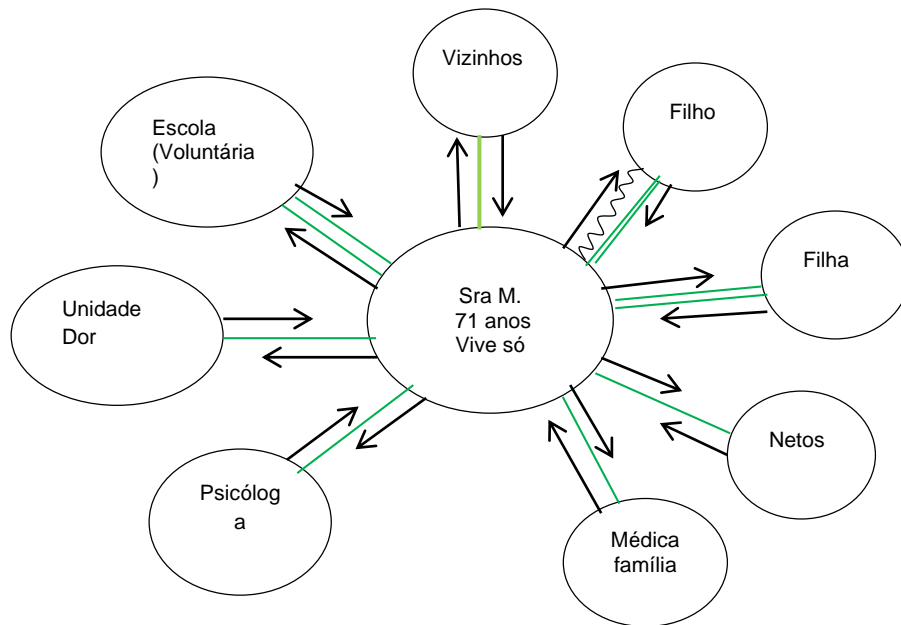
Legenda:						
	Pessoa Índice		União de Fato		Relação muito forte	
	Masculino		Óbito Masculino		Relação próxima	
	Feminino	n ?	Nome desconhecido		Relação Distante	
	Casamento	? A	Idade Desconhecida		Relação conflituosa	

Como rede de apoio, a Sra. M. é seguida numa unidade de CSP da sua área de residência pela médica de família, mas com quem não parece ter uma relação de confiança. É seguida na Associação dos Diabéticos em Lisboa, onde lhe é dado apoio

em relação à diabetes. Tem consultas regulares de psicologia clínica (3/3 meses), refere que a ajuda “falar”.

Também elaborámos o ecomapa relativo à Sra. M., que representa as principais relações sociais da Sra. M., que se apresenta na Ilustração 2.

Ilustração 2 - Ecomapa da Sra. M.



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

Wright & Leahey (2013) fundamentam a pertinência na elaboração do genograma e do ecomapa, referindo que é uma prioridade, em todas as famílias que estarão ao cuidado da enfermeira por mais que um dia, como acontece com a Sra. M. Salientam ainda, que as informações a ser recolhidas devem ser relevantes para a família ou para o problema de saúde, pelo considerámos que existem dados que não consideramos prioritários na nossa entrevista (por exemplo, nomes e idades de alguns membros da família).

Conhecer a História de Doença da Pessoa Idosa

A Sra. M. está a ser seguida na UD desde 8 setembro 2015. Foi referenciada pela médica de hematologia do mesmo hospital, com o diagnóstico polineuropatia dolorosa diabética.

Os antecedentes pessoais relevantes são:

- Diabetes *Mellitus*, desde 1985. Esta é a doença que mais a preocupa, pois considera-a resultado de todo o sofrimento que teve e tem com o filho.
- Gamapatia monoclonal de significado indeterminado, seguida no HGO, que a doente não valoriza;
- Mononeuropatia craniana com ptose e miose, com um internamento num serviço de neurologia, em outubro de 2014. Já teve alta da consulta.
- Hipotireoidismo;
- Rinite/sinusite/bronquite, seguida numa consulta hospitalar de pneumologia;
- Refere ter depressão desde há 4 anos, após ter-se confrontado com a morte de uma vizinha, com quem tinha uma relação próxima. Nessa altura, foi consultada por um psiquiatra, que a medicou. No entanto, referiu que suspendeu a medicação pelos efeitos secundários que provocava e interferiam na sua independência. Foi nessa altura, que o filho a encaminhou para a psicóloga que a segue atualmente.
- Histerectomia, como antecedente cirúrgico.

Não tem alergias ou hábitos aditivos.

A Sra. M. está polimedicada (toma 13 medicamentos em simultâneo), de acordo com o conceito¹⁶ de Henriques (2011, 2013). A polimedicação é um fator preditor de efeitos adversos na saúde, pelo que interessa conhecer o regime terapêutico da Sra. M. e o modo como realiza a sua gestão. É autónoma na gestão da sua medicação, e procura cumprir o regime medicamentoso. No domicílio realiza o esquema terapêutico, que apresentamos de seguida:

¹⁶ Polimedicação define-se como o consumo de quatro ou mais medicamentos simultaneamente. Henriques (2011,p.14) afirma que esta definição é “ puramente numérica que não tem em conta a adequação da prescrição e a complexidade do regime medicamentoso”.

Tabela 1- Regime medicamentoso da Sra. M.

Medicamento	Grupo	Via administração	Dose	Horário
Pregabalina	Antiepilépticos (dor neuropática)	Oral	75 mg	2xdia
Tapentadol	Outros opióides	Oral	100 mg	2xdia
Tramadol	Analgésico estupefaciente	Oral	20 gotas	SOS até 4xdia
Levotiroxina sódica	Hormonas da tiróide e antitiroideus	Oral	0,1 mg	2º esquema definido
Montelucaste	Antiasmáticos e broncodilatadores	Oral	10 mg	1xdia
Budesonida	Antiasmáticos e broncodilatadores.	Inalador		SOS
Tromalyt	Antiagregantes plaquetários	Oral	150 mg	1xdia (almoço)
Sinvastatina	Antidislipídicos	Oral	10 mg	Ao jantar
Esomeprezol	Inibidor da bomba de prótons	Oral	20 mg	1xdia (jejum)
Sucralfate	Antiácidos e antiulcerosos	Oral		3x dia (antes das refeições)
Hidroxizina	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos. Anti-histamínicos H1 sedativos	Oral	25 mg	1xdia (à noite)
Mexazolam	Ansiolíticos, sedativos e hipnóticos	Oral	1 mg	1xdia (à noite)
Insulina	Insulinas e análogos	Subcutânea		Segundo esquema definido

A pregabalina, o tapentadol e o tramadol foram medicamentos prescritos na UD, acentuando a quantidade de medicação diária. Constatamos que a Sra. M. faz benzodiazepina (mexazolam), juntamente com medicamentos do mesmo grupo terapêutico (hidroxizina), e outros (pregabalina, tapentadol) podem ser um fator de iatrogenia, quer pelos efeitos secundários, quer pela interação medicamentosa. Moraes & Moraes (2014) referem que a iatrogenia é um dos fatores que influenciam a funcionalidade e conseqüentemente a saúde da pessoa idosa.

Conhecer a História de Dor da Pessoa Idosa

A Sra. M. referiu que a sua dor teve início há cerca de 5 anos, é uma dor constante com crises, nos membros inferiores¹⁷. Como descritores refere que é uma “dor que não passa”, “parece que está a abrir” e guinadas. A intensidade de dor no momento é de 8, e em pico de 10, utilizando a escala numérica¹⁸. Não destaca fatores de exacerbação, nem fatores de alívio.

No exame objetivo médico detetam-se alterações da sensibilidade mecânica dinâmica, embora com descrições inconsistentes em relação aos descritores e localização.

O impacto da dor nas atividades de vida só foi avaliado no dia 14 outubro 2015, através do Inventário Resumido da Dor. Revelou que, reportando-se à última semana, a Sra. M. classificou:

- A dor com intensidade máxima de 5; intensidade mínima era de 3; intensidade média de 5; Intensidade no momento da avaliação era 3.
- A percentagem que demonstra o alívio sentido na última semana com os tratamentos e com os medicamentos foi de 50%.
- Em relação, interferência da dor nas várias áreas:
 - Atividade geral 5/10; Disposição 8/10; Capacidade de andar a pé 5/10; Trabalho normal 5/10; Relação com as outras pessoas 3/10; Sono 0/10; Prazer de viver 10/10.

Na avaliação realizada constatámos que a dor tem um impacto importante nas dimensões prazer de viver e disposição, e depois atinge as áreas da atividade geral, trabalho normal e na capacidade de andar a pé. Sendo áreas que vão afetar a funcionalidade da pessoa idosa, e, portanto, a sua saúde. interessa-nos realizar uma avaliação multidimensional, para um conhecimento mais profundo da Sra. M. Necessitámos então de passar à fase seguinte da construção do processo de parceria.

¹⁷ A Sra. M. apresenta algumas das características da dor crónica da pessoa idosa, nomeadamente ser dor contínua, há vários anos e nos localizar-se nos membros inferiores (Azevedo *et al*, 2012).

¹⁸ A escala numérica é uma das escalas da autoavaliação da intensidade da dor preconizadas pela DGS (2003).

ENVOLVER-SE

Envolver-se, é a segunda fase do processo de construção da parceria com a pessoa idosa com dor crónica, caracterizada “...*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, 2013, p. 100).

Nesta fase, como enfermeira procurámos demonstrar disponibilidade para ouvir, partilhar sentimentos e procurar encontrar a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa idosa (Gomes, 2013). Na construção da parceria com a Sra. M. tivemos necessidade de um envolvimento maior para perscrutar as suas necessidades e potencialidades, respeitando a sua intimidade. Tivemos como objetivo procurar conhecer as necessidades e potencialidades da pessoa idosa, e propor soluções adequadas para desenvolver a sua autonomia e a independência.

Conhecer a Singularidade do Processo de Envelhecimento na Pessoa

A avaliação multidimensional contribuiu para a objetividade, deteção e quantificação da deterioração e incapacidade não reconhecida da Sra. M., e serviu de orientação na tomada de decisão sobre os cuidados (Blanco, 2007). Procurámos respeitar os princípios da avaliação clínica da pessoa idosa, apontados por Blanco (2007): utilizando um tom de voz adequado, colocando-me à sua altura, olhando a senhora para facilitar a compreensão formulando perguntas curtas e concretas. Estruturámos os tempos da relação, planeando e priorizando o tipo de informação que interessava conhecer da Sra. M., para poder tomar decisões clínicas que fossem de encontro às necessidades de cuidados (Gomes, 2013).

Procedemos à avaliação do estado mental da Sra. M. através da observação direta, da entrevista à senhora e da avaliação estruturada da função cognitiva.

A Sra. M. estava consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa. Apresentava uma idade aparente coincidente com a real. Apresentava higiene pessoal cuidada, e demonstrava cuidado também com o seu vestuário, que vinha sempre limpo.

Em relação a antropometria, referiu medir cerca de 1,50m, e pesar 50 Kg. Referia ter aumentado de peso, o que corresponde às alterações próprias do processo de envelhecimento (Moraes, 2008). Tinha um comportamento e atitude adequados,

utilizando linguagem apropriada ao contexto, discurso fluente e perceptível. Apesar de aparentemente não apresentar alterações cognitivas, achámos pertinente realizar uma avaliação para rastreio de perda cognitiva, e deste modo poder de forma objetiva registar a evolução ao longo do tempo, através da escala do *Mini Mental State Examination*. A Sra. M. apresentou um score de 27, que tendo em conta a sua escolaridade, **revela ausência de deficit cognitivo**. Contudo, apresentou alteração da atenção e cálculo, e da evocação que indicou a necessidade de ajustar a informação transmitida, á capacidade de atenção da Sra., e a necessidade da validação da retenção de informação. É fundamental, este cuidado uma vez que a Sra. M. vive só, não tendo disponível um cuidador familiar próximo.

Em relação ao estado funcional, a Sra. M. aparentemente parece ser independente. No entanto, tendo em conta as alterações da sensibilidade nos membros inferiores e as tonturas que referiu posteriormente, como efeito secundário ao aumento da pregabalina, tornou-se pertinente a avaliação da Sra. M., quanto a:

- Grau de autonomia na marcha, através da escala de *Holden*, situa-se na **categoria 5 Marcha Independente**. Apesar de referir que “lhe custa subir escadas”, a doente ainda não necessita de supervisão ou de ajudas físicas para o fazer.
- Capacidade funcional para a realização das atividades de vida diárias, recorri ao *Índice de Barthel*, que se traduziu num score de 20 pontos, o que revela segundo esse índice, **independência total**. A doente voltou a referir que apesar de conseguir subir e descer escadas, já apresenta alguma dificuldade, causada pela dor nos joelhos.
- A capacidade funcional relativa às atividades instrumentais de vida diárias foi avaliada pelo *Índice de Lawton e Brody*. Nesta avaliação A Sra. M. apresentou um 8, o que corresponde ao máximo possível de AIVD em que uma mulher é independente, classificando-se como **independente em todas as AIVD**, definidas neste Índice.

A Sra. M. foi partilhando a sua tristeza em relação aos problemas familiares, à solidão que sente, e percebi também através do Inventário Resumido da Dor, que a dor se interligava para influenciar o seu estado afetivo. Verifiquei, que a dor tinha sobretudo um impacto na disposição (8/10) e no prazer de viver (10/10). Constatando,

também pela evidência científica que cerca de 50% das pessoas com dor crônica têm depressão, justificava-se a aplicação da escala de Depressão Geriátrica de *Yesavage* (versão curta) para o rastreio da depressão na Sra. M. Verificou-se uma pontuação de 9/15, o que corresponde a uma **depressão ligeira**. O diálogo que estabelecemos para esta avaliação, criou um momento de abertura para a Sra. M. relatar a sua história de depressão, que está descrita acima, e que ainda não estava documentada no processo da UD.

A Sra. M. apresenta dificuldade em mastigar, porque tem falta de peças dentárias, e tem 2 dentes partidos, que a incomodam por dor, e porque interferem com a capacidade de mastigação, tendo nos últimos dias necessidade de alterar a sua alimentação para pastosa. Refere que precisa de ir ao dentista, mas tem que esperar por ter dinheiro. Não apresenta sede, a ingestão hídrica é diminuta, 1 copo de água por dia. Não gosta de água, nem chá. Tendo em conta, os problemas referidos pela Sra. M., considerámos importante realizar a avaliação do estado nutricional através da escala *Mini Nutritional Assessment*. Na triagem realizada a Sra. M. obteve um score de 13, sendo considerado um estado nutricional normal, pelo que não foi necessária a avaliação global.

Não refere alterações do padrão de sono, toma medicamentos, e a dor não interfere com a qualidade do sono.

Em relação à eliminação vesical, referiu que desde há uns dias, urina em pequena quantidade, “que custa a urinar”, mas a urina aparentemente não apresenta sinais de infeção, nem a Sra. M. refere disúria. Quanto à eliminação intestinal referiu tendência para a obstipação de 2/3 dias, recorrendo a laxantes quando necessário.

A necessidade de avaliar o risco de queda surgiu do conhecimento progressivo que fomos tendo da Sra. M.: as alterações da sensibilidade dos membros inferiores pela polineuropatia diabética, a dor nos joelhos que dificulta ao subir e descer escadas, as tonturas provocadas pela medicação. A pertinência desta avaliação revelou-se quando a Sra. M. nos comunicou que sofrido uma queda. Assim, foi também avaliada através da *escala de Morse*, no dia 14 outubro, onde obteve um score de 45 pontos (num total de 125 pontos) por apresentar diagnóstico secundário, e uma história de queda nos últimos 3 meses. A pontuação obtida é indicadora de **médio risco de queda**.

A Sra. M. apresentou pele e mucosas coradas e hidratadas. Pele dos membros inferiores, região anterior das coxas, apresentou soluções de continuidade em fase de cicatrização, como já foi referido anteriormente. A Sra. M. aplicava tintura de iodo, que referia “ser o melhor para curar”. O seu cabelo é liso e grisalho. Apresentava diminuição da acuidade visual bilateralmente, devido “aos diabetes”, e faz tratamentos a laser regularmente”, de acordo com as suas palavras. Usava óculos. Não referia alterações da acuidade auditiva. Não apresentava alterações significativas no olfato e tato, conseguindo estar alerta e reativa ao ambiente externo.

Tal como no estudo de caso anterior, pensamos ser pertinente para a nossa aprendizagem a esquematização do diagnóstico funcional da Sra. M., que apresentamos na tabela 2, baseado em Moraes (2008).

Em termos de aprendizagem é-nos útil recorrer à classificação clinico-funcional do idoso de Moraes & Moraes (2014). A Sra. M. situa-se na categoria de Idoso em risco de fragilização, que é a pessoa idosa capaz de gerir a sua vida de forma independente e autónoma. No entanto, encontra-se num estado dinâmico entre a senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional (Moraes & Moraes, 2014). Considera-se que a Sra. M. está em risco de fragilização pois apresenta condições crónicas preditores de desfechos adversos como a presença de comorbilidades múltiplas, como polipatologias (presença simultânea de cinco ou mais condições crónicas de saúde, em sistemas fisiológicos diferentes), e ainda polifarmácia. Constata-se ainda, alguma evidência de sarcopenia, com alteração de massa e função muscular (força e desempenho muscular, fraqueza e fatigabilidade nos membros inferiores).

Tabela 2 - Diagnóstico funcional global da Sra. B.

Funções		Comprometimento funcional		
		Não	Sim	
Comunicação	Visão		Sim. Usa óculos por retinopatia diabética	
	Audição	x		
	Fala/voz	x		
Cognição/ Humor	Cognição	x (sem deficit cognitivo)		
	Humor		Depressão ligeira	
Mobilidade	Postura/marcha	x(Marcha independente Nível 5)		
Atividades vida diária	Atividades vida diária	x (independência total)		
	Atividades instrumentais da vida diária	x (independência em todas as AIVD)		
Outras funções	Saúde Bucal		Faltam peças dentárias, e outar a necessitar tratamento	
	Estado nutricional	x (estado nutricional normal)		
	Continência esfinteriana	X		
	Risco queda		Médio risco queda	
	Risco de úlcera pressão	x (não avaliado com escala Morse)		
	Sono		Depende de fármaco	
Interação social	Lazer		Dificuldade económica em realizar atividades que desejaria	
	Suporte familiar	x		
	Suporte social	x		
	Segurança ambiental	X		

Fonte: Adaptado de Moraes (2008)

Conhecimento dos recursos da pessoa idosa

A Sra. M. referiu ainda sentir-se com recursos para manter-se independente e autónoma, na sua casa, é o seu maior desejo. No entanto, o filho já tem falado que quando a mãe não puder estar sozinha e necessitar de apoio, poderá ir viver com ele. Apesar das preocupações com os filhos, e mesmo de alguma conflitualidade com o filho, pareceu existir um suporte mútuo, quando necessário.

Em relação à sua saúde, apesar da interpretação que dá à diabetes e da depressão ligeira identificada, o seu desejo se se manter autónoma e independente,

motiva a adesão regime terapêutico instituído. Valoriza os resultados obtidos, desde que veio à UD, no que diz respeito à diminuição da dor, e ao melhor desempenho funcional.

Na primeira consulta, identificou-se a falta de conhecimentos sobre a autoavaliação da dor, sobre o regime medicamentoso (objetivos e efeitos secundários), bem como os tratamentos não farmacológicos propostos (EMAF), e resultados esperados. Desconhecia também, a acessibilidade à UD.

Neste sentido necessitámos de construir, em conjunto com a Sra. M., uma ação que a ajudasse a cuidar de si, nomeadamente no controlo da dor crónica. Assim, na construção do processo de parceria com a Sra. M. surgiu a 3ª fase, que apresentamos de seguida.

CAPACITAR OU POSSIBILITAR

A terceira fase do modelo de parceria é o capacitar ou possibilitar, que “...*é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...*” (Gomes, 2013, p. 101).

Ao longo das sessões em hospital de dia procurámos a construção de processo de parceria com a Sra. M. através da negociação, fundamentada na informação, na reflexão conjunta, da partilha da responsabilidade e poder, no sentido de transformar as suas capacidades potenciais em reais, a fim de poder assumir o cuidado de si (Gomes, 2013).

A intervenção inicialmente incidiu no ensino sobre a autoavaliação da dor através da escala de dor (a Sra. escolheu a escala numérica, como referimos anteriormente), e sobre acessibilidade telefónica e presencial à UD, quando tivesse dúvidas ou necessitasse. Foi-lhe entregue o guia de acolhimento da UD. Após a consulta médica, foi reforçado o ensino sobre o regime medicamentoso e terapêutica de resgate (objetivos e efeitos secundários), potenciado com a entrega do guia terapêutico.

Nos dias seguintes, foi reforçada a informação sobre o EMAF, objetivos e o funcionamento desta intervenção não farmacológica. Preocupámo-nos em validar a informação dada sobre o regime terapêutico, visto que anteriormente detetámos através do *Mini Mental State Examination*, alteração da atenção, cálculo, e da evocação na Sra. M. Quando verificávamos, a correta gestão terapêutica, por

exemplo, dávamos o reforço positivo, que é dos elementos para ajudar a capacitar a pessoa idosa para o cuidado de si (Gomes, 2013). Foi necessário reforçar o ensino sobre o autocontrolo da dor crónica e a terapêutica de resgate em novembro 2015, visto a Sra. M. ter apresentado períodos de dor irruptiva e não a ter utilizado. Dissemos que nem sequer tinha comprado o analgésico de resgate, porque a sua dor estava controlada. Na consulta médica de janeiro 2016, constatou-se que a dor estava controlada EN=3, conquanto tenha referido um agravamento da dor por ter suspenso o tapentadol, porque segundo referiu “era muito caro”. Na consulta médica, foram validados preços dos medicamentos com a Sra. M., que referiu não ter dificuldade em adquirir os medicamentos analgésicos, desde que o tapentadol fosse prescrito com o respetivo despacho¹⁹ relativo à compartição (o que parece não ter acontecido, no receituário anterior).

Procurou-se promover a reflexão da Sra. M. sobre as suas dificuldades e ganhos em relação à gestão da dor crónica, para melhor compreender a singularidade do seu percurso de assumir o controlo do cuidado de si.

Neste processo de capacitação também aprendemos com a pessoa idosa a tomar consciência de (nosso) si e da nossa vulnerabilidade como enfermeira (Gomes, 2013). Apresentamos algumas das aprendizagens nesta área na reflexão final.

No processo de parceria a capacitação para assegurar o cuidado de si, no que diz respeito ao controlo da dor crónica, exige um compromisso mútuo entre a Sra. M. e a enfermeira para conseguirem atingir aos objetivos acordados. Encontrámos assim a interligação no processo de parceria com a pessoa idosa com a 4ª fase: Comprometer-se; que em relação à Sra. M, apresentamos de seguida.

COMPROMETER-SE

Na construção do processo de parceria com a pessoa idosa, de acordo com o modelo de parceria, existe uma quarta fase que se designa por comprometer-se, e que se define pelo “...*desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar*

¹⁹ Despacho n.º 10280/2008, de 11 de março (DR, 2.ª série, n.º 69, de 8 de abril de 2008). Comparticipação - medicamentos opióides, dor crónica não oncológica. Determina que os medicamentos destinados ao tratamento da dor crónica não oncológica moderada a forte são comparticipados pelo escalão A (95 %).

atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controle ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa, ...” (Gomes, 2013, p. 103).

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

O plano de cuidados ajuda a tornar visível o esforço conjunto entre a enfermeira e a Sra. M, traçar objetivos de forma a promover o cuidado de si. Para aprofundamento da nossa aprendizagem, na promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, apresentamos de forma esquemática nas tabelas que se seguem, alguns dos problemas, resultados esperados, intervenções de enfermagem e os compromissos assumidos, pela Sra. e pela enfermeira.

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Dor nos membros inferiores, relacionada com polineuropatia diabética e gestão terapêutica ineficaz manifestado por:</p> <p>» Intensidade dor EN=8 (momento) e EN=10 (Pico)</p> <p>*Impacto da dor (IRD): Atividade geral 5/10; Disposição 8/10; Capacidade de andar a pé 5/10; Trabalho normal 5/10; Relação com as outras pessoas 3/10; Sono 0/10; Prazer de viver 10/10.</p>	<p>Que a Sra. M. apresente dor controlada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da dor da Sra. M. em todas as consultas enfermagem - Validação do regime terapêutico - Identificação dos motivos de não adesão terapêutica, se necessário - Reforço do ensino sobre a terapêutica resgate - Realização de tratamentos de EMAF - Incentivo da importância da atividade física - Incentivo ao adequado controle da glicemia capilar - Reforço positivo nos progressos da Sra. M. - Identificação, encaminhamento/informação ao médico para um adequado controle da dor, se necessário 	<ul style="list-style-type: none"> - A Sra. M. identificar as situações de dor não controlada e autoavaliar a dor - Cumprir o regime medicamentoso de base - Gerir a terapêutica resgate em episódios de dor irruptiva - Assiduidade aos tratamentos de EMAF - Realizar períodos de marcha - Gerir a sua glicemia capilar e respetiva terapêutica, de acordo com indicação médica - Triagem e assegurar uma transmissão ao médico de problemas que exigem a intervenção médica (por ex. alteração terapêutica)

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Risco de queda relacionado com tonturas, e fraqueza muscular nos membros inferiores, manifestada por <u>médio risco de queda</u> (escala de Morse).</p>	<p>- Que a Sra. M. não apresente quedas.</p>	<p>-Ensino sobre a manutenção de um ambiente seguro em casa: *Iluminação adequada em casa *Não deixar fios soltos pelo chão *Retirar/evitar tapetes soltos no chão</p> <p>- Incentivo a marcha, com apoio ou ajuda técnica, se mantiver sintomas</p> <p>- Incentivo ao uso de calçado adequado para que se desloque confortavelmente e em segurança</p> <p>- Avaliação periódica da marcha e o risco de queda</p> <p>- Avaliação sobre os efeitos secundários da medicação, suscetíveis de interferir na marcha, e comunicar ao médico para ajuste terapêutico</p>	<p>- A Sra. M. comprometeu-se a adotar algumas das medidas para um ambiente seguro em casa</p>
<p>Risco de infecção relacionado com diabetes e contato diário com gatos (em casa, e na rua), manifestado por lesões cutâneas membros inferiores</p>	<p>- Prevenir infecções</p> <p>-Prevenir situações suscetíveis de provocar lesões cutâneas</p>	<p>- Ensino sobre os riscos de infecção, potenciados pela existência da diabetes</p> <p>- Incentivar a Sra. M. a adotar comportamentos preventivos de lesões, em relação aos gatos</p> <p>-Ensino sobre vigilância de sinais inflamatórios e cuidados a ter em caso de existirem lesões</p> <p>-Despiste e vigilância de lesões cutâneas</p>	<p>- Adotar comportamentos preventivos de lesões</p> <p>- A enfermeira reforçar a prevenção e vigiar a ocorrências de lesões cutâneas</p>

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Alteração do humor, relacionado com depressão ligeira (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os recursos internos (familiares) e externos (comunidade) disponíveis - Prevenir o isolamento social 	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a expressão de emoções e dificuldades - Elogio dos esforços na socialização - Promoção da esperança na manutenção da sua autonomia e independência - Incentivo á manutenção do acompanhamento psicológico - Ensino sobre a gestão terapêutica prescrita (antidepressivo, analgésico). 	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade da enfermeira para a escuta ativa - Manter atividades de distração e de socialização - Manter as consultas de psicologia agendadas - Não interromper medicação sem indicação médica
<p>Risco de não adesão terapêutica relacionada com efeitos secundários, polimedicação, dificuldades económicas e depressão ligeira.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Que a Sra. M. tome a terapêutica de forma adequada - Que o Sra. M. contate a unidade dor em caso de dúvidas sobre a terapêutica, ou efeitos secundários da medicação 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância e despiste de sinais e sintomas de possíveis interações medicamentosas - Vigilância de alterações provocadas uma inadequada adesão terapêutica - Validação nos contactos pessoais ou telefónicos com a Sra. M. do cumprimento da terapêutica - Identificação dos motivos para o não cumprimento - Ensino sobre regime terapêutico à Sra. M. 	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar atempadamente os medicamentos (pedir as receitas, comprar os medicamentos) - Solicitar esclarecimentos à equipa unidade dor sempre que existirem dúvidas sobre a terapêutica - A enfermeira assegura a validação da gestão terapêutica em todos os contatos

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

A quinta fase do modelo de parceria é o assumir o controlo que se designa o cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro, que *“...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, 2013, p. 103).

Ao longo da construção do processo de parceria foram identificadas algumas necessidades, negociaram-se em conjunto estratégias para se atingirem objetivos, com vista à Sra. M. assumir o controlo do cuidado de si. A Sra. M. conseguiu atingir alguns dos objetivos para assumir o controlo do cuidado de si, nomeadamente ao estar informada, em comunicar os efeitos secundários da medicação, na assiduidade aos tratamentos agendados, em manter a dor controlada (a intensidade de dor diminuiu de 8, para 3). Até esta data, não contactou a UD telefonicamente. Aparentemente porque não necessitou, pois tem estado com a dor controlada. No entanto, suspendeu temporariamente o opióide, sem nos comunicar, nem expor as suas dificuldades. A acessibilidade à UD é uma área que terá que ser reforçada.

Em relação, à construção do processo de parceria verificámos a interligação entre as diferentes fases, mas nem sempre a sua linearidade, pois podem surgir conflitos nas negociações, ou incumprimentos, por diferentes motivos (Gomes, 2013)

Através deste estudo de caso, antevemos novamente a complexidade inerente à construção do processo de parceria (Gomes, 2013). Bem como, a perceção de como a funcionalidade é essencial na saúde da pessoa idosa, para que possa prosseguir com o seu projeto de vida, de forma mais autónoma e independente, e durante o maior período de tempo possível.

Reflexão final

A realização deste estudo de caso segundo o processo inerente ao modelo de parceria permitiu uma compreensão mais profunda da intervenção de enfermagem à

pessoa idosa, nomeadamente com dor crónica. Destacamos algumas das principais aprendizagens realizadas.

Aprendemos que o conhecimento da singularidade da pessoa idosa, através da escuta das suas histórias, é uma prática profissional ética (Wright & Leahey, 2013). Constatámos que os registos de enfermagem no processo clínico da Sra. M. eram muito escassos. Poderíamos arranjar motivos reais para justificar. No entanto, após a realização deste estudo de caso, consideramos que não nos podemos escudar nesses motivos. A obrigatoriedade de desenvolvermos competências como enfermeira especialista à pessoa idosa obrigou-nos a tomar consciência que nenhuma interação com a pessoa idosa é trivial (Wright & Leahey, 2013). Todas as conversas, independentemente da extensão ou do tempo, podem ser oportunidades privilegiadas para gerar saúde nas pessoas idosas e suas famílias, ou pelo contrário, doença (Wright & Leahey, 2013). Neste sentido, “apenas” aproveitamos e procuramos oportunidades para nos envolvermos em conversas significativas com a Sra. M, por exemplo, durante a estadia no hospital dia para as sessões de EMAF. Não gastámos tempo extra, rentabilizámos o tempo que tínhamos juntas. Então o que mudou? Diria que a única diferença foi a nossa postura profissional de ir ao encontro do outro. Primeiro, reconhecemos para responder a uma necessidade a nível académico, depois progressivamente com uma intencionalidade de aprender com a pessoa idosa, como é que ela experiencia a dor crónica, no contexto da sua história de vida, e como perspetiva o seu projeto de saúde.

Negarmo-nos ao conhecimento da pessoa idosa é reduzirmos a nossa prática ao poder redutor duma prática assente no modelo biomédico. Nesta perspetiva, consideramos que não reconhecer e desperdiçar o potencial terapêutico como enfermeira nas interações com a pessoa idosa (breves ou longas, presenciais ou telefónicas, individuais ou em família) é uma forma grave de negligência profissional.

Esta é uma inquietação que estava latente, mas que foi crescendo ao longo deste percurso académico e profissional. A consciência de que qualquer interação como enfermeira pode ter um potencial de cura, segundo Wright & Leahey (2013), ou poder libertador, na perspetiva de Collière (1999), obriga-nos a sair de nós mesmas, e ir ao encontro do outro, a alargar os limites impostos pela burocracia organizacional. Por exemplo, a atender os telefonemas dos doentes e familiares, quando estamos presentes, fora da hora estipulada para a consulta telefónica; ou então, perguntando

às pessoas o que mais as preocupa, ou o que poderemos fazer para as ajudar a ultrapassar as suas dificuldades; ou ainda, a negociar e obter dos médicos a ajuda para as pessoas que o nosso juízo clínico considera pertinente para a saúde e vida, em especial das pessoas idosas com dor crónica.

Se este conhecimento da pessoa idosa com dor crónica é fundamental, se a interação da enfermeira tem este potencial de cura, então perguntamo-nos: porque é que “damos” aos outros profissionais tempo e espaço para a relação com a pessoa (gabinete e tempo de consulta), e as enfermeiras realizam interações complexas, com pessoas idosas em grande sofrimento, ou com alterações sensoriais, em locais e em tempos inadequados? Por exemplo, corredor, ou interações de avaliação inicial com vários profissionais a interferir simultaneamente?

É certo que as condições existentes de espaço e privacidade na unidade dor são exíguas e improprias para a quantidade e qualidade de trabalho que desenvolvemos como equipa; é igualmente genuíno salientar o esforço notável que toda a equipa multidisciplinar faz diariamente para minimizar o impacto no atendimento às pessoas com dor crónica seguidas na unidade dor. No entanto, apesar dos constrangimentos não podemos ficar alheias ao desafio de pensar e experimentar (re) estruturas dos espaços e tempos onde se produzem os cuidados, quando pretendemos uma abordagem em parceria à pessoa idosa com dor crónica (Gomes, 2013). Portanto coloca-se primeiro uma reflexão profunda no seio equipa de enfermagem, e posteriormente na equipa multidisciplinar, que é repensar em novas formas de organização e de pensar o trabalho na unidade dor à pessoa idosa com dor crónica e sua família, que ajude a promover o cuidado de si. Esta é uma das nossas responsabilidades como enfermeira especialista nos cuidados às pessoas idosas.

E este um caminho que ainda está por percorrer....

Referências bibliográficas

DGS (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor.

Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003. Acedido em 07-02-2016.

Disponível em:

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>

- Blanco, E. H. (2007). Avaliação geriátrica integral. 11-33. In E. H. Blanco (coord.) *Síndromes geriátricas*. Revifarma-Edições Médicas, Lda
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência
- Henriques, A. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.
- Henriques, A. (2013). A gestão da medicação nas pessoas idosa: a adesão como indicador de eficácia de intervenções de enfermagem. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 115-174). Loures: Lusociência
- Moraes, E. N. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In A. P. A. Borges & A. M. C. Coimbra (org.). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação a Distância.
- Moraes, E. N. & Moraes, F. L. (2014). Avaliação multidimensional do idoso. Belo Horizonte: Folium. Acedido em 4-10-2015. Disponível em: http://www.folium.com.br/amostras/Amostra_avaliacao_multidimensional_do_idoso_4ed.pdf
- Ribeiro, A. L. A. (2013). A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Souza Pereira, A. P., Martins Teixeira, G., Belcorso Bressan, C. & Gue Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (3), 407-416.
Acedido: 23-10-2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019599012>
- Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (6th ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

APÊNDICE VI – Relatório do estágio em CSP

Relatório de estágio em CSP

A elaboração deste relatório pretende apresentar as aprendizagens que realizámos durante o estágio numa UCC da ARSLVT, que decorreu de 26 outubro a 18 novembro de 2015, numa perspetiva reflexiva sobre a intervenção de enfermagem à pessoa idosa, com enfoque especial, à pessoa idosa com dor crónica. Optámos por organizar o relatório de acordo com os 4 objetivos previamente traçados.

Objetivo 1

Conhecer e compreender a intervenção da UCC Almada-Charneca da Caparica a nível dos cuidados de saúde primários: organização, filosofia, funcionamento e articulação dos serviços, nomeadamente com o HGO, e Unidade Dor (UD)

Aprendizagem realizada

O estágio que realizámos na ECCI da UCC foi um contributo para a nossa compreensão da dinâmica de articulação entre o hospital onde trabalhamos e os CSP, que era quase desconhecida para nós. Neste âmbito, todas as informações dadas pela equipa da UCC ajudaram, e de um modo especial apresentação realizada a colegas recém-chegados (onde fomos integradas), sobre o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) onde se insere a UCC, e do serviço realizada pela Sra. Enfermeira Chefe. Esta apresentação, em que foi dado enfoque, à evolução histórica ao longo da reestruturação dos cuidados de saúde primários, e ajudou-nos a compreender melhor os contextos de cuidados, as dificuldades e as potencialidades existentes, e que influenciam a articulação e os cuidados de saúde à população. Apresentamos de forma sumária alguns dos elementos organizacionais da ECCI, na UCC, pois este registo vai ajudar na apresentação que pretendemos realizar à equipa da UD, para que conheçam e compreendam a organização dos CSP, e algumas das dificuldades sentidas pelas pessoas e profissionais.

A UCC insere-se num ACES da ARSLVT. O seu objetivo é contribuir para a melhoria do estado de saúde da população, na sua área geográfica de intervenção (cerca de 70 Km²), garantindo atividades que visam o bem-estar e o desenvolvimento da comunidade, numa perspetiva integrada e em articulação com as instituições parceiras da comunidade. Desenvolve a sua intervenção a nível de programas

específicos e dirigidos, como: saúde mulher /materna; cuidados continuados; reabilitação e fraturas colo fémur. As suas equipas participam ainda noutros programas no âmbito do sistema de saúde que não sendo exclusivos da UCC tem um enorme impacto na comunidade: programa de saúde escolar, programa escolhas e programa de intervenções vulneráveis.

A referenciação das pessoas para ECCI surge, quer do hospital (equipas de gestão de altas-EGA) quer das unidades de cuidados dos CSP, e são dirigidos à Equipa de Coordenação Local (ECL) que validada os critérios de referenciação e autoriza os pedidos, atribuindo-os à respetiva ECCI. Este sistema está integrado na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

A ECCI tem capacidade máxima de atendimento de 40 pessoas. Os cuidados são assegurados por uma equipa multidisciplinar constituída por 4 enfermeiros (1 enfermeira especialista de reabilitação), 1 técnica superior do serviço social (tempo parcial), 1 fisioterapeuta (tempo inteiro). No período em que decorre o meu estágio, estes enfermeiros, estão a integrar 5 enfermeiros, sendo que 4 serão a futura equipa da ECCI, pois as atuais enfermeiras, vão integrar uma Unidade Saúde Familiar (USF), previsivelmente em 2016. Saliento, que apesar de ser um período de grande exigência para a equipa foram notáveis na sua organização, disponibilidade e esforço em proporcionar experiências de desenvolvimento e aprendizagem, ao longo do nosso estágio.

Os cuidados médicos necessários às pessoas da ECCI são assegurados pelos respetivos médicos de medicina geral e familiar responsáveis. Quando existe necessidade de articulação com o médico, o utente ou a família é incentivada a realizar esse contacto, e cabe ao clínico o encaminhamento e decisão clínica. O problema surge, quando a pessoa não tem médico de família. Neste caso, a assistente técnica da UCC solicita a inscrição no médico família na unidade de referência do utente. Este processo pode ser mais ou menos demorado. Portanto, a articulação de cuidados médico-enfermeira-utente, é um dos desafios que se coloca à equipa de enfermagem, pois interfere na acessibilidade e qualidade da resposta às necessidades de saúde da pessoa, ainda mais premente nas pessoas idosas, devido à sua vulnerabilidade.

Após a admissão na UCC, a equipa de enfermagem da ECCI realiza a 1ª visita sempre que possível no período das primeiras 24 horas (é um indicador de qualidade

estabelecido pela própria equipa; a RNCCI estabelece as 48 H, como meta). A visita domiciliária multidisciplinar inclui sempre a técnica de serviço social e a fisioterapeuta (em caso de necessidade) que pretende conhecer e avaliar as necessidades clínicas e sociais da pessoa.

Os registos de enfermagem são realizados informaticamente em *Sclinic* e na plataforma RNCCI. A equipa reúne-se diariamente e partilha o conhecimento, as necessidades e os cuidados à pessoa idosa e cuidadores informais.

Objetivo 2

Identificar as estratégias dos enfermeiros para que a pessoa idosa com dor crónica se torne parceira no processo de cuidados

Aprendizagem realizada

Durante o estágio na ECCL e em todas as visitas domiciliárias que realizámos, aprendemos com a equipa de enfermagem, em especial com a enfermeira orientadora, que em todas as intervenções a preocupação nos cuidados centrados na pessoa idosa, desde o modo de entrar em casa, até ao modo como se despedem e combinam a próxima visita. O respeito pela pessoa denota-se em comportamentos, utilizando uma linguagem verbal e não-verbal de afeto, de cordialidade e simpatia, de pedido de licença para entrar, na apresentação dos elementos novos na equipa. A percepção é que os enfermeiros emergem no contexto de vida do doente, tornando-se numa continuidade para o cuidado de si à pessoa idosa, assegurando o cuidado do outro à pessoa idosa (Gomes, 2013).

Deste modo, as pessoas idosas e seus familiares recebem os enfermeiros da ECCL, também com respeito, comunicando as suas dificuldades e necessidades, escutando as suas informações, esclarecimentos, para poderem tomar as decisões sobre a sua vida.

Sensibilizou-nos de forma especial, o modo como a enfermeira promove a criação de um espaço e tempo favorável ao desenvolvimento de uma relação de confiança, o fundamento para a construção de parceria com a pessoa idosa (Gomes, 2013). A enfermeira demonstra uma disponibilidade, que parece transformar um espaço/tempo escasso, numa intervenção que parece ser ilimitada, em que é a pessoa idosa que é o fio condutor, e define os limites da informação a partilhar com

quem cuida, as fronteiras da relação (Collière, 1999). Na prática, quando a enfermeira entra em casa das pessoas, sente-se que ela se transforma numa extensão da pessoa ou do familiar, completando, motivando, “acrescentando” o que é necessário para aquela promover a independência e autonomia da pessoa idosa /família. Ao acompanhar a interação da enfermeira orientadora com as pessoas de quem cuida, parecia que ficávamos suspensas no tempo. Conseguir fazer parecer enquanto está com aquela pessoa, que não tem pressa, está ali para ela, no tempo/espaço que é da pessoa. Está focada no aqui e agora, que é da pessoa. Reconhecemos, o que Benner (2001) apresenta como uma visão da excelência na prática de enfermagem, que explicita nas seguintes palavras:

“...o bom julgamento clínico requer que as enfermeiras tenham uma visão centrada nos fins inerentes ao seu relacionamento com cada paciente. Isto requer o encontro com o doente enquanto pessoa, em primeiro lugar, e em segundo lugar, enquanto uma pessoa específica com as suas potencialidades e vulnerabilidades.” (p. 19).

Estas são competências que necessitamos ainda desenvolver como enfermeira especialista, na UD.

Como é que podemos, no meio das condicionantes de espaço e tempo existentes na UD, criar condições para contextos promotores da parceria com as pessoas idosas? Percebemos, o desafio de Gomes (2013, 109) quando diz “...esta mudança obriga a uma (re) estruturação dos espaços onde se produzem os cuidados – modos de organização e de pensar o trabalho.”

Outro elemento fonte de aprendizagem foi a importância dada em cada intervenção à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, enquadrada no conhecimento do potencial de desenvolvimento da pessoa idosa, qualquer que seja a circunstância (Gomes, 2013). Destacamos apenas a título ilustrativo alguns exemplos, quando a enfermeira incentivou uma senhora de 91 anos a mobilizar os pés, a travar e destravar a cadeira de rodas, o incentivar a filha da senhora a estimular a ir para a mesa de refeições, a pegar e a tomar os comprimidos, pela própria mão; ou a satisfação dos enfermeiros em acompanhar uma pessoa idosa, também com 91 anos, à rua pela 1ª vez, desde a cirurgia ao colo do fémur. Reconhecemos que estas intervenções de enfermagem à pessoa idosa inserem-se no domínio da administração e vigilância de protocolos terapêuticos, descrito por Benner (2001). A autora identifica como uma competência, neste domínio, o combater o perigo da imobilidade, e

descreve-a como: prevenir a aparição de escaras e tratá-las, fazer andar e mobilizar os doentes para aumentar as suas possibilidades de reeducação, e prevenir as complicações (Benner, 2001). Apercebemo-nos do poder libertador dos cuidados de enfermagem, tal como refere Collière (1999, p. 315), na frase:

“...o poder dos cuidados de enfermagem pode ser identificado como libertador de cada vez que é criativo, que estimula ou suscita tudo o que vai permitir uma regeneração, um desenvolvimento das capacidades de viver, tanto do utilizador como da enfermeira participando num mesmo acto de nascimento ou renascimento da vida, inclusivamente até ao limiar da morte.”

Em relação à dor, existe a preocupação da equipa de enfermagem da ECCI, em identificar a dor da pessoa idosa, em realizar ensino em relação ao regime medicamentoso e à terapêutica resgate, bem como intervenções não farmacológicas. Constatámos ainda, que realizam muitas intervenções não farmacológicas para o alívio ou prevenção da dor, de acordo com o que é definido pela OE²⁰ (2008). Nomeadamente, as intervenções diárias para prevenção da anquilose e queda, são apenas alguns dos exemplos.

Para Benner (2001) o domínio da função de ajuda à pessoa idosa engloba que os enfermeiros detenham competências que lhes permita tomar medidas para assegurar o conforto e a preservação da sua dignidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza. Esta competência está intimamente dependente de outra competência dos enfermeiros, que é a de interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias adequadas para os controlar e gerir.

A dor é um dos indicadores de qualidade definidos e monitorizados pela equipa da ECCI. No entanto, constatámos a existência de algumas pessoas idosas a sofrer com dor crónica, tanto aqueles utentes seguidos pela ECCI, como nos cuidadores familiares, que veem a sua situação agravada pelo esforço realizado nos cuidados ao seu familiar dependente. Esta nossa observação alerta-nos para os estudos realizados em relação à prevalência da dor crónica na pessoa idosa. A IASP (2006) refere que 50 % dos idosos da comunidade tem dor crónica, e aumenta para 80% nos idosos em lares. Em Portugal, a prevalência da dor crónica nas pessoas idosas é de 20,4%, sobretudo relacionada com a artrose e osteoporose, e tem como localização mais frequente a anca e membros inferiores (Azevedo et al, 2012). Verifica-se que

²⁰ Intervenção não farmacológica define-se a “aplicação de métodos ou técnicas para prevenção e / ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos”. (OE, 2008, 26).

apenas 20% das pessoas toma terapêutica analgésica (Kopf, 2013). Também, verificámos em algumas visitas domiciliárias que as pessoas se automedicavam normalmente com anti-inflamatórios. A medicação analgésica que as pessoas trazem normalmente prescrita do hospital é metamizol e paracetamol (habitualmente, nas pessoas idosas em pós-operatório de cirurgias fratura fémur), parecendo não ter em conta, se a pessoa idosa já sofria anteriormente de dor crónica, que pode agravar com a diminuição da mobilidade.

Constatámos também a dificuldade que as pessoas idosas têm no controlo da sua dor, através de uma senhora, que a equipa da ECCI acompanhava, e que relatamos brevemente. A senhora viu subitamente limitada nas AVD's por uma dor na região lombar, contínua de intensidade 8 (EN), sem irradiação. Iniciou medicação analgésica por indicação do familiar (paracetamol e metamizol 8/8) e aplicação de calor sem alívio. Teve consulta de neurocirurgia num hospital público, para *follow up*, de situação neurocirurgia. Aproveitou para pedir ajuda em relação à lombalgia, e foi-lhe dada indicação para ir ao médico de família, que a senhora foi 2 dias depois. O médico de família prescreveu metamizol 2xdia (que a doente já fazia, referindo que não podia fazer mais nada). A situação manteve-se e foi à urgência do hospital acima referido, onde realizou radiografia, e foi prescrito exxiv 60 mg 2xd, sem alívio. Há 3 semanas, que a senhora tem dor, com agravamento das suas dependências nas AVD'S. Esta é uma preocupação no quotidiano das enfermeiras não só da ECCI, mas comum nos CSP. A dor crónica exige uma abordagem multidisciplinar, sem a qual não poderemos responder de forma eficaz, no seu alívio. Para ajudar esta senhora, articulámo-nos diretamente com a UD, foi consultada no 16 novembro 2015. A médica da UD que observou a senhora encaminhou a situação para o médico responsável da urgência. Após exames complementares de diagnóstico veio a confirmar-se espondilodiscite²¹ e abcesso do psoas, necessitando de ficar internada para realizar antibioterapia.

No nosso desenvolvimento como enfermeira especialista, impõe-se (re) pensar modos de cuidados à pessoa com dor crónica, e modos de articulação menos burocratizados e mais céleres, em particular nas pessoas idosas, pois a dor influencia

²¹ A espondilodiscite é “um termo que inclui osteomielite vertebral, espondilite e discite. É considerada um grande fator de morbilidade por causar sequela neurológica importante.” (Queiroz, Pereira & Figueiredo, 2013, p. 230).

o desempenho funcional, e a qualidade vida pois na pessoa idosa, contribuindo para a diminuição da independência e autonomia.

Objetivo 3

Intervir em parceria com a pessoa idosa/família com dor crónica visando a promoção do cuidado de si no contexto do domicílio

Aprendizagem realizada

A realização do estudo de caso permitiu aprofundar o conhecimento sobre a pessoa idosa com dor crónica, e desenvolver capacidade de observação, análise e de avaliação multidimensional à pessoa idosa, no domicílio. A reflexão ao longo do estudo de caso permite explicitar as nossas dificuldades, as nossas aprendizagens, mas sobretudo as áreas possíveis para o nosso autodesenvolvimento, como enfermeira especialista.

Salientamos, apenas alguns aspetos que fomos refletindo. A pessoa idosa e o seu cuidador familiar experimentam muitas dificuldades no seu dia a dia, em assegurar a permanente vigilância e AVD's. Não é fácil a deslocação ao médico, pois exige gastos de tempo e financeiros. Verificamos agora, *in loco*, a grande mais-valia da consulta telefónica da UD, para o controlo da dor. Assim, como a necessidade do trabalho em equipa multidisciplinar. Será que não se podem implementar circuitos semelhantes, para abordagens multidisciplinares à pessoa idosa com dor crónica?

Ficámos também mais sensível às dificuldades que os cuidadores vivem em sua casa, ao cuidar permanentemente de pessoas idosas, que necessitam de cuidados complexos. Percebemos, também que é necessária uma articulação ainda mais estreita com os enfermeiros dos CSP, para avaliação das condições habitacionais e contexto familiar e social das pessoas. Provavelmente, não fazemos as perguntas certas para conhecer a singularidade da pessoa e do seu contexto, e mesmo que as façamos, as pessoas só partilham o que podem ou querem. A competência das colegas dos CSP possibilita uma avaliação mais experiente, e uma ajuda efetiva, na adaptação dos contextos onde a pessoa vive. Percebemos, que não adianta perguntar unicamente, quem é a pessoa de referência ou o cuidador, é necessário aprofundar. Ilustramos com um exemplo de um senhor, em que no registo hospitalar revelava que havia o apoio da companheira. No entanto, a realidade

mostrou que a senhora trabalhava de manhã à noite, e não estava presente para ajudar o senhor nas suas necessidades. Num outro caso, de um senhor em situação de cuidados paliativos, a avaliação da parte social surgia “casa com condições adequadas”, a visita domiciliária revelou, no mínimo, a inexistência de condições de salubridade.

Verificámos que os registos de enfermagem são de um modo geral, pouco claros e pouco reveladores da singularidade da pessoa idosa. Esta constatação, já feita na UD, corrobora a necessidade de desenvolvimento do nosso projeto. No entanto, agora juntamos uma dimensão, a da articulação com os CSP. Revelou-se importante, o guia terapêutico que na UD, damos a todos os doentes, pois auxilia os enfermeiros no domicílio no incentivo à gestão adequada do regime terapêutico e de terapêutica de resgate. Por outro lado, sentimos a necessidade emergente da informatização dos registos de enfermagem na UD, sem este processo é mais difícil e moroso a garantia da continuidade dos cuidados, entre o hospital e os CSP.

Ao longo do nosso estágio, sensibilizou-nos as competências das enfermeiras na função de diagnóstico e de vigilância do doente (Benner, 2001). A antecipação de problemas e o pensar no futuro é uma competência que pude observar com muita frequência na intervenção de enfermagem às pessoas idosas. Exemplificamos, com uma senhora idosa em pós-operatório de cirurgia colo fémur, que necessitava da realização do penso na sutura cirúrgica, e ainda não podia fazer carga no membro inferior. A enfermeira não se limitou, a realizar o penso. Entre outros cuidados, ensinou e instruiu a senhora à realização dos movimentos ativos possíveis dos membros inferiores, o que de algum modo era expectável na sua intervenção. No entanto, o que nos chamou a atenção foi a projeção em relação ao futuro, a enfermeira explicou à senhora que ela também necessitaria de realizar exercícios aos membros superiores para o seu fortalecimento, pois iria precisar muito deles, para utilizar o andarilho, quando começasse a andar.

Outra das competências neste domínio, que tivemos oportunidade de observar foi a avaliar o potencial de cura da pessoa idosa, e discuti-lo com a pessoa idosa, e com os cuidadores familiares. O conhecimento do potencial de cura ajuda a enfermeira na construção conjunta de objetivos, no estabelecer de compromissos com a pessoa idosa e/ou cuidador familiar para assumir ou assegurar o prosseguimento do projeto de vida e saúde da pessoa idosa (Gomes, 2013). Ilustramos esta

competência com a intervenção das enfermeiras junto a uma senhora idosa com após um acidente vascular cerebral, em que foram negociados objetivos a atingir com a senhora e com os filhos (cuidadores), em cada visita, e compartilhei a satisfação das conquistas realizadas: fala, equilíbrio, à mobilização dos dedos dos pés do membro inferior afetado. Assim, como a proposta e informação, da enfermeira, sobre as potencialidades de recuperação esperadas para a senhora, se fosse internada uma unidade com programa de reabilitação intensivo, quais os riscos, e o período ideal para o realizar.

Objetivo 4

Contribuir para a continuidade de cuidados entre a UCC e a UD, à pessoa idosa com dor crónica e família na promoção do cuidado de Si, no contexto do domicílio

Aprendizagem realizada

Como foi referido anteriormente, existe um cuidado da equipa de enfermagem da ECCI na avaliação da dor da pessoa idosa. Algumas das dificuldades existentes foram sendo expostas ao longo do relatório. Resultam sobretudo, da dificuldade em obter dos médicos respostas eficazes e em tempo útil, para ajudar a controlar a dor da pessoa idosa e/ou na sua referenciação para unidades diferenciadas de medicina da dor.

Tivemos oportunidade de constatar o empenho da equipa de enfermagem na articulação com as enfermeiras de outras unidades de saúde, comos médicos de família e com a Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do hospital. Participámos numa visita domiciliária conjunta do médico de família e da enfermeira da ECCI, à Sra. B. (do nosso estudo de caso). Esta visita foi solicitada pela enfermeira da ECCI, quando a situação da senhora começou a agravar (quedas), bem como a sua dor. Foi bastante interessante, a disponibilidade do médico que escutou as informações dadas pelas enfermeiras sobre a senhora, sobre a sua situação de saúde prévia e atual, medicação habitual, características da dor, analgesia e o seu pouco efeito. Mostrou-se também interessado, em saber o resultado da tomografia axial computadorizada, que lhe foi lido por uma enfermeira da UD, pois de outra forma não teria conhecimento do nível da fratura lombar e das alterações já existentes a nível axial. A equipa de enfermagem contribuiu deste modo, na obtenção de uma resposta

médica adequada à situação de saúde da senhora, naquele momento. As enfermeiras fazem questão de acompanhar sempre o médico na visita domiciliária aos respetivos doentes, assegurando o seu transporte entre a unidade saúde e a casa da pessoa.

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

Partilhámos com a equipa da UCC a problemática da pessoa idosa com dor, e a importância do tratamento multimodal da dor, à luz dos domínios de competências das enfermeiras, descritos por Benner (2001). A formação realizou-se no dia 17 novembro 2015, em que esteve presente quase toda a equipa da UCC, incluindo a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe. Nesta formação também reforçamos as possibilidades de articulação com a UD: critérios, modo de referenciação, consultadoria telefónica médica e de enfermagem, bem como o respetivo horário. A apresentação foi disponibilizada à equipa para consulta futura. Assim, como reafirmada a continuidade da disponibilidade da equipa da UD (médico e enfermeiros) para reuniões/formações nos CSP. Esta formação decorreu das necessidades sentidas pela equipa, e foi solicitada pela enfermeira orientadora. Dado o interesse e a motivação da equipa nesta temática, foi muito enriquecedor (para nós), todas as questões e comentários que surgiram na discussão. A preparação da formação também nos ajudou no aprofundamento dos domínios de competência como enfermeira especialista que necessitamos aprofundar para intervir à pessoa idosa, nomeadamente com dor crónica.

Ao longo do estágio, fomos partilhando com a equipa médica e de enfermagem da UD, a natureza do trabalho realizado nas visitas domiciliárias, pela ECCI, das dificuldades com que se debatem, e também do que poderemos fazer como equipa para melhorar a articulação entre hospital e CSP. Nomeadamente, a área da informatização dos registos de enfermagem foi um dos temas debatidos numa reunião da equipa de enfermagem da UD no dia 13 novembro 2015. Decidimos que seria um dos projetos a relançar no plano de atividades para 2016.

Salientamos, também que já iniciámos um processo de estruturação do acondicionamento de agulhas e de medicamentos, para as pessoas seguidas na UD, com administração de terapêutica subcutânea, no domicílio. Este processo foi fruto das dificuldades partilhadas pelas enfermeiras da ECCI, em relação ao

acondição de resíduos hospitalares na comunidade. Era um problema para o qual, não tínhamos definido normas de boa prática.

Referências bibliográficas

- 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, characteristic and associated disability in Portugal. *The Journal of Pain*, 13 (8), 773-783.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Da excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- IASP (2006). Older people's pain. *Pain Clinical Updates*, 15(3), 1-4.
- Kopf, A. (2013). Dor na Velhice e Demência. In A. Kopf & N. B. Patel (Eds). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos* (pp. 291-298). Seattle: Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP).
- Queiroz, J. W. M.; Pereira, P. C. A. A. & Figueiredo, E. (2013). Espondilodiscite: revisão de literatura. *Arquivos Brasileiros de Neurocirurgia*, 32(4), 230- 236. Acedido em 18-11-2015. Disponível em:
<http://files.bvs.br/upload/S/0103-5355/2013/v32n4/a4256.pdf>

APÊNDICE VII – Estudo de caso em CSP

Estudo de caso em CSP

Local de Estágio: UCC da ARSLVT- outubro/novembro 2015

A elaboração do estudo de caso foi a metodologia escolhida para a reflexão sobre aprendizagem acerca do processo de construção da parceria á pessoa idosa com dor crónica em contexto domiciliário. Optámos pelo Modelo de Parceria (2009, 2013), para nortear a intervenção de enfermagem durante o estágio, pelo que é pertinente, a sua utilização para enquadrar esta apresentação, através das suas 5 fases: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo do cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro. O guião do processo de construção da parceria á pessoa idosa com dor crónica, elaborado anteriormente na UD, revelou-se um instrumento orientador na intervenção de enfermagem.

REVELAR-SE

A primeira fase na construção de um processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica é designada por revelar-se e “...*caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.*” (Gomes, 2013, p.99). Nesta fase, a enfermeira pretende dar-se a conhecer à pessoa idosa, conhecer a identidade da pessoa idosa, o seu contexto de vida, a história da doença e a história de dor, assim como o seu potencial de desenvolvimento, com o objetivo de ajudar a promover o seu projeto de saúde e vida.

Dar-se a conhecer à Pessoa Idosa

A enfermeira orientadora do local de estágio, na primeira visita, apresentou-nos à Sra. B e ao marido, dizendo o nosso nome, a profissão e o estágio que estava a realizar. Posteriormente, aquando da escolha do estudo de caso, em conjunto, explicámos á Sra. B. o que pretendíamos realizar, quais os objetivos, a garantia do anonimato e da confidencialidade. Após a autorização da Sra. B., combinámos o dia e a hora, da próxima visita, para realização da entrevista. No dia 2 novembro 2015, explicámos e informámos também o marido do processo inerente ao estudo de caso, uma vez que não estava presente no dia anterior. Procurámos promover um ambiente propício à interação, respeitando o ritmo da Sra. B., mostrando disponibilidade e

promovendo a escuta ativa. Ajustámo-nos tempo e espaço oferecido pela Sra. B. e pelo marido (sentámo-nos no local onde nos indicaram, utilizámos a mesa de apoio para escrever que ofereceram, informando que se a Sra. estivesse cansada, paráramos a entrevista, em qualquer momento). Por outro lado, também a Sra. B. e o marido preocuparam-se em criar ambiente de cordialidade e disponibilidade.

Conhecer a Identidade da Pessoa Idosa

A Sra. B. tem 76 anos de idade, biótipo humano branco, e gosta de ser tratada por Sra. B. A sua nacionalidade é portuguesa. Tem como escolaridade a quarta classe. Disponibilizou à equipa de saúde o número de telefone fixo e o número de telemóvel do marido, para os contactos em caso de necessidade.

Está reformada, sendo a sua atividade profissional passada na área administrativa numa empresa pública. A Sra. é casada há 46 anos, com o Sr. M.

Conhecer o Contexto de Vida da Pessoa Idosa

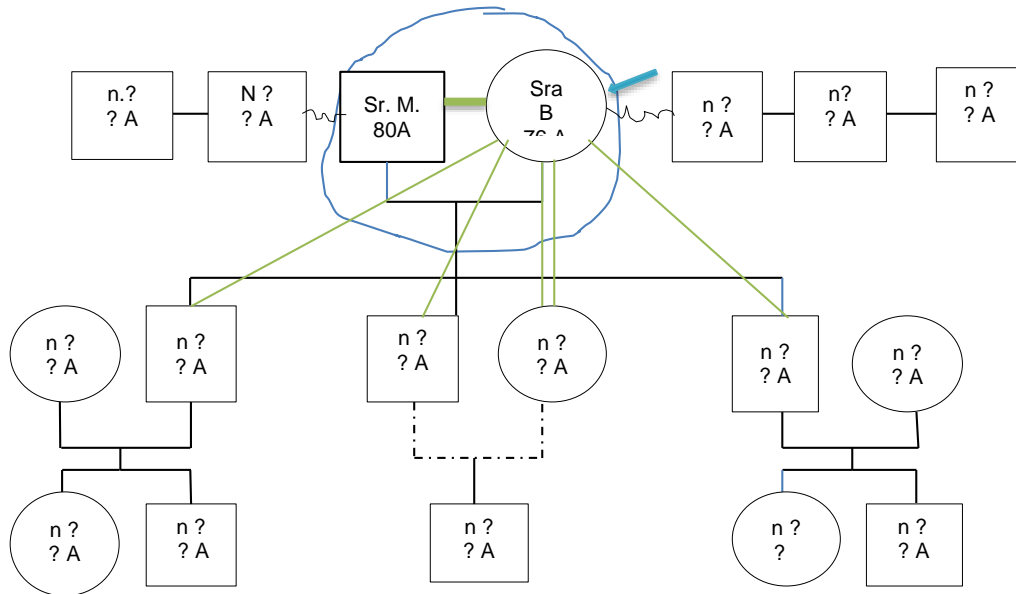
A Sra. B. vive com o marido (Sr. M.), que tem 85 anos. Refere terem uma boa relação, e também que “andavam sempre juntos”. Estão casados há 46 anos, conheceram-se em Angola, onde viveram alguns anos, até voltarem para Portugal. O Sr. é independente e autónomo, com uma idade aparente inferior à real, assumindo-se como cuidador familiar, e pessoa de referência. Está presente e é atento em assegurar com qualidade a ajuda nas dependências da esposa. Têm 3 filhos, 5 netos e uma bisneta. Apenas um dos filhos mora próximo, e vive em união de facto com uma companheira, com quem têm alguma ligação, estando presente com alguma regularidade. A Sra. B. refere falar com frequência com os filhos pelo telefone. Como os 3 filhos não apoiam nas necessidades quotidianas, o Sr. M. acionou apoio de uma associação de apoio domiciliário, que assegura os cuidados de higiene, diariamente de manhã, com banho completo à sexta-feira, e a limpeza semanal à casa.

Não têm relação de proximidade com outros familiares, nomeadamente irmãos, desconhecendo mesmo o seu paradeiro. Refere que o afastamento se deveu a “problemas familiares” no passado.

Tivemos oportunidade de observar que mantém uma relação de cordialidade com os vizinhos, mas segundo a senhora, sem grande relação de proximidade.

Apresentamos de forma esquemática o genograma da Sra. B, na ilustração que se segue.

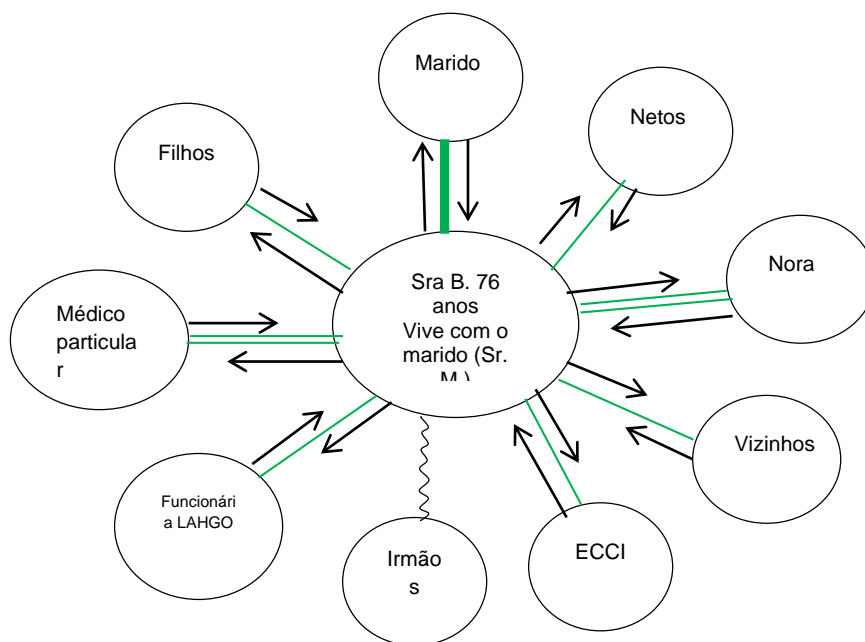
Ilustração 3 - Genograma da Sra. B.



Legenda:						
	Pessoa Índice		União de Fato		Relação muito forte	
	Masculino		Família Pesquisada		Relação próxima	
	Feminino	n ?	Nome desconhecido		Relação Distante	dças diagnosticadas
	Casamento	? A	Idade Desconhecida		Relação conflituosa	

Também elaborámos o ecomapa relativo à Sra. B. que representa as relações sociais da Sra. B, que se apresenta na página seguinte.

Iustração 4 - Ecomapa da Sra. B.



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

Moram em casa própria, numa localidade no concelho de Almada, desde há 12 anos. É um prédio, 2º andar, com elevador. A casa apresenta boas condições de salubridade: é clara, arejada, com boas condições de limpeza. Observa-se a preocupação em manter o espaço livre de obstáculos, para a deambulação. Permanece ainda, um ou outro obstáculo, mais difícil de gerir no espaço (fios de oxigénio no chão, ou uma cómoda no quarto), que obriga a alguma atenção, na marcha. Verifica-se que existe interesse em adaptar as condições da casa para o conforto da senhora: almofadas no sofá, e aos pés para uma postura confortável e adequada, uma mesa de apoio que fica junto à senhora, com os objetos que necessita, um banco de apoio.

A Sra. B. aprendeu ponto cruz aos 60 anos, e nos anos seguintes realizou vários quadros que exhibe orgulhosamente nas paredes de sua casa. Gosta de fazer *crochet*, embora tenha deixado há algum tempo. Gostava de passear com o marido. Agora, passa muito tempo sentada no sofá da sala a ver televisão.

A situação económica não parece ser indicadora de dificuldades, ambos usufruem de reforma. Têm uma casa no Norte que alugam, e onde se deslocavam com alguma frequência, antes deste problema de saúde da Sra. B.

Conhecer a História de Doença da Pessoa Idosa

Admitida na ECCI em 15 setembro de 2015, para cuidados de reabilitação após cirurgia para redução e encavilhamento capsulo-medular, realizada num hospital da ARSLVT a 1 setembro 2015, por uma fratura intratrocantérica do fémur direito. A fratura ocorreu por queda, da sua altura, num hipermercado, e embateu com a região da anca direita, e com a mão direita. Refere que não reconhece fator desencadeante, e ainda está surpreendida “como é que isto aconteceu?”. No entanto, posteriormente o Sr. M. referiu que a esposa já apresentava alterações da marcha há algum tempo (não consegue precisar quanto), que descreve como com passadas mais pequenas, e como que arrastando os pés, e que justificaria a queda.

Esteve internada no serviço de ortopedia de um hospital da ARSLVT, de 1 a 14 setembro de 2015, o que constituiu uma experiência desagradável, e que condiciona a aceitação da possibilidade de voltar a esse hospital. Antes deste internamento, a Sra. B. era autónoma e independente, apesar das co-morbilidades que apresentava. Tem como antecedentes pessoais:

- Diabetes *Mellitus*;
- HTA;
- Dislipidémia;
- Insuficiência cardíaca; diz ter tido 3 enfartes agudo miocárdio;
- Fibrilhação auricular crónica;
- Válvula mecânica mitral;
- Mictectomia sub-aortica eplastia tricúspide em 2009;
- Colectomia há 15 anos.
- AVC há 3/4 anos (não consta registos médicos)

Não tem alergias ou hábitos aditivos.

A Sra. B. está polimedicada (toma 7 medicamentos em simultâneo), de acordo com o conceito²² de Henriques (2011, 2013). A **polimedição** é um preditor de fatores adversos na saúde, pelo que interessa conhecer o regime terapêutico da Sra. B e o modo como realiza a sua gestão. A Sra. B. é autónoma na gestão da sua medição, mas está dependente em relação à aquisição na farmácia, e à disponibilização junto a si das embalagens, o que é assegurado pelo marido. Tem alguma dificuldade em nomear os medicamentos, e pelo menos um deles (sertralina) não sabe quem prescreveu, nem por que razão. Habitualmente não deixa terminar a medição, dispondo sempre de outras embalagens em casa. No entanto, no dia 2 novembro, constatei que tinham terminado o paracetamol, que o marido iria comprar mais tarde.

No domicílio realiza o seguinte regime medicamentoso:

Tabela 2- Regime medicamentoso da Sra B.

Medicamento	Grupo	Via	Dose	Horário
Furosemida	Diuréticos de Ansa	Oral	40 mg	1 comprimido 1xd (manhã)
Amiodarona	Antiarrítmico	Oral	200 mg	1 comprimido 2xd
Diamicron	Antidiabético	Oral	?	1 comprimido 2xd
Pravastatina	Estatina (regulador da concentração de lípidos)	Oral	10/20 mg	1 comprimido 1xd (jantar)
Esomeprazol	Inibidor da bomba de prótons	Oral	20 mg	1 comprimido 1xd (manhã)
Varfine	Anticoagulante	Oral	5 mg	1 comprimido 1 x d
Sertralina	Antidepressivo	Oral	100 mg	1 comprimido 1xd (almoço)
Alprazolam	Benzodiazepinas	Oral	0,5 mg	1 comprimido 1xd (deitar)
Ben-u-ron	Analgésico e antipirético	Oral	1gr	1 comprimido em SOS

²² Polimedição define-se como o consumo de quatro ou mais medicamentos simultaneamente. Henriques (2011, p.14) afirma que esta definição é "...puramente numérica que não tem em conta a adequação da prescrição e a complexidade do regime medicamentoso".

Em relação à terapêutica, verificamos que existe um potencial de interação, como por exemplo, entre a utilização concomitante da pravastatina com furosemida, varfine e amiodarona. A vigilância do aparecimento de possíveis efeitos secundários ou adversos é necessária na Sra. B. Também, verificámos na visita de dia 10 novembro, que estava a ser administrado paracetamol 1gr de 4/4 h, por confusão entre o nome comercial (Ben-u-ron) e da substância ativa (Paracetamol, de um medicamento genérico), prescrito em duas consultas médicas diferentes. Apesar da evolução favorável do seu estado clínico, a Sra. B. verbaliza ainda sentimentos de apreensão quanto à sua evolução, e independência nas AVD's e AIVD's.

Habitualmente é seguida em médico particular numa clinica privada. Aparentemente, com uma boa relação. Não tem médico de família, no entanto pela RNCCI necessita que seja atribuído. A equipa ECCI acionou o processo e já tem médico, numa UCSP, que realizou uma visita domiciliária à Sra. B. no dia 17 novembro 2015. Esta consulta médica foi resultado das diligências realizadas pelas enfermeiras, que identificaram a necessidade do acompanhamento médico da Sra. B, tendo em conta o agravamento da situação clínica da Sra. B. como se explicita adiante.

Conhecer a história de dor da pessoa idosa

No dia 28 outubro 2015, a Sra. B. refere dor contínua, nos membros inferiores, região anterior e posterior, descreve a dor como “parece que estão a partir por dentro”. Refere agravamento de carácter incidental, com a marcha, e na posição de deitada, aliviando na posição de sentada. Durante a noite, a dor obriga-a a levantar e a ir para a sala sentar-se. Verbaliza que se “não fossem as dores”, poderia retomar as suas atividades. Toma o paracetamol 1 gr em SOS, quando a dor está mais intensa, mas que o alívio não é significativo. Existe, por vezes, alguma inconsistência na descrição das características da dor.

No dia 2 novembro, refere que a dor é “muscular” nos membros inferiores desde a anca até aos pés, por vezes com “espasmos”, e que dura há vários anos. No momento a dor era ligeira (Escala Qualitativa), mas em pico a dor atinge intensidade de 7/8 (Escala Numérica). Sente, formigueiro nos pés e dormência nas mãos, e desde o AVC relata perda de sensibilidade no 4º e 5º dedo da mão direita, e 5º dedo mão esquerda. Menciona que o paracetamol 1gr alivia durante cerca de 12 h, fazendo 2 x

dia, quando a dor está pior. Não sente alívio significativo, com metamizol cápsulas, pelo que só toma esporadicamente.

A partir do dia 4 novembro, a localização da dor altera-se. Apresenta dor contínua, na região lombar, com intensidade 8/9, sem alívio aos analgésicos. Agrava com os movimentos, e à noite. Não apresenta outras alterações motoras, nem da sensibilidade, nos membros inferiores, para além das já descritas anteriormente. De acordo com a Sra. B. esta dor foi consequência de uma queda, ao iniciar a marcha com o andarilho, tendo faltado as forças nos membros inferiores, e embatido com a região glútea violentamente no chão. Ao longo dos dias, a dor foi tendo um impacto mais acentuado nas AVD's, nomeadamente na marcha, na higiene, no sono e no humor.

Foi aconselhada pela enfermeira a procurar ajuda médica. Inicialmente, a Sra recusou ir ao hospital público (motivo identificado anteriormente). Falou em chamar o seu médico assistente (privado), mas não o fez. No entanto, por agravamento da dor noturna o marido decidiu não adiar mais a avaliação médica, e chamou os bombeiros e respeitando o seu parecer, foram à urgência do hospital público. Foi-lhe diagnosticada fratura lombar a nível de L1, fechada, sem compromisso medular. Ficou com indicação para repouso e utilização de dorsolombostato para na realização de levante.

Na tabela que abaixo se apresenta, expomos de forma sistemática as principais alterações nos sistemas fisiológicos decorrentes do processo de envelhecimento na Sra. B, de acordo com Moraes (2008).

Tabela 3 - Alterações nos sistemas fisiológicos decorrentes do envelhecimento na Sra B.

Sistema	Alterações anatômica	Alteração funcional	Repercussão
Sistema cardiovascular	Endocárdio	Valvulopatia degenerativa tricúspide e mitral	Válvula mecânica mitral; Mictectomia sub-aortica e plastia tricúspide em 2009
	Sistemas de condução	Distúrbios na condução do estímulo cardíaco	Fibrilhação auricular
	Veias	Varizes	Insuficiência venosa Edemas membros inferiores e pés
Sistema respiratório			Cansaço para pequenos esforços Cianose labial
Sistema genito-urinário	Bexiga		Incontinência urinária (pequenas perdas de urina)
Sistema gastrointestinal	Intestino		Alguma incontinência fecal
Sistema nervoso		Lentificação condução nervosa	Esquecimentos Formigueiros/dormência mãos e pés
Sistema Musculo-Esquelético	Músculos	Redução da massa e força muscular (internamento e diminuição mobilidade)	Dor membros inferiores Dor lombar
	Articulações	Aumento da rigidez das cartilagens e menor capacidade de amortecimento e distribuição da tensão	Lentificação da marcha Instabilidade postural
Sistema endócrino		Diabetes <i>mellitus</i>	

ENVOLVER-SE

A segunda fase na construção de um processo de parceria com a pessoa idosa com dor crônica é o envolver-se, caracterizada “...*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, 2013, p. 100).

A enfermeira procura mostrar disponibilidade para ouvir, partilhar sentimentos e procurar encontrar a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa idosa (Gomes, 2013). Demonstra respeito pela identidade e pelo espaço de intimidade da pessoa idosa. Procura conhecer as necessidades e potencialidades da pessoa idosa, e propor soluções adequadas para desenvolver a sua autonomia e a independência.

Conhecer a singularidade do processo de envelhecimento na pessoa

Na construção da parceria com a Sra. B. tivemos necessidade de um envolvimento maior para perscrutar as suas necessidades e potencialidades, respeitando a sua intimidade. Assim, o recurso à avaliação multidimensional contribuiu para a objetividade, deteção e quantificação da deterioração e incapacidade não reconhecida da Sra. B., e serviu de orientação na tomada de decisão sobre os cuidados (Blanco, 2007). Procurámos respeitar os princípios da avaliação clínica da pessoa idosa, apontados por Blanco (2007): utilizando um tom de voz adequado, colocando-nos à sua altura, olhando a senhora para facilitar a compreensão formulando perguntas curtas e concretas, sempre que possível na presença do cuidador familiar, para clarificação/verificação do que a senhora respondia.

Procurámos estruturar os tempos da relação, planeando e priorizando o tipo de informação que interessava conhecer da Sra. B., para poder tomar decisões clínicas que fossem de encontro às necessidades de cuidados (Gomes, 2013). No entanto, também verificámos que ao longo das visitas domiciliárias tivemos que reformular algumas vezes o planeamento que tínhamos realizado, para nos ajustarmos em função da prioridade, preocupação e necessidade da Sra. (Gomes, 2013). Nas últimas visitas, a Sra. B. mostrava-se com dor intensa, ansiosa, preocupada, menos disponível, pois tinha sofrido quedas em dias anteriores, ou até no próprio dia, pelo que não foi possível a utilização de dois instrumentos de avaliação inicialmente previstos, e considerados pertinentes, para a avaliação da função cognitiva, através do *Mini Mental State Examination*, e do impacto da dor nas atividades de vida, com o *Inquérito Abreviado da Dor*.

Procedemos à avaliação do estado mental da Sra. B através da observação direta, da entrevista à senhora, e ao marido. Como não foi possível a avaliação estruturada da função cognitiva, recorreremos à avaliação de forma não estruturada.

A Sra. B. está consciente, orientada espaço-temporal. Apresenta um comportamento e atitude adequados, utiliza uma linguagem apropriada e um discurso fluente e perceptível. Aparentemente compreende as informações fornecidas, mas por vezes tem algumas faltas de memória, mas com ajuda consegue evocar (por exemplo, nome dos medicamentos). Refere que gosta de se apresentar bem, o que se verifica, mesmo quando está de camisa de dormir e robe. O seu cabelo é grisalho, curto e bem cuidado

Em relação ao estado afetivo, ao longo das interações com a Sra. B., notávamos, por vezes, no discurso alguma tristeza pela dependência atual, e dificuldade em perspetivar a evolução no seu desempenho funcional. Considerou-se pertinente mobilizar a Escala de Depressão Geriátrica de *Yesavage* versão abreviada, obtendo uma pontuação final de 6 num total de 15, indicador de depressão ligeira, mas encontrando-se no limite inferior da categoria.

Em relação ao estado funcional, atualmente a Sra. B. requer ajuda mínima de uma pessoa para não cair em superfície plana. A ajuda consiste na utilização de andarilho, e esporadicamente canadianas, e em toques suaves intermitentes, para ajudar no equilíbrio. Deste modo, classifica-se na escala da marcha de *Holden* na categoria 2 – marcha dependente Nível 1.

Para a avaliação funcional nas atividades de vida diárias, recorremos ao Índice de *Barthel*, onde a Sra. B. obteve uma pontuação de 11 pontos num total de 20, o que revela segundo esse índice, dependência grave. Esta nota-se de forma mais acentuada a nível da higiene pessoal e do tomar banho (tem apoio de uma pessoa no banho, como já referi), e de ajuda para vestir-se. Alimenta-se sozinha, desde que lhe coloquem a comida já confeccionada. O marido compra as refeições num restaurante perto. Precisa de ajuda de canadianas e da supervisão de uma pessoa, para subir e descer escadas. Por vezes, tem dificuldade em controlar as fezes e perde urina acidentalmente. Atualmente, a dificuldade na marcha dificulta o acesso atempado aos sanitários, pelo que usa cueca fralda, para um maior conforto.

Para avaliar a capacidade funcional relativa às atividades instrumentais de vida diária foi utilizado o *Índice de Lawton e Brody*. A Sra. B. apresenta uma pontuação final de 3 pontos em 8 possíveis, significando uma dependência grave nestas atividades. As alterações verificam-se ao nível da dependência para: fazer compras, preparar refeições, tarefas domésticas, lavar a roupa e utilização dos meios de

transporte. As compras são asseguradas pelo marido, bem como o providenciar as refeições do restaurante. As tarefas domésticas ligeiras diárias são garantidas pelo marido, enquanto as tarefas mais pesadas, são asseguradas pela funcionária da associação.

Dada a presença de dependências a nível do estado funcional, verifica-se a pertinência da avaliação do risco queda, através da escala de *Morse*, com uma pontuação final de 75 pontos (num total de 125 pontos), o que indica um elevado risco de queda, (aumento da pontuação em relação à avaliação de 15 setembro 2015, com 65 pontos), que se deve a uma história de queda nos últimos 3 meses, a presença de diagnóstico secundário, necessitar de ajuda de andarilho/canadiana na mobilização por apresentar marcha cambaleante. Também, se mostrou conveniente a avaliação do risco de úlceras de pressão através da escala de *Braden*, A pontuação final obtida de 20 pontos (num total de 23 pontos), indicando que a Sra. B. na altura da avaliação, apresenta baixo risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Obteve pontuação um pouco mais baixa, nas dimensões atividade, mobilidade e fricção e forças de deslizamento. Verificou-se, em 2 novembro 2015, um aumento da pontuação em relação aos 16 pontos, que apresentava em 15 setembro 2015, podendo ser alterado o nível de risco.

Em termos da nossa aprendizagem, pensamos que é interessante a esquematização do diagnóstico funcional da Sra. B., baseado no que é preconizado por Moraes (2008), e que se apresenta de seguida.

Tabela 4 - Diagnóstico funcional global da Sra B.

Funções		Comprometimento funcional			
		Não	Sim		
Comunicação	Visão	X			
	Audição	X			
	Fala/voz	X			
Cognição/ Humor	Cognição	X (sem avaliação MM)			
	Humor		Depressão ligeira		
Mobilidade	Postura/marcha		Desequilíbrio postural em pé Marcha dependente Nível 1.		
Atividades vida diária	Atividades vida diária		Dependência grave (higiene pessoal/tomar banho/ajuda para vestir-se/ajuda de canadianas e da supervisão de uma pessoa, para subir e descer escadas/dificuldade em controlar as fezes e perde urina acidentalmente)		
	Atividades instrumentais da vida diária		Dependência grave (fazer compras, preparar refeições, tarefas domésticas, lavar a roupa e utilização dos meios de transporte)		
Outras funções	Saúde bucal	X			
	Estado nutricional		Obesidade/ Risco de desnutrição		
	Continência esfincteriana		Dificuldade acesso aos sanitários, pela dependência marcha		
	Risco queda		Elevado risco de queda		
	Risco de úlcera pressão		Baixo risco de desenvolvimento de úlcera pressão		
	Sono		Depende de fármaco		
Interação social	Lazer				
	Suporte familiar	x (marido)			
	Suporte social	x (associação)			
	Segurança ambiental	X			

Fonte: Adaptado de Moraes (2008)

A Sra. B. apresenta à observação pele mucosas coradas e hidratadas. Tem pele com fragilidade capilar nos membros inferiores, com pequenas equimoses e cicatrizes de escoriações antigas.

Em relação a antropometria, refere ter cerca de 1,56 m, (reduziu a sua estatura em alguns centímetros nos últimos anos: refere que não consegue chegar aos armários, como no passado) e diz ter cerca de 85 Kg (afirma ter aumentado de peso nos últimos anos), o que corresponde às alterações próprias do processo de envelhecimento (Moraes, 2008). Apresenta aumento da gordura corporal, com modificação da distribuição e localização gordura (abdómen, nádegas e coxas).

Apresenta valor de Índice de Massa Corporal (IMC) = 34,92. Estas alterações são apontadas como risco acrescido para situações de doença, que a Sra. B já apresenta como antecedentes pessoais clínicos (HTA, Insuficiência venosa membros inferiores, diabetes, redução da mobilidade). Em relação ao estado nutricional, realizou-se a triagem através do *Mini Nutricional Assessment*, em que obteve uma pontuação de 11, e que coloca a doente sob risco de desnutrição, pelas alterações na mobilidade, e por ter tido 1 situação de doença aguda nos últimos 3 meses. No entanto, o marido providencia a adequada alimentação e hidratação. Não refere dificuldade na mastigação.

Utiliza óculos apenas para ler. Não apresenta dificuldades na audição. Apresenta alterações no tato pelas alterações sensoriais nos dedos das mãos, como já foi referido anteriormente.

De acordo, com a classificação clinico-funcional do idoso de Moraes & Moraes (2014) a Sra. B situa-se na categoria de Idoso Frágil, que é a pessoa idosa com declínio funcional estabelecido e incapaz de gerir a sua vida, devido à presença de incapacidades múltiplas: incapacidade cognitiva (depressão ligeira); instabilidade postural (história de duas ou mais quedas nos últimos seis meses e/ou dificuldades da marcha caracterizada por desequilíbrio e alterações no padrão da marcha, capazes de restringir a participação social do indivíduo); imobilidade parcial. Considero ainda, de acordo com a mesma classificação que a Sra. B. se encontra na subcategoria de idoso frágil de alta complexidade: apresenta dependência funcional nas AVD associada a condições de saúde de difícil gestão clínica, nomeadamente na área reabilitacional.

Conhecimento dos recursos da pessoa idosa

A Sra B. referiu, algumas vezes durante as visitas domiciliárias, que o marido tem sido o seu suporte emocional, afetivo e o seu principal recurso para ultrapassar as situações mais difíceis da sua vida. Refere que vivem um para o outro, expressando que “se algo me acontecesse (morrer), o meu marido ia a seguir”.

O marido é o cuidador principal, assegurando o apoio à Sra. B. durante as 24 horas. Necessitou de se readaptar e assumir novos papéis na dinâmica familiar. Segundo a Sra. B., a gestão da casa e das tarefas domésticas era realizada sobretudo

por si, sendo diminuta a participação do Sr. M. No entanto, na visita de 9 novembro, o senhor expressou algumas das suas dificuldades, com o prolongamento do tempo de convalescença, e a acumulação do cansaço, pela falta de repouso devidos às solicitações frequentes de apoio, por parte a Sra. B. Referiu que “não sabe quanto mais tempo aguentará, se isto continuar assim”. Não foi possível no tempo de estágio, mas teria sido pertinente, avaliar a percepção da sobrecarga do marido, através da escala de sobrecarga do cuidador de *Zarit*.

Em relação às expectativas, ao longo das visitas domiciliárias que se foram realizando, notou-se uma dificuldade em perspetivar a melhoria do seu estado de saúde, e recuperar o desempenho funcional anterior ao internamento.

Identificou-se a falta de conhecimentos da Sra. B. e do Sr. M. sobre as ajudas técnicas (andarilho, canadianas) na marcha, subir e descer escadas, sobre alguns processos do envelhecimento (diminuição da estatura, aumento gordura corporal), técnica da transferência, prevenção quedas. Também se constatou alguma falta de motivação para os exercícios para estimulação do desempenho funcional, talvez justificados também pela depressão ligeira, que foi detetada.

CAPACITAR OU POSSIBILITAR

A terceira fase do modelo de parceria é o capacitar ou possibilitar, que “...*é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir...*” (Gomes, 2013, p. 101).

Nas visitas domiciliárias procurou-se a construção de processo de parceria à Sra. B. através da negociação, fundamentada na informação, na reflexão conjunta, da partilha da responsabilidade e poder, no sentido de transformar as suas capacidades potenciais em reais, a fim de poder assumir o cuidado de si (Gomes, 2013).

A intervenção incidiu especialmente na explicitação da importância, motivação e no incentivo à marcha para promoção da sua independência para prosseguir com o seu projeto de saúde e vida. Na primeira visita realizada foi incentivada à deambulação com o andarilho, reforçado instrução e treino na marcha e transferências com o andarilho, bem como o treino e do subir e descer escadas com canadianas. Negociada com a Sra. B. que na visita seguinte far-se-ia treino na ida à rua, que se concretizou. Sempre que a senhora atingia os objetivos propostos, tal como nesta situação, foi

elogiada a sua concretização, tal como preconiza Gomes (2013, 102), quando diz “quando o doente e família conseguem atingir o cuidado de si, o enfermeiro dá reforço positivo”.

Procurou-se promover a reflexão da Sra. B. sobre as suas dificuldades e ganhos durante as intervenções, para melhor compreender e acompanhar a singularidade do seu percurso de assumir o controlo do cuidado de si. Por seu lado, foi interessante a senhora solicitar a nossa partilha sobre os resultados atingidos, tal como expressou nesta frase: “eu não sei o que as senhoras enfermeiras acharam do meu passeio.”

Gomes (2013) refere que neste percurso de capacitação, a enfermeira também aprende com a pessoa idosa a tomar consciência de si e da sua vulnerabilidade. Neste sentido, estas visitas constituíram oportunidades de aprendizagem para nós, especialmente na observação da interação da enfermeira com a Sra. B. Nomeadamente, da importância do respeito pelo ritmo da pessoa idosa, no processo de construção de negociação para a ação conjunta, considerando a vontade da senhora, não impondo as intervenções previamente planeadas, tendo em conta a imprevisibilidade, por exemplo, quando nas visitas seguintes a Sra. B. estava relutante para os exercícios, após as quedas, “sentia-se em baixo”.

Também, (re) aprendemos a necessidade do planeamento detalhado da intervenção com a pessoa idosa, que a enfermeira partilhou comigo, quando da preparação para a saída até à rua. Designadamente, o combinar com a senhora o dia e a hora, relembrar e recuperar as rotinas de saída à rua anteriores ao internamento, vestir-se com roupa de sair à rua, providenciar e ajustar as canadianas, antecipar o ter as chaves das portas de casa e do prédio, levar um banco para repouso, se necessário e o estudo prévio das barreiras arquitetónicas e estratégias para as ultrapassar. Aprendi também, através de uma intervenção da enfermeira, a preocupação de promover a autonomia e a independência, no contexto de rotinas da pessoa idosa, enquadrando-as em objetivos possíveis. No dia da saída à rua, pensávamos e a senhora também, que teria que descer as escadas (porque na visita anterior, tinha realizado o respetivo treino). Contudo a enfermeira perguntou se habitualmente, a senhora descia pelas escadas ou utilizava o elevador, então de acordo com a resposta da senhora, a enfermeira optou pelo elevador, dizendo que o objetivo era recriar uma saída habitual. Esta estratégia foi também muito importante,

porque permitiu que a senhora efetivamente chegasse à rua, o que de outra forma não seria possível.

Aprendemos também juntamente com a Sra. B. a técnica da marcha com o andarilho, com as canadianas o subir e descer escadas, em segurança. Foram-nos explicados os erros mais comuns, que podem contribuir para as quedas das pessoas idosas. Este foi um contributo importante para outra área a desenvolver e estarmos atentas, porque na nossa prática existem pessoas idosas que não estão adaptadas às suas ajudas técnicas na marcha, o que tem efeitos adversos, com agravamento da dor, pelos desequilíbrios posturais ou forças indevidas pelo uso inadequado.

COMPROMETER-SE

Na construção do processo de parceria com a pessoa idosa, de acordo com o modelo de parceria, existe uma quarta fase que se designa por comprometer-se, e que se define pelo “...*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, 2013, p. 103).

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

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

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
<p>Mobilidade física prejudicada relacionada com a presença de marcha lenta com andarilho e dor osteoarticular, cansaço a pequenos esforços, manifestado por <u>dependência grave</u>, tanto nas atividades de vida diárias (Índice de <i>Barthel</i>) e atividades instrumentais de vida diárias (Índice de <i>Lawton e Brody</i>), com maior evidência na higiene pessoal, ida à casa de banho, tomar banho, subir e descer escadas/fazer compras/utilização, transportes e tarefas domésticas</p>	<p>Deve ser capaz de subir e descer escadas, com ajuda técnica e supervisão</p> <p>Deve ser capaz de realizar a sua higiene com ajuda, das auxiliares da associação</p> <p>Deve vestir-se/despir-se com supervisão</p> <p>Que a Sra. B. apresente dor controlada</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivo à realização de exercícios de mobilização ativa (braços, pés e pernas), enquanto está sentada e em repouso no leito, e da marcha. - Sessão de treino com enfermeira da atividade de descer e subir escadas - Incentivo da importância da realização das atividades para a promoção da sua independência - Supervisão no subir e descer escadas - Incentivo da importância da realização das atividades para a promoção da sua independência - Orientação para o planeamento prévio das intervenções. - Reforço da importância das condições de segurança durante as atividades. - Facilitação da acessibilidade aos utensílios, roupas, artigos de toilette. - Reforço positivo nos progressos da Sra. B. - Reforço da gestão da terapêutica analgésica - Avaliação da dor nas visitas domiciliárias - Encaminhamento/informação médico para um adequado controlo da dor 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar movimentos ativos quando está em repouso e realizar períodos marcha ao longo do dia (para ir à casa de banho, quarto, cozinha, 2 a 3 x dia) - Deambular com o andarilho em casa - Diariamente, quando se sentir segura (sem desequilíbrios) utilizar as canadianas na marcha (inicialmente 1 ou 2x dia, e ir progressivamente substituindo o andarilho) - Validar com a Sra. B. e com o marido, em todas as visitas de enfermagem, se foram cumpridas as atividades propostas, perceber a razão do não cumprimento, reformular objetivos e atividades - Realizar atividades em segurança, aguardar pelo apoio e/ou supervisão - Com o marido: de orientar, supervisionar e motivar a realização das atividades da Sra. B.

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Risco de queda relacionado com desequilíbrios, dor membros inferiores, e marcha dependente nível 1 com apoio de andarilho (escala de <i>Holden</i>), manifestada por <u>elevado risco de queda</u> (escala de <i>Morse</i>).	- Que a Sra. B. não apresente quedas.	<p>- Vigilância de função respiratória sinais e de alterações cardiovasculares</p> <p>- Reforço a importância da marcha por períodos ao longo da casa</p> <p>- Reforço do uso de calçado adequado para que se desloque confortavelmente e em segurança</p> <p>- Reforço da utilização correta do andarilho na marcha e transferências</p> <p>- Avaliação periódica da marcha e o risco de queda</p> <p>- Reforço positivo para a manutenção dos percursos dentro de casa desimpedidos de objetos para que possa mobilizar-se em segurança.</p> <p>- Incentivo e elogio ao cuidador familiar (marido) na supervisão e na motivação da mobilização segura da Sra. B.</p>	<p>- A Sra. B. comprometeu-se a realizar períodos de marcha, respeitando os princípios de segurança.</p> <p>- O marido em continuar a supervisionar a marcha e transferências, em especial nos momentos com maior risco de queda.</p>
Risco de sobrecarga do cuidador familiar (marido), relacionado com falta de apoio familiar, rede insuficiente, manifestado por verbalização de expressão de cansaço pelo marido	<p>- Diminuir a sobrecarga sobre o cuidador familiar</p> <p>- Identificar os recursos internos (familiares) e externos (comunidade) disponíveis</p> <p>- Prevenir o isolamento social</p>	<p>- Facilitação da expressão do Sr. M. sobre as suas dificuldades, sentimentos e emoções do seu papel de prestador de cuidados à esposa.</p> <p>- Informação sobre os recursos disponíveis na comunidade</p> <p>- Avaliação da percepção da sobrecarga do cuidador com a escala de <i>Zarit</i></p> <p>- Disponibilização para contatar e falar com a equipa da ECCI</p>	<p>- Expressão de sentimentos sempre que o desejar</p> <p>- Disponibilização para ajudar a procurar recursos, quando achar necessário</p> <p>- Continuar a cuidar de si mesmo, períodos de repouso durante o dia, ir ao médico</p>

Problemas Identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Alteração do humor, relacionado com depressão ligeira (Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage)	-	<ul style="list-style-type: none"> - Facilitar a expressão de emoções e dificuldades - Elogio dos esforços na mobilização - Promoção da esperança na recuperação da sua independência - Incentivo á retoma de atividades de lazer (fazer <i>crochet</i>) - Ensino sobre a gestão terapêutica (toma do antidepressivo, analgésico). 	<ul style="list-style-type: none"> -Disponibilidade da enfermeira para a escuta ativa - Retomar atividades de distração, como o fazer <i>crochet</i> - Ajudar o marido nas tarefas domésticas, por exemplo, dobrar a roupa
Gestão da terapêutica inadequada, relacionada com dependência grave, polimedicação, depressão ligeira, cuidador em risco de sobrecarga, manifestada por incidentes no cumprimento do regime terapêutico (ausência de tomas, duplicação de tomas)	<ul style="list-style-type: none"> - Que a Sra. B. tome a terapêutica de forma adequada - Que o marido detenha conhecimentos para assegurar o regime terapêutico da Sra. B. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilância e despiste de sinais e sintomas de possíveis interações medicamentosas - Vigilância de alterações provocadas uma inadequada adesão terapêutica - Validação nas visitas domiciliárias do cumprimento da terapêutica com a Sra. B. e o marido - Identificação dos motivos para o não cumprimento - Ensino sobre regime terapêutico à Sra. B. e ao marido 	<ul style="list-style-type: none"> - Providenciar atempadamente os medicamentos (pedir as receitas, comprar os medicamentos) - Solicitar esclarecimentos à equipa ECCI, sempre que existirem dúvidas sobre a terapêutica - Nas visitas domiciliárias a enfermeira assegura a validação da gestão terapêutica

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

A quinta fase do modelo de parceria é o assumir o controlo que se designa o cuidado de si próprio ou assegurar o cuidado do outro, que “...*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, 2013, p. 103).

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

Verificámos que a Sra. B. conseguiu atingir alguns dos objetivos para assumir o controlo do cuidado de si, nomeadamente quando conseguiu subir e descer escadas, ou ir à rua.

Apercebemo-nos da complexidade inerente à construção do processo de parceria, em lidar com a pessoa idosa num contexto de vulnerabilidade e dependência (Gomes, 2013). Por outro lado, verificamos a necessidade de ter tempo e espaço para construir uma relação de qualidade, a fim de ajudar a pessoa idosa no seu projeto de saúde e vida.

Reforçámos também, que os compromissos que estabelecemos com a pessoa idosa estão permanentemente sujeitos à incerteza e imprevisibilidade, dos acontecimentos quotidianos, o que requer uma flexibilização dos cuidados e uma (re) adaptação às prioridades da pessoa idosa. Por exemplo, a alteração do plano de cuidados de reabilitação, aquando da ocorrência da fratura lombar a nível L1, e da indicação para repouso durante 3 semanas.

Este estudo de caso permitiu-nos também compreender a importância da funcionalidade no processo de saúde da pessoa idosa, e a fragilidade da pessoa idosa. Também, nos ajudou de uma forma mais efetiva a reconhecer a importância da prevenção de síndromes geriátricas, e a relevância da promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, e o envolvimento do cuidador familiar.

Reflexão final

A realização deste estudo de caso segundo o processo inerente ao modelo de parceria permitiu uma compreensão mais profunda da intervenção de enfermagem à pessoa idosa, nomeadamente com dor crónica. A elaboração do guião inerente à construção do processo de parceria obrigou-nos a uma reflexão conjunta e análise da prática de cuidados à pessoa idosa. Constituiu um desafio traduzir em indicadores no guião do modelo de parceria, os elementos já existentes na prática de enfermagem, mas sobretudo encontrar indicadores que nas diferentes fases possibilitem a construção do processo de parceria à pessoa idosa, em especial com dor crónica. Obrigou-nos a conhecer o modelo de parceria e as suas fases, e a olhar as possibilidades de construirmos uma prática de cuidados em parceria com a pessoa idosa.

Duas perguntas orientaram o nosso percurso: o que queremos fazer? Como vamos fazer? O modelo de parceria ajuda-nos a operacionalizar a intervenção de enfermagem, orientando-nos na construção da parceria com a pessoa idosa, salientando a sua singularidade, e dando possibilidade a um cuidado centrado na pessoa, a fim de a ajudar a assegurar o seu cuidado.

Destacamos, que o guião que construímos possibilitou uma estrutura que ajuda no conhecimento da pessoa idosa. Nomeadamente, nas primeiras fases (revelar-se e envolver-se), em que é fundamental para a enfermeira conhecer a identidade da pessoa idosa, do contexto de vida, familiar, doença, história de dor e singularidade do seu envelhecimento. Experimentámos que o conhecimento aprofundado da pessoa idosa permite uma compreensão das dificuldades experienciadas pela pessoa, mas também das suas potencialidades para continuar o seu projeto de vida e saúde, qualquer que seja a sua circunstância (Gomes, 2013).

A elaboração do estudo de caso de acordo com o modelo de parceria permitiu explicitar a intenção e tornar visível a intervenção da enfermeira, e antevemos que possa também ajudar a operacionalizar a especificidade da nossa intervenção especializada na pessoa idosa, em situações de vulnerabilidade e complexidade.

Referências bibliográficas

- Blanco, E. H. (2007). Avaliação geriátrica integral.. In Blanco, E. H. (cord.) *Síndromes geriátricas* (pp. 11-33). Revifarma-Edições Médicas, Lda
- Gomes, I. D. (2009). *Cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências de Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- Henriques, A. (2011). Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Henriques, A. (2013). A gestão da medicação nas pessoas idosa: a adesão como indicador de eficácia de intervenções de enfermagem. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 115-174). Loures: Lusociência.
- Moraes, E. N. (2008). Processo de envelhecimento e bases da avaliação multidimensional do idoso. In A. P. A. Borges & A. M. C. Coimbra (org.). *Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Educação à Distância.
- Moraes, E. N. & Moraes, F. L. (2014). Avaliação multidimensional do idoso. Belo Horizonte: Folium. Acedido em 4-10-2015. Disponível em: http://www.folium.com.br/amostras/Amostra_avaliacao_multidimensional_do_idoso_4ed.pdf
- Souza Pereira, A. P, Martins Teixeira, G.; Belcorso Bressan, C. & Gue Martini, J. (2009). O genograma e o ecomapa no cuidado de enfermagem em saúde da família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (3), 407-416. Acedido: 23-10-2015. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=267019599012>

APÊNDICE VIII – Formação realizada na UCC

A pessoa idosa com dor crónica

UM DESAFIO À COMPETÊNCIA MULTIDISCIPLINAR

Professora: Idalina Gomes
Orientadora de estágio: Maria José Leão
Estudante : Madalena Meia Martins



1

Domínios e competências de enfermagem na intervenção à pessoa idosa com dor



2

Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Ajuda à pessoa idosa com dor crónica



Competência de enfermagem

Tomar medidas para assegurar o conforto da pessoa idosa e a preservação da sua dignidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza (D. C)

Interpretar os diferentes tipos de dor e escolher as estratégias apropriadas para os controlar e gerir

3

Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarta Editora.

Dor: definições



❖ Dor

Experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano tecidual atual ou potencial, ou descrita em termos de tal dano¹

“Dor é tudo o que a pessoa diz que é, existindo sempre que o diz”²

1. IASP (2012). [Classification of Chronic Pain](http://www.iasp-pain.org/Taxonomy) (2ªed.). IASP Task Force on Taxonomy. Acedido a 20-05-2015. Disponível em: <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>

2. McCaffery and Pasero (1999). *Pain: Clinical Manual*.

Classificação da Dor: duração



Aguda

Dor de início recente e de provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal

Crónica

Dor contínua ou recorrente, que existe há 3 meses ou mais, ou quando persiste para além do curso normal de uma doença aguda ou da cura da lesão que lhe deu origem¹.

1. DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa nº 015/2010 de 14 de dezembro.

Dor crónica na pessoa idosa



▶ Dor crónica:

Interfere com a globalidade da saúde da pessoa idosa¹

- ▶ Presente 50% dos idosos comunidade e 80% idosos em lares² ;
- ▶ Apenas 20% toma terapêutica analgésica³;

Dor crónica na pessoa idosa em Portugal⁴:

- ▶ Prevalência: 20,4 %
- ▶ Relaciona-se sobretudo com a artrose e osteoporose
- ▶ Localização mais frequente : anca e membros inferiores
- ▶ Dor contínua
- ▶ Probabilidade aumenta 4x mais na faixa etária 70-74anos em comparação com 18-24 anos

1. DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa nº 015/2010 de 14 de dezembro.

2. IASP (2006). Older people's pain. Pain Clinical Updates, 15(3), 1-4.

3. Kopf, A. (2013). Dor na Velhice e Demência In Kopf, Andreas & Patel, Nilesh B. Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos. Seattle: Associação Internacional para o Estudo da Dor (IASP), p. 291 - 298.

4. Azevedo, L.F.; Costa-Pereira, A.; Mendonça, L.; Dias, G.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), 773-783.

5. Amstein, P. & Herr, K. (2010). Pain in older person In Fishman, S. M.; Ballantyne, J. C. & Rathmell, J.P. Bonica's Management of Pain (4th edition). (pp. 782-790). Lippincott Williams & Wilkins.

Dor na Pessoa Idosa com Demência



❖ Dor

a incapacidade para comunicar verbalmente a dor não nega a possibilidade de experimentar a dor¹

❖ Demência:

- ❖ Recebem apenas 1/3 de analgésicos opióides que os doentes sem demência²
- ❖ Apenas 33% recebe analgesia apropriada, comparando com 64% grupo de controlo²

¹ IASP (2012). *Classification of Chronic Pain* (2^{ed.}). IASP Task Force on Taxonomy. Acedido a 20-05-2015. Disponível em:

<http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>

² Morrison, R. S. & Siu, A.L. (2000). A Comparison of Pain and its Treatment in

Advanced Dementia and Cognitively Intact Patients with Hip Fracture. *Journal of Pain and Symptom Management*, 14 (4), 240-248.

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924\(00\)00113-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0885-3924(00)00113-5)

Administração e vigilância protocolos terapêuticos à pessoa idosa com dor crónica



Competência de enfermagem

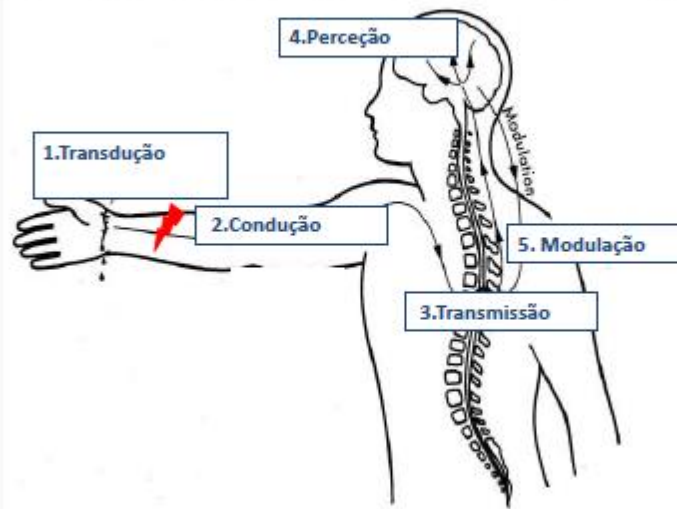


Administrar medicamentos de forma apropriada e sem perigo:
vigiar os efeitos secundários, as reacções, as respostas ao tratamento, a toxicidade e as incompatibilidades



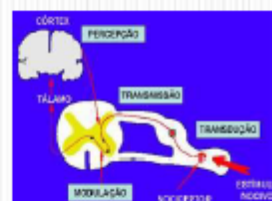
Combater o perigo da imobilidade:
prevenir a aparição de escaras e tratá-las; fazer andar e mobilizar os doentes para aumentar as sus possibilidades de reeducação; e prevenir as complicações (D.A.R.)

Mecanismos da dor



Dor na Pessoa Idosa com demência

- ❖ É subdiagnosticada e subtratada
 - ❖ A experiência de dor pode ser diferente na pessoa idosa com demência
 - ❖ Declínio na função das fibras nervosas na transmissão da dor
 - ❖ Degeneração das regiões cerebrais envolvidas no processamento da informação nociceptiva
 - ❖ A expressão da dor é diferente pelo declínio da memória e comunicação
 - ❖ Incapacidade para auto-avaliação da dor:
 - ❖ Localização/Descritores/Impacto da dor/Sintomas associados
 - ❖ Desconhecimento dos profissionais sobre a demência e a dor

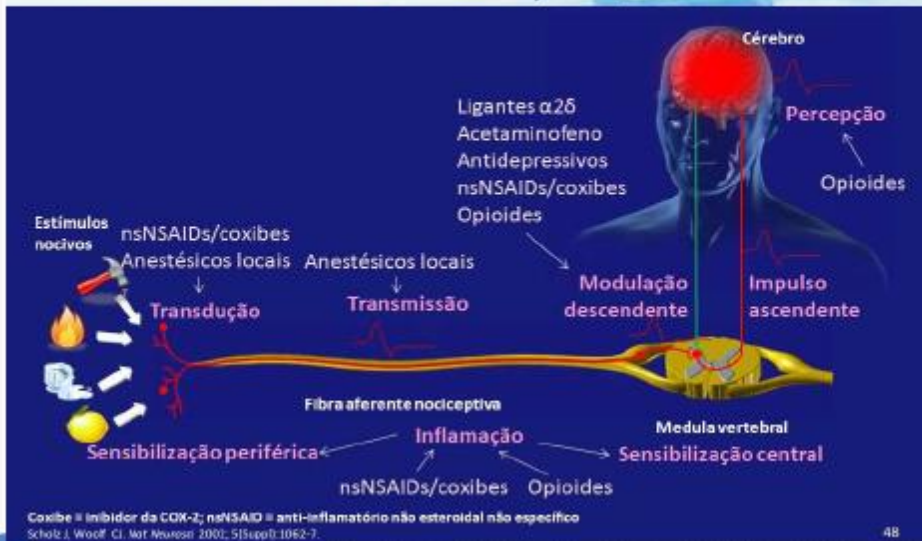


<http://www.doi.inf.br/inf/compreendendoDor.html>

Ahn, H. & Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC Geriatrics*, 13-14, 1-7. Acedido a 20-05-2015. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/14>

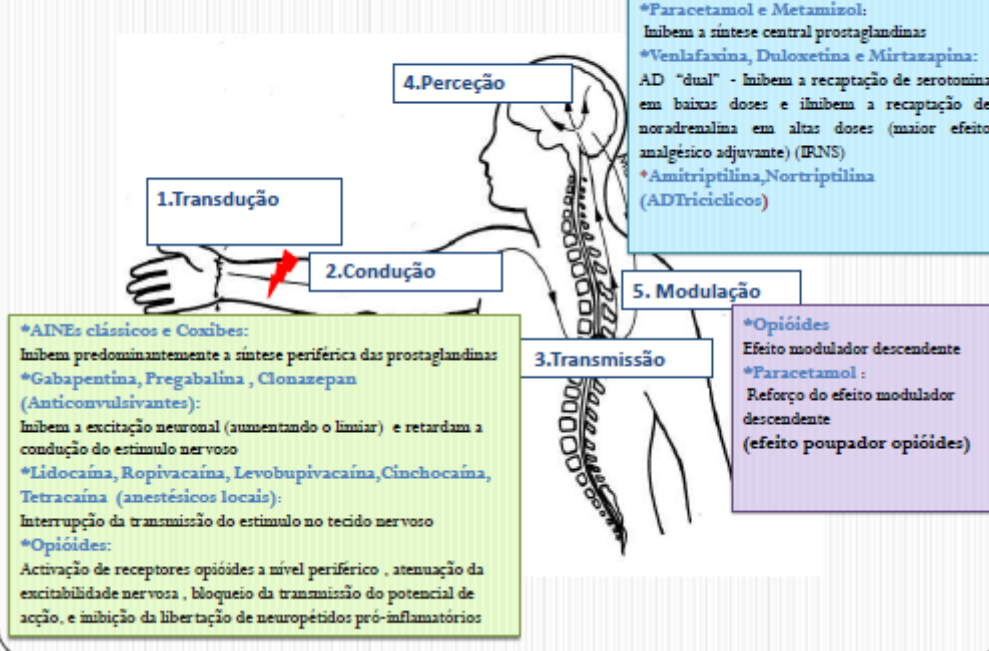
McAuffe, L.; Brown, D. & Fetherstonhaugh, D. (2012). Pain and dementia: an overview of the literature. *International Journal of Older People*, 7, 219-226. Acedido a 20-05-2015. Doi:10.1111/j.1748-3743.2012.00331.x

Tratamento Farmacológico Baseado no Mecanismo da Dor Nociceptiva/ Inflamatória



12

Os medicamentos na dor



Função de educação, de orientação à pessoa idosa com dor crónica



Competência de enfermagem

Tornar abordáveis e compreensíveis os aspetos culturalmente inacessíveis para o pessoa e família
(mitos e preconceitos)

Ajudar o doente a interiorizar as implicações da dor e da
recuperação no seu estilo de vida

Saber compreender como o pessoa interpreta a sua dor

Fornecer uma interpretação do estado da pessoa idosa e dar as razões dos tratamentos

Medicação base

Terapêutica resgate

14

Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Assegurar a qualidade dos cuidados à pessoa idosa com dor crónica



Competência de enfermagem

Avaliar o que pode ser omitido ou acrescentado às prescrições
médicas sem colocar em a vida do doente em perigo

Obter dos médicos respostas apropriadas em tempo útil(D.B.)

15

Benner, P. (2001). *De Iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Articulação com a UD

- Que situações?
- Como referenciar?

- Consultadoria telefónica 212726818 (de 2ª a 6ªfeira 9h-17h)
 - Médico
 - Enfermeira

- Guia terapêutico/folhetos informativos

16

Dor torna presente...

□ ...a fragilidade, a vulnerabilidade, a finitude humana¹.

...que não é um facto exclusivamente fisiológico, mas existencial, pois quem a sofre é a pessoa por inteiro².

1
7

(1) Cantista, P. (2001). A Dor e a Clínica. In DUPUIS, Michel et al. *Dor e Sofrimento: Uma perspectiva Interdisciplinar*. Campo das Letras: Porto.

(2) Le Breton (2007). *Compreender a dor*. Estrela Polar: Cruz Quebrada.

Obrigada.



APÊNDICE IX – Revisão sistemática da literatura

Revisão sistemática da literatura

Introdução

A dor crónica é um problema que interfere com a globalidade da vida da pessoa idosa. Requer das equipas de saúde cuidados multidisciplinares que ajudem a pessoa idosa a gerir a sua dor crónica, de forma a assegurar o seu adequado controlo. Espera-se que a enfermeira estabeleça uma parceria com a pessoa idosa com dor crónica, ao longo da sua intervenção, a fim de a capacitar a cuidar de si, nomeadamente, na gestão da sua dor, para poder prosseguir o seu projeto de saúde e vida (Gomes, 2013). Como enfermeiras numa unidade dor, torna-se pertinente alargar o nosso conhecimento sobre as intervenções de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica. Assim, no nosso projeto académico surgiu a necessidade de realizar uma revisão da literatura tendo por base o método de revisão sistemática da literatura, com o objetivo de conhecer a evidência científica sobre a temática em estudo. Recorremos para a formulação da questão norteadora, ao formato designado por PICO: Quais as intervenções de enfermagem à pessoa idosa, de forma a promover o cuidado de si, na gestão da dor crónica? (Tabela 1).

Tabela 5 - Critérios para a formulação da questão norteadora em formato PICO

				Palavras - chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	Pessoa idosa com dor crónica	-chronic pain -elderly -elder -older -old people
I	Intervenções	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem que promovam o cuidado de si	-nursing interventions -nursing care -nursing -nurse
C	Comparações	Podem existir ou não		
O	Outcomes/ Resultados	Resultados/efeitos ou consequências	Gestão da dor crónica	-management

Procedimentos da pesquisa

Para responder à questão de investigação realizámos uma pesquisa de artigos através do motor de busca *EBSCOhost web* nas seguintes bases de dados: *MEDLINE with full text*, *CINAHL Plus with full text*, *Cochrane Database of Systematic Reviews e Cochrane Methodology Register*

A pesquisa foi efetuada a 23/12/2015, em que optámos pela seleção dos artigos publicados entre janeiro de 2010 e dezembro de 2015. Utilizámos as seguintes palavras chave: chronic pain, management, elderly, elder, older, old people, nursing interventions, nursing care, nursing, nurse. Os descritores utilizados foram os seguintes: chronic pain AND management AND elderly OR elder OR older OR old people AND nursing interventions OR nursing care OR nursing OR nurse. Deste processo resultaram 22 artigos.

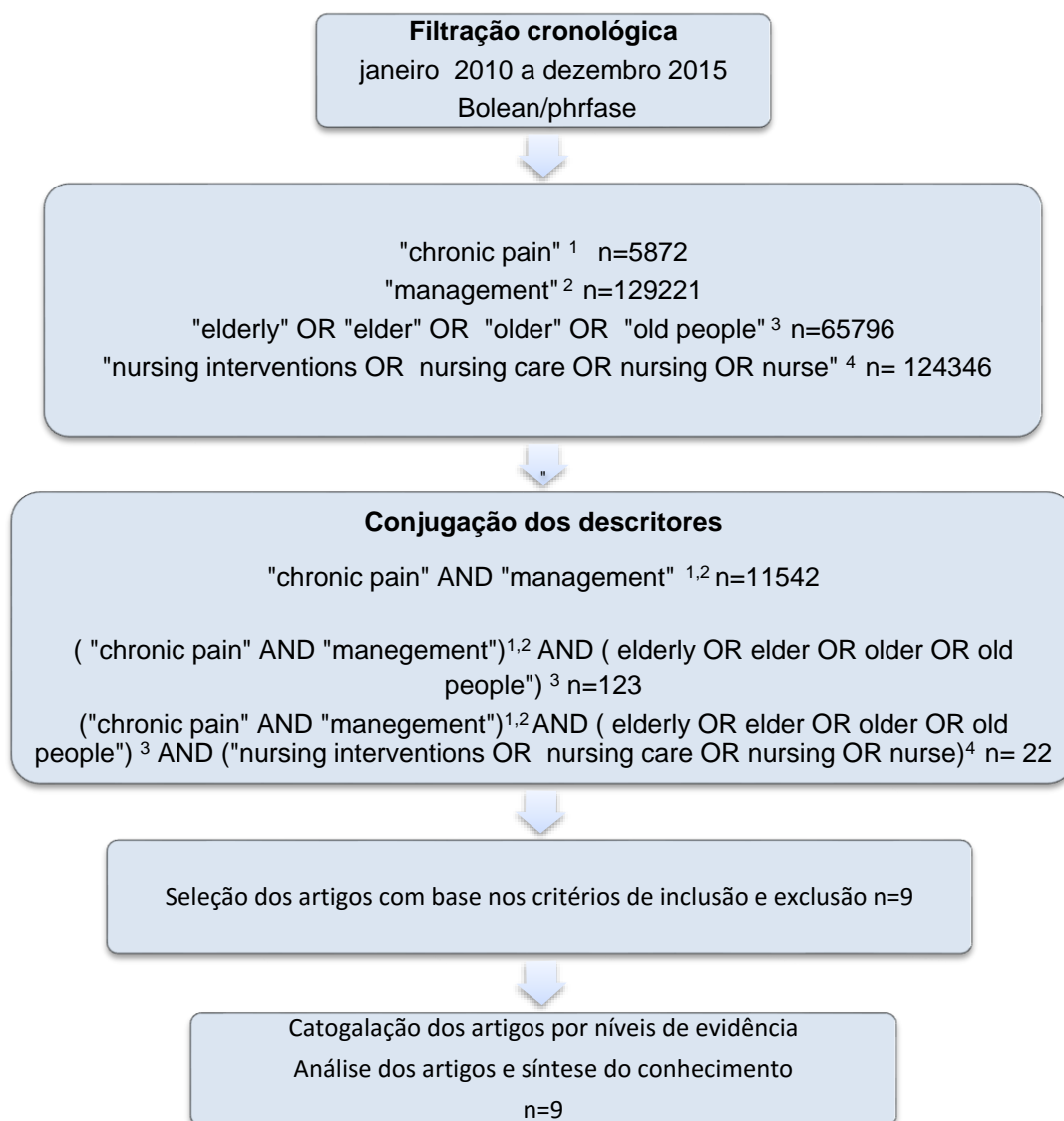
Os critérios definidos para a seleção dos artigos nesta pesquisa, bem como os critérios de inclusão e exclusão dos artigos para a revisão sistemática da literatura, apresentam-se na tabela que se segue.

Tabela 6 - Critérios de seleção artigos para a revisão sistemática da literatura

Critérios de seleção	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes	Pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos com dor crónica	Pessoas com idade inferior a 65 anos
Intervenções	Artigos com enfoque nas intervenções de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica	Artigos: *sem enfoque na problemática em estudo; *repetidos; *não disponíveis em texto integral (<i>full text</i>)
Desenho de estudo	Artigos com estudos de abordagem qualitativa, quantitativa ou revisão sistemática da literatura	Artigos com: *metodologia pouco clara; *sem metodologia qualitativa, quantitativa ou que não sejam revisão sistemática da literatura
Data da publicação	Artigos publicados entre janeiro 2010 e dezembro 2015	Artigos publicados antes de janeiro 2010

Apresentamos na figura 1, na página seguinte, a esquematização do percurso metodológico e respetiva seleção de artigos, para uma melhor compreensão do processo de pesquisa.

Figura 1 - Percurso metodológico e seleção dos artigos



A análise dos artigos selecionados teve por base um instrumento de colheita de dados, que designámos por grelha de análise de artigos, com os seguintes critérios: autor, título do estudo, ano, publicação, nível de evidência, objetivo do estudo, número de participantes, tipo de estudo e método de colheita de dados, intervenções e resultados.

A análise da evidência dos artigos selecionados foi realizada de acordo com Cruz & Pimenta (2005, p. 416) baseado em Hicks, que estabelece os seguintes níveis de evidência apresentados na tabela 3:

Tabela 7- Classificação da força das evidências

Tipo	Força da evidência
I	Evidência forte a partir de pelo menos uma revisão sistemática de ensaios clínicos, randomizados, bem delineados
II	Evidência forte de pelo menos um ensaio clínico controlado, randomizado, bem delineado
III	Evidência a partir de um ensaio clínico bem delineado, sem randomização, de estudos de apenas um grupo do tipo antes e depois, de corte, de séries temporais, ou de estudos caso-controle
IV	Evidência a partir de estudos não experimentais por mais de um centro ou grupo de pesquisa
V	Opiniões de autoridades respeitadas, baseadas em evidência clínica, estudos descritivos ou relatórios de comités de especialistas

Apresentação e análise dos resultados

Como forma de clarificar a metodologia e os artigos que constituem o corpus de análise à realização da presente revisão sistemática da literatura, elaborou-se uma tabela onde se apresentam os conteúdos, o nível de evidência e os principais resultados que sobressaem de cada estudo.

Artigo 1

<p>Autor</p> <p>Título do estudo</p> <p>Ano Publicação Nível de Evidência</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ersek, M., Polissar, N., Du Pen, A., Jablonski, A., Herr, K. & Neradilek, M. B. • Addressing methodological challenges in implementing the nursing home pain management algorithm randomized controlled trial • 2012 • <i>Clinical Trials</i> • II
<p>Objetivo do Estudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Comparar a eficácia de um conjunto de algoritmos na gestão de dor e um programa abrangente sobre avaliação e gestão da dor versus a eficácia de sessões educativas, na melhoria das práticas na avaliação e gestão de dor baseadas em evidência, na diminuição de sintomas de dor e depressão, e na mobilidade em residentes de casas de repouso
<p>Nº de Participantes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 485 participantes idosos (65 anos ou mais)
<p>Intervenções</p>	<p>Grupo de intervenção (13 casas de repouso):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de livro com algoritmos para gestão de dor e material suplementar sobre dor aos enfermeiros • Sessões de educação sobre a utilização do algoritmo e recursos materiais- 1 aula por semana durante 4 semanas • Formação de equipas multidisciplinares com especialistas em dor nas casas de repouso facilitando a realização de reuniões semanais • Envolvimento dos prestadores de cuidados primários através de informação formal escrita, apoio telefónico dos investigadores e teleconferências • Manter a adesão às práticas de algoritmo e gestão de dor. 8 semanas após a intervenção foi reforçada quinzenalmente informação sobre dor através de material alusivo à temática que continuou durante mais 8 semanas <p>Grupo de controlo (14 casas de repouso):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Receberam aulas semanais de 1 hora sobre os princípios básicos de avaliação e gestão de dor em pessoas idosas e frágeis
<p>Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo controlado randomizado • Auto-relato sobre dor, a interferência nas atividades, depressão e mobilidade
<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Foram encontrados desafios metodológicos relativamente à conceção e implementação do estudo, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none"> • medição dos resultados em pessoas idosas com alterações cognitivas; • dificuldade em identificar resultados válidos, confiáveis e sensíveis que fossem aplicáveis a todas as pessoas idosas independentemente da sua capacidade de auto-relato; • incapacidade de incorporar os avanços da ciência no estudo, uma vez que alguns artigos não foram publicados atempadamente para aplicação no estudo

Artigo 2

Autor Título do estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Tang, S.K. & Tse, M.Y.M. • Aromatherapy: Does It Help to Relieve Pain, Depression, Anxiety, and Stress in Community-Dwelling Older Persons?
Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • 2014 • <i>BioMed Research International</i> • III
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar a eficácia de um programa de aromaterapia para idosos com dor crônica, assim como da depressão, ansiedade e <i>stress</i>
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 82 participantes idosos (65 anos ou mais)
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de intervenção (44 participantes) <ul style="list-style-type: none"> • Programa de quatro semanas de aromaterapia • Grupo de Controlo (38 participantes) <ul style="list-style-type: none"> • Não receberam quaisquer intervenções
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo quasi-experimental no pré e pós teste no grupo de controlo (estudo controlado não randomizado)
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Ligeira redução na intensidade da dor e uma redução significativa nos níveis de depressão, ansiedade e <i>stress</i> no grupo de intervenção. • O programa de aromaterapia pode ser uma ferramenta eficaz para reduzir a dor, depressão, ansiedade e <i>stress</i> entre os adultos mais velhos em casas de repouso

Artigo 3

Autor Título do estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Royall, D. R., Salazar, R. & Palmer, R.F. • Latent variables may be useful in pain's assessment
Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • 2014 • <i>Health and Quality of Life Outcomes</i> • III
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar a utilidade potencial de variáveis latentes na avaliação da dor
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • O momento 0 (zero) foi originalmente estabelecido em 1993-94, n=3,050 participantes com + 65 anos de idade • No 7º momento em 2010, n=1078 participantes + de 65 anos de idade
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Foram criadas duas variáveis latentes: sintomas de depressão e dor "somática"
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo longitudinal, coorte • Autorrelato da dor, pontuação de acordo com <i>Center for Epidemiological Studies Depression Scale</i> (CES- D), avaliação do desempenho cognitivo, e avaliação das atividades básicas e instrumentais de vida diária
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • A abordagem das variáveis latentes na avaliação da dor oferece uma alternativa para a avaliação da dor por autorrelato, comprovadamente tendenciosa

Artigo 4

Autor Título do estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Tse, M.M.Y., Vong, S.K.S.& Tang S.K. • Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study
Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • 2013 • <i>Journal of Clinical Nursing</i> • II
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar a eficácia na dor de uma entrevista motivacional integrada com programa de exercício físico, condição física e psicológica, qualidade de vida, auto-eficácia, e conformidade com exercícios para idosos residentes na comunidade com dor crônica
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 56 participantes (+ de 65 anos) com dor crônica de dois centros de convívio de idosos
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Os participantes do grupo experimental receberam 8 semanas de entrevistas motivacionais e um programa de exercício físico, enquanto o grupo controle recebeu atividades regulares no centro • A entrevista motivacional utiliza perguntas abertas para encorajar os participantes a expressar e reconhecer a sua dor e comportamentos
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo controlado, duplo cego, randomizado
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Verificaram-se melhorias significativas na intensidade da dor, auto-eficácia da dor, ansiedade, felicidade e mobilidade após a entrevista motivacional e programa de exercício físico no grupo experimental • Não houve nenhuma melhoria significativa no grupo controle, exceto na escala de felicidade • Em relação a diferenças entre os grupos nas medidas de resultados, os scores relacionados com a intensidade da dor, estado de ansiedade e depressão foram significativamente melhores no grupo experimental • A entrevista motivacional e programa de exercício físico é eficaz no alívio da dor, mobilidade física, bem-estar psicológico e auto-eficácia da dor, nos idosos residentes na comunidade com dor crônica

Artigo 5

Autor Título do estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Tse, M., Wan, V.T.C. & Wong, A. M.H. • Pain and pain-related situations surrounding community-dwelling older persons
Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • 2013 • <i>Journal of Clinical Nursing</i> • III
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar a prevalência de dor em idosos residentes na comunidade e para explorar as relações entre dor e parâmetros físicos e psicológicos
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 173 Participantes com mais de 60 anos de idade
Intervenções	<p>Entrevista incluiu informações sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o impacto da dor na vida do participante • o estado físico, utilizando a <i>Elderly Mobility Scale</i> e foi solicitado aos participantes para executar diferentes tarefas, para testar sua velocidade de marcha, alcance funcional e mudança de posição • os parâmetros psicológicos, incluindo a qualidade de vida, ansiedade, felicidade e depressão • se registou de dor nos últimos três meses, recolhida a história de dor incluindo localização da dor, intensidade e uso de métodos de alívio da dor • crenças sobre dor, auto-eficácia dor e habilidade em lidar com a dor
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo transversal exploratório • Entrevista de 20-25 minutos
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • A maioria dos participantes residentes na comunidade sofre de dor crônica • Identificou-se o uso inadequado de métodos farmacológico da dor • A dor crônica está relacionada à baixa mobilidade, má qualidade de vida física e infelicidade, e que uma maior intensidade de dor está relacionada com a menor capacidade de autoeficácia no controlo da dor, mais culpabilização, acreditando que a dor é misteriosa e permanente

Artigo 6

Autor Título do estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Tse, M.M.Y., Lee, P.H., Ng, S. M., Tsien-Wong, B.K. & Yeung, S.S.Y. • Peer volunteers in an integrative pain management program for frail older adults with chronic pain: study protocol for a randomized controlled trial
Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • 2014 • <i>Trials</i> • III
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar a eficácia de um programa de gestão da dor com a inclusão de voluntários, na diminuição da intensidade da dor, da mobilidade funcional, da atividade física, dos níveis de solidão, dos níveis de felicidade, e da utilização de métodos de alívio da dor não -farmacológicas entre idosos frágeis com dor crônica
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 30 participantes com + 60 anos de idade residentes em lares de idosos e 30 voluntários do <i>Institute of Active Ageing in Hong Kong</i>
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • Grupo de intervenção <ul style="list-style-type: none"> • Programa integrado de gestão da dor com duração de 8 semanas, com 16 sessões, duas sessões de 1 hora / semana • Grupo de controlo
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo piloto • Escala de dor Numérica, <i>Timed Up and Go Test</i>, <i>Global Physical Activity Questionnaire</i>; registo em folheto "I can do it" da atividade física realizada e métodos não farmacológicos utilizados
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Este estudo fornece evidências para futuros estudos maiores, que utilizam um <i>design</i> aleatório controlado e um tempo de seguimento possivelmente maior para ajustar este "efeito de aprendizagem" e para investigar se voluntários devem ser integrados em programas para idosos com dor crônica

Artigo 7

Autor Título do estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Spitz, A., Moore, A. A., Papaleontiou, M., Granieri, E., Turner, B. J. & Reid, M. C. • Primary care providers' perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain: A qualitative study
Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • 2011 • <i>BMC Geriatrics</i> • III
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Descrever experiências dos prestadores de cuidados de saúde primários e atitudes, bem como barreiras percebidas e facilitadores na prescrição de opióides no tratamento da dor crônica entre pessoas idosas
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • 23 médicos e 2 enfermeiras
Intervenções	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus group</i> e aplicação de questionário no final da discussão
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo qualitativo, de coorte transversal utilizando <i>focus group</i> para gerar discussões entre os prestadores de cuidados de saúde
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Prestadores de cuidados de saúde primários identificaram: <ul style="list-style-type: none"> • barreiras no uso de opióides em idosos com dor crônica por parte dos profissionais, mas também do próprio idoso e família • fatores facilitadores no tratamento farmacológico com opióides na pessoa idosa

Artigo 8

Autor Título do estudo	<ul style="list-style-type: none">• Herr,K, <i>et al</i>• The Effect of a Translating Research into Practice (TRIP)-Cancer Intervention on Cancer Pain Management in Older Adults in Hospice
Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none">• 2012• <i>Pain Medicine</i>• II
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none">• Este artigo relata os resultados de uma pesquisa sobre intervenções destinadas a promover a adoção de práticas de dor baseada na evidência em pessoas idosas com cancro em centros de cuidados paliativos
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none">• 738 participantes com + 65 anos
Intervenções	<ul style="list-style-type: none">• Grupo experimental 370 participantes<ul style="list-style-type: none">• Fornecido aos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros) Informação escrita e formação sobre avaliação e gestão da dor, teleconferência para discussão de intervenções e os progressos da sua implementação, discussões semanais relacionadas com a avaliação da dor e de gestão• Grupo controlo 368 participantes<ul style="list-style-type: none">• Sem intervenção
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none">• Ensaio controlado randomizado• Análise retrospectiva dos registos médicos dos pacientes para determinar o efeito da intervenção• Foram recolhidos e analisados os dados pelos profissionais dos centros de cuidados paliativos através de pesquisa e de <i>focus</i> grupos após a conclusão da fase de intervenção
Resultados	<ul style="list-style-type: none">• As intervenções realizadas no grupo experimental, no sentido de melhoria de práticas na dor oncológica, não foi significativamente maior comparativamente ao grupo de controlo.• Constatou-se uma maior diminuição da intensidade da dor do paciente desde o início até pós-intervenção no grupo experimental; no entanto, o resultado não foi estatisticamente significativo

Artigo 9

Autor Título do estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Abou-Setta, A. M. et al • Comparative Effectiveness of Pain Management Interventions for Hip Fracture: A Systematic Review
Ano Publicação Nível de Evidência	<ul style="list-style-type: none"> • 2011 • <i>Annals of Internal Medicine</i> • I
Objetivo do Estudo	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão e análise das melhores evidências sobre a eficácia e segurança de intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor em pessoas idosas com fratura da anca em comparação com os cuidados habituais ou outras intervenções
Nº de Participantes	<ul style="list-style-type: none"> • Dois revisores analisaram 83 estudos (64 estudos controlados randomizados, 5 estudos controlados não randomizados e 14 estudos cohorte)
Intervenções	<p>Foram identificadas na análise dos artigos Intervenções Farmacológicas e Intervenções Não Farmacológicas no controlo da dor por fratura da anca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bloqueios de nervos • Técnicas de Anestesia • Analgesia sistémica • Gestão multimodal da dor • Modalidade Física e Fisioterapia (TENS, alongamento e fortalecimento dos músculos da coluna vertebral e psoas) • Medicina Alternativa (acupuntura, técnica relaxamento Jacobson)
Tipo de Estudo e métodos de colheita de dados	<ul style="list-style-type: none"> • Foi realizada pesquisa em 25 bases de dados, literatura cinzenta, registos de estudos clínicos, pesquisa manual de processos de reuniões científicas e listas de referência • Dois revisores selecionaram, autonomamente, títulos, resumos e textos integrais dos artigos identificados. Foram incluídos estudos controlados randomizados, ensaios controlados não randomizados; estudos de coorte (prospetivo ou retrospectivo) e estudos de caso-controle, com data de publicação de 1990 ou mais tarde. Foram incluídas pessoas adultas com 50 anos ou mais, hospitalizados com fratura de anca aguda por causa de trauma de baixa energia; e examinadas intervenções de controlo de dor, independentemente do método de administração ou altura de tempo durante o percurso do cuidado
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Foram encontradas limitações relativamente à quantidade, qualidade e validade das evidências disponíveis. No entanto foram encontradas evidências de nível moderado sobre bloqueios nervosos que reduziram a dor aguda e delírio após fratura da anca e evidências de nível reduzido sobre tração pré-operatória que não interferiu na dor • Sobre as vantagens e desvantagens de intervenções como a raquianestesia, analgesia sistémica, gestão da dor multimodal, acupuntura, terapia de relaxamento, neuroestimulação elétrica transcutânea e fisioterapia não estão claras

Síntese conclusiva

Os resultados encontrados por Tse, Wan, & Wong (2013) confirmam que a dor crónica é um problema para as pessoas idosas na população que foi estudada. Constataram que a dor crónica está relacionada a uma reduzida mobilidade, má qualidade de vida física e infelicidade, e que uma maior intensidade de dor está associada a menor capacidade de auto-eficácia no controlo da dor, e maior culpabilização, acreditando que a dor é misteriosa e permanente (Tse, Wan, & Wong, 2013).

Na procura de compreender qual o estado da arte na intervenção de enfermagem à pessoa idosa na gestão da dor crónica de forma a promover o cuidado de si constatamos que a avaliação da dor é um desafio nas pessoas idosas com alterações cognitivas, em que o autorrelato da dor está comprometido (Ersek *et al*, 2012; Abou-Setta *et al*, 2011). As variáveis latentes na avaliação da dor, nomeadamente os sintomas de depressão e a dor “somática”, surgem como uma alternativa à autoavaliação da dor na pessoa idosa com alterações cognitivas ou com dificuldade em expressar a sua dor (Royall, Salazar & Palmer, 2014).

A gestão da dor crónica na pessoa idosa traz também desafios, no que diz respeito ao tratamento farmacológico, como também não farmacológico.

Spitz *et al* (2011) explicitam, em relação ao tratamento farmacológico, as barreiras e os fatores facilitadores para a prescrição de opióides a pessoas idosas. Por parte dos profissionais, as principais dificuldades são o medo de prejudicar devido aos efeitos adversos (77%), a subjetividade da dor (62%), falta de formação na gestão da dor (35%), a rotação ou dosagem dos opióides. Reconhecem barreiras centradas na família/idoso como a relutância dos idosos em tomar opióides (69%), estigma (58%), a relutância da família em que o idoso tome opióides (38%) e as questões financeiras (23%).

Estas dificuldades contribuem para o uso inadequado de métodos farmacológicos no controlo da dor em pessoas idosas (Tse, Wan, & Wong, (2013).

Spitz *et al* (2011) salientam como fatores facilitadores para o tratamento da dor crónica com opióides, a educação do idosos e da família sobre opióides (54%), estudos que demonstram os benefícios e ferramentas para avaliação risco, facilidade de acesso a apoio de pares ou de especialistas (27%) e instrumentos baseados na evidência para ajudar a calcular a dose inicial (12%). A utilização de pares nas pessoas idosas para programas de educação para a auto-gestão da dor crónica parece ser uma metodologia com interesse, apesar do reconhecimento da necessidade de maior investigação para estudo dos resultados a longo prazo (Tse, Lee, Tsien-Wong & Yeung, 2014).

Abou-Setta *et al* (201) destacam a eficácia dos bloqueios de nervos para o controlo da dor provocada por fratura da anca, comparando com os tratamentos tradicionais. Possibilitam uma redução de medicação sistémica pelo que diminuem o risco de *delirium* (Abou-Setta *et al*, 2011).

O recurso a intervenções não farmacológicas para ajudar a pessoa idosa com dor crónica é cada vez mais estudado. Nomeadamente, o programa de aromoterapia, em que se verificou uma ligeira redução na intensidade da dor e uma redução significativa nos níveis de depressão, ansiedade e *stress* das pessoas idosas que integraram o grupo de intervenção (Tang & Tse, 2014).

Ainda, nas intervenções não farmacológicas surge a entrevista motivacional e um programa de exercício físico. Estas intervenções demonstram ser eficazes no alívio da dor, na mobilidade física, no bem-estar psicológico e auto-eficácia da dor em idosos com dor crónica (Tse, Vong & Tang, 2013).

No entanto, salientam que tal como nas intervenções farmacológicas, as intervenções não farmacológicas pressupõem a necessidade de treino e tempo adicional para a sua aplicação (Abou-Setta *et al*, 2011). Nomeadamente, as intervenções não farmacológicas como a acupressão, relaxamento, TENS e terapia física, que aparentemente reduzem a dor do idoso provocada pela fratura da anca (Abou-Setta *et al*, 2011).

Existem no entanto, ainda dificuldades em identificar resultados válidos, confiáveis e sensíveis que fossem aplicáveis a todas as pessoas idosas independentemente da sua capacidade de auto-relato, resultantes de programas de ensino sobre avaliação e a gestão da dor em pessoas idosas (Ersek *et al*, 2012). Constatam-se ainda, limitações e resultados não estatisticamente significativos nas intervenções e diminuição da intensidade da dor, decorrentes da implementação de programas destinados a promover a melhoria de práticas baseadas na evidência na pessoa idosa com dor oncológica em centros de cuidados paliativos (Herr *et al*, 2012).

Referências bibliográficas

- Abou-Setta, A. M. *et al* (2011) Comparative effectiveness of pain management interventions for hip fracture: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(4), 234-245.
- Aerin, S., Moore, A. A. , Papaleontiou, M., Granien, E., Turner, B. J. & Reid, M. C. (2011). Primary care providers' perspective on prescribing opioids to older adults with chronic non-cancer pain: a qualitative study. *BMC Geriatrics*, 11, 35. Disponível em:
<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/11/35>
- Ersek, M., Polissar, N., Du Pen, A., Jablonski, A., Herr, K. & Nradilek, M. B. (2012). Addressing methodological challenges in implementing the nursing home pain management algorithm randomized controlled trial. *Clinical Trials*, 9, 634-644.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.
- Herr, K. *et al* (2012). The effect of a translating research into practice (TRIP)-cancer intervention on cancer pain management in older adults in hospice. *Pain Medicine*, 13, 1004-1017.
- Royall, D. R., Salazar, R. & Palmer, R. F. (2014). Latente variables may be useful in pain's assessment. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 13. DOI: 10.1186/1477-7525-12-13
- Tang, S. K. & Tse, M. Y. M. (2014). Aromatherapy: Does It Help to Relieve Pain, Depression, Anxiety, and Stress in Community-Dwelling Older Persons? *BioMed Research International*, Article ID 430195. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1155/2014/430195>
- Tse, M. M. Y., Vong, S. K. S. & Tang, S. K. (2013). Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with pain: a randomized controlled study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1843-1856. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2012.04317.x

Tse, M., Wan, V. T. C. & Wong, A. M. H. (2013). Pain and pain-related situations surrounding community-dwelling older persons. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 1870-1879. DOI: 10.1111/jocn12238

Tse, M. M. Y., Lee, P. H., Ng, S. N., Tsien-Wong, B. K. & Yeung, S. S. Y. (2014). Peer volunteers in a integrative pain management program for frail older adults with chronic pain: study protocol for a random *Trials* 2014, 15, 205. DOI:10.1186/1745-6215-15-205

APÊNDICE X – Instrumento de colheita dados das narrativas das enfermeiras no diagnóstico de situação

Instrumento de colheita dados das narrativas das enfermeiras no diagnóstico de situação-outubro 2015

Este questionário insere-se no percurso académico do 6º Curso de Pós-Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa, na ESEL.

Pretendemos desenvolver um projeto na Unidade Dor, com o título “Consulta de enfermagem estruturada numa unidade dor: a promoção do cuidado de si à pessoa idosa com dor crónica”.

A tua opinião é essencial para podermos construir um processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica que vise capacitá-la para assumir o cuidado se si.

Não existem respostas certas ou erradas. As respostas são confidenciais.

Pensa, **nas pessoas adultas com dor crónica** seguidas na Unidade Dor.

1. O que é que consideras importante na consulta de enfermagem de 1ª vez (avaliação inicial) a uma pessoa com dor crónica?

Pensa agora, em relação, à **pessoa idosa com dor crónica**.

**APÊNDICE XI – Corpo das narrativas das enfermeiras no
diagnóstico de situação**

Corpo das narrativas das enfermeiras no diagnóstico de situação - outubro 2015

Questão 1

Enfermeira 1 – 1º Apresentação: nome, categoria profissional; 2º Inteirar-me do diagnóstico para que possa relacionar com a dor crónica da pessoa; 3º perceber qual a dor, tipo, localização; início, duração; 4º Limitações que a dor provoca nas atividades de vida diárias; 5º Medidas adaptativas que adotou para realizarem as atividades vida diária com as citadas limitações anteriores; 6º Perceber se existe apoio familiar/cuidador no controlo da dor, tendo em conta a administração terapêutica com base na posologia; 7º Dar a conhecer os contactos existentes na unidade dor: pessoalmente, telefone,...; 8º Demonstrar sempre durante a entrevista a disponibilidade da equipa multidisciplinar, em termos de controlo da dor crónica.

Enfermeira 2 – História da dor: evolução, duração e o padrão, localização; descritores; intensidade; fatores de alívio e exacerbação; quais as estratégias perante a dor; o impacto nas atividades vida diária; o estado emocional. Quais as expectativas acerca da dor e seu controlo; as medidas farmacológicas e não farmacológicas, e qual a sua eficácia. Rede de apoio familiar.

Enfermeira 3 – Os elementos que mais valorizo é a excelente (se possível) relação com o doente/família/cuidador. É muito importante, saber quando é que esta dor teve início, se tem alguma posição de alívio ou agudização. A sua localização e os seus descritores são fundamentais para a decisão terapêutica, tal como, a quantificação, que deverá ser realizada (segundo a escala) mais adequada ao doente. Explicar tudo o que perguntamos é uma mais-valia, porque é nesta entrevista que se cria uma imagem da unidade.

Questão 2

Enfermeira 1 - Tal como, tantas outras consultas de enfermagem de 1ª vez, o doente é recebido pela enfermeira para realização de um acolhimento, ou avaliação inicial, através de um guião predefinido utilizado para este fim no serviço.

O Sr. A de 85 anos, deslocou-se sozinho à UD para concretizar uma consulta de enfermagem de 1ª vez.

Trata-se de uma pessoa idosa com lombalgia acentuada com irradiação a ambos os membros inferiores, que lhe dificulta a marcha.

Deslocava-se com bastante dificuldade e com o apoio de duas canadianas. Quando se aproximou de mim, questionei se não tinha acompanhante, este respondeu, que reside sozinho desde que a esposa faleceu há cerca de 2 anos. Percebi ainda que apresentava acuidade auditiva e visual reduzida e antecedentes de diabetes mellitus, HTA, cirurgia cardíaca ...

Tem como apoio familiar por vezes, uma filha e um genro que residem a cerca de 6 Km do senhor., que não podem acompanhá-lo nas deslocações ao hospital devido às suas atividades profissionais. Esta deslocação tal como tantas outras são sempre feitas com o apoio dos bombeiros voluntários da área de residência.

Pensei como é possível, esta pessoa idosa com tantas dificuldades a vários níveis que são comuns, principalmente nesta idade avançada, não ter um cuidador familiar, que o acompanhasse.

Depressa percebi que a avaliação inicial do Sr. A iria ser dificultada pelos obstáculos óbvios, que a sua idade permite alcançar.

Senti ainda mais vontade de ajudar este senhor, esforcei-me através do diálogo, com dicção e tom de voz adequada á situação, presumia eu.... Reforçava várias vezes a necessidade de um acompanhante nestas situações. No entanto, a situação desenrolou-se tendo em conta os principais pontos da entrevista, mas muito mais devagar do que uma situação com uma pessoa idosa com acompanhante.

Este episódio despertou-me para as diferenças acentuadas que temos que ter em conta entre a pessoa idosa e a pessoa com idade mais jovem. Pois a co morbilidade das doenças associadas á dor crónica que esta pessoa apresenta faz toda a diferença para o entendimento e o seu seguimento no controle da dor. O qual considero como aspeto positivo para contribuir para a elaboração de um questionário dirigido ao alvo: pessoa idosa. No entanto, considereei que foi uma experiência negativa para mim porque sai desta situação com a necessidade de transmitir a outra pessoa próxima, o que disse ao Sr. A. Para o doente também não terá sido fácil pois as informações importantes não terão sido retidas como devido.

Poderá fazer sentido, seguir este doente de perto para perceber se houve retenção da informação transmitida na consulta. Através de consulta telefónica ao

doente e/ou associar também um contacto telefónico á filha, ou então, solicitar ao doente que avise a filha que nos contacte pessoal ou telefonicamente.

Será de enorme interesse para o controle da dor deste doente, que nas próximas consultas se faça acompanhar por uma pessoa próxima, familiar ou não, que seja conhecedora da situação clinica/AVD' s, melhoradas ou não com a intervenção farmacológica que foi instituída.

Enfermeira 2- Durante uma consulta de primeira vez com uma pessoa idosa com dor crónica, apercebi-me que esta vivia com a filha e a neta, e que neste momento a situação económica era difícil. Senti impotência em relação à resolução da situação e encaminhei, para a avaliação social de modo a que pelo menos essa situação económica, não tivesse repercussões na tentativa de minimizar a dor dessa pessoa.

Enfermeira 3 – Doente de 70 e tal anos, acompanhada pelo filho e nora. A doente é transportada em cadeira de rodas 8mas não tem qualquer tipo de dificuldade na mobilização). Teve um Herpes Zoster há algum tempo, está visivelmente abatida (olheiras), cabelo desarrumado e vem vestida com pijama.

Foi de imediato perceptível que o filho, que a acompanhava, estava um pouco desorientado, mas a mãe era completamente independente.

A minha primeira pergunta foi, se a senhora estava o dia inteiro na cama. Ela parou a olhar para mim. E eu expliquei porque é que perguntava, e que da próxima vez gostaria que a doente viesse com a sua própria roupa.

Senti de imediato e sentimentos ambíguos. Primeiro, uma certa hostilidade com a pergunta. O segundo, um desmontar de uma postura corcunda da própria doente. Todo o inquérito foi feito e respondido pela própria doente, sem permitir a interferência dos familiares. O filho continuava com um ar bastante aflito, parecia que queria ajudar, mas não sabia como, e sem saber se a doença da mãe tinha cura. A nora estava, calma, atenta, calada.

Durante este acolhimento, questionei-me sobre a minha primeira intervenção com a doente, se teria sido a mais adequada, mas ao mesmo tempo senti que teve um resultado positivo. A doente é consultada, e a decisão médica foi a de realizar um bloqueio. Eu fiz questão de me sentar ao lado da doente e ir explicando tudo e o extraordinário foi, que no final, quando ofereço a minha ajuda para vestir, a resposta foi: “Eu sou capaz.” Após este procedimento, foi elaborado o guia terapêutico e

entregue o folheto informativo relativo à técnica. Solicitámos à doente, se não seria melhor chamar a família, ao que ela responde, que hoje é melhor chamar, porque não tem dormido bem, e tinha medo de se esquecer de alguma coisa. Chamada a família, explicado pelo médico o que fez e porquê, e reforçado por nós, enfermeiras, os cuidados, e explicado todo o regime medicamentoso.

Numa próxima vez, provavelmente, colocar o início da conversa na doente, permitir que ela domine a explicação: como faz? como se sente? o que lhe parece tentar assim?

Fez-me pensar em algo que falo muitas vezes com as minhas colegas e que me preocupa, que é o adquirir a confiança do doente, para que a adesão terapêutica “dê” certo.

Questão 3

Enfermeira 1 – *Sim, de uma maneira geral, a idade superior a 65 anos já demonstra diferenças: físico (falências orgânicas) e psíquicas (demências). Associando a dor a tais alterações, a situação complica-se certamente. Então, existe quase sempre a necessidade de questionar o cuidador/acompanhante em vários aspetos. Daí a necessidade do cuidador intervir: na administração da terapêutica (ensinar, instruir, treinar), perceber qual a aceitação do regime terapêutico a adotar, complicações e efeitos secundários medicamentosos.*

Enfermeira 2 – *Perceber se existem problemas cognitivos, sensoriais ou de comunicação; quais os problemas médicos associados, se existe suporte social e económico e familiar.*

Enfermeira 3 – *Na minha opinião sim. Quando o doente é muito idoso/debilitado, não o excluindo de forma alguma da entrevista, pedir ajuda ao acompanhante. Não esquecer que nestes doentes a história de dor já se cruza com a história de vida, e eles têm necessidade de falar. Por este facto, tem que se canalizar a entrevista para perguntas mais objetivas: quantificação, localização, descritores, altura do dia em que dói mais, e em que posição.*

Questão 4

Enfermeira 1 – 1º Diminuição da acuidade auditiva, visual e sensorial; 2º diminuição da capacidade de manusear e administrar terapêutica: abrir frascos, invólucros dos comprimidos, contagem das gotas de terapêutica,...; 3º Aumento da dificuldade do contato telefónico, isto é, estabelecer um diálogo coerente durante todo o contato telefónico que temos com a pessoa idosa; 4º Limitações na percepção da posologia: horário/resgate, isto implica um ensino reforçado; 5º Limitações na percepção nas indicações e efeitos secundários da terapêutica: frisar bem o que pode acontecer, 6º Aumento da suspensão da terapêutica sem diálogo prévio com a UD.

Em conclusão, é necessário um reforço da intervenção educativa à pessoa idosa, quando o enfermeiro considerar que esta ainda tem capacidade para o fazer. No entanto, a presença de um cuidador ou familiar é sempre importante.

Enfermeira 2 – Perante problemas cognitivos ou de comunicação, perceber qual o impacto da dor na vida do doente idoso com dor crónica.

Enfermeira 3 – É a objetividade, não desvalorizando a sua história, mas canalizar o mais possível para a história da sua dor (P, Q, R; S, T): o que **provoca** a dor, **quantificação** (escala adequada ao doente); **região**, **severidade** (aqui podemos pensar na dor irruptiva); o **tempo de duração** desta dor. Tudo isto para um adequado ensino da terapêutica, incluindo a de SOS.

Questão 5

Enfermeira 1 – 1º O papel do enfermeiro é fundamental nos cuidados ao cliente, acrescentado o aumento do “cuidadoso” na pessoa idosa em todas as suas vertentes, principalmente na dor crónica. Por isso é importante que:

- A pessoa idosa dentro das suas limitações, desenvolva ou mantenha as capacidades que ainda tem.
- A pessoa idosa enquanto possível não deve ser substituída, mas ter um acompanhamento do cuidador familiar/ pessoa próxima: nas atividades de vida diária e controlo da dor.

- *Perceber quais os motivos porque a pessoa idosa, por vezes, não se mobiliza/locomove. Por exemplo, se por dor não controlada: perceber se a terapêutica está a ser bem administrada.*
- *Demonstrar sempre a nossa disponibilidade para ajudar a pessoa idosa/cuidador no controlo da dor (pessoalmente, telefonicamente ou em consulta).*

Enfermeira 2 – *Aplicar escalas adequadas multidimensionais, como por exemplo a Doloplus ou a PAINAD.*

Enfermeira 3 – *A não exaustão na entrevista. Na minha opinião, a melhoria desta intervenção vem com o conhecimento da nossa disponibilidade quando nos contactam. O saber se esta dor é permanente ou não, dá-nos margem para reforçar o ensino que devemos tentar que seja objetivo e validado com a própria pessoa idosa/familiar e cuidador.*

A conquista da confiança nos idosos é fundamental (se conscientes), porque a história de dor, normalmente, já é muito longa.

APÊNDICE XII – Análise reflexiva das narrativas das enfermeiras no diagnóstico de situação

Análise reflexiva das narrativas das enfermeiras da UD, à luz do modelo de parceria (Gomes, 2013) - Diagnóstico situação outubro 2015

Análise da resposta à questão 1

A análise das narrativas das enfermeiras sobre o que consideram importante na consulta de enfermagem de 1ª vez, na avaliação inicial, a uma pessoa com dor crónica, baseou-se nos indicadores que constituem as diferentes fases do processo de construção do Modelo de Parceria (Gomes, 2013), com especial destaque para a 1ª e 2ª fase: Revelar-se e Envolver-se.

Na 1ª fase - Revelar-se “caracteriza-se pelo dar-se a conhecer (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e cuidados.” (Gomes, 2013, p. 99).

As enfermeiras salientam que **dar-se a conhecer à pessoa com dor crónica** é essencial, quando vem pela primeira vez à Unidade Dor:

“Apresentação: nome, categoria profissional” E1

Salienta uma enfermeira que a promoção de um ambiente propício à interação com a pessoa, reflete também o profissionalismo da equipa da unidade dor:

“os elementos que mais valorizo é a excelente (se possível) relação com o doente/família/cuidador.” E3

“explicar tudo o que perguntamos é uma mais-valia, porque é nesta entrevista que se cria uma imagem da unidade.” E3

No processo de revelar-se, as enfermeiras valorizaram especialmente o **Conhecer a história de dor da pessoa**, e explicitam as características que necessitam conhecer:

“...tipo, localização, início, duração...” E1; E2; E3

“..evolução (...) padrão...” E2

“...os descritores...” E2; E3

“...a intensidade” E2

“... a quantificação que deverá ser realizada (segundo a escala) mais adequada ao doente.” E3

“...fatores de alívio e exacerbação, quais as estratégias perante a dor...” E2

“...se tem alguma posição de alívio ou agudização...” E3

“as medidas farmacológicas e não farmacológicas e a sua eficácia...”E2

“...o impacto na vida diária, o estado emocional,...”E3

“...limitações que provoca nas AVD’s (...) e medidas adaptativas...” E1; E2

No que diz respeito, a **Conhecer o contexto de vida da pessoa** com dor crónica, apenas uma enfermeira salienta um dos elementos:

“rede de apoio familiar.” E2

No indicador **Conhecer a história da doença da pessoa**, uma enfermeira reconhece que que é necessário saber o diagnóstico e perceber se existe apoio e partilha da responsabilidade no que diz respeito à terapêutica:

“inteirar-me do diagnóstico para que possa relacionar com a dor crónica da pessoa.” E1

“perceber se existe apoio familiar/cuidador no controlo da dor, tendo em conta a administração terapêutica com base na posologia.” E1

A 2ª fase – 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, 2013, p. 100)

As enfermeiras referem a importância do **Conhecimento mútuo dos recursos da unidade dor e da pessoa com dor crónica**, através das seguintes frases:

“ dar a conhecer os contactos existentes na unidade dor: pessoalmente, telefone,...;” E1

“demonstrar sempre durante a entrevista a disponibilidade da equipa multidisciplinar, em termos de controlo da dor crónica.” E1

“quais as expectativas acerca da dor e do seu controlo...” E3

Reflexão parcelar

Verifica-se que as enfermeiras antevêm a importância de estabelecerem uma relação de confiança quando a pessoa com dor crónica, vem pela primeira vez à unidade. Reconhecem a importância de se darem a conhecer à pessoa com dor

crónica. No entanto, nas suas respostas não surge nenhuma referência aos elementos do indicador conhecer a identidade da pessoa. Em relação, a conhecer o contexto de vida da pessoa e a conhecer a sua história da doença, apenas é referido um elemento em cada.

Salienta-se, que as enfermeiras dão muita importância a conhecer a história de dor da pessoa. Contudo, verifica-se que as enfermeiras, individualmente, não atribuem a mesma importância às diferentes características da dor pessoa.

Portanto, questionamo-nos: quais serão os motivos que levam as enfermeiras a valorizarem uns elementos, em detrimento de outros?

Será que os registos de enfermagem da avaliação inicial corroboram estes resultados? Provavelmente, tem interesse a análise dos registos de enfermagem da avaliação inicial da pessoa idosa com dor crónica.

Análise resposta à questão 2

As descrições realizadas pelas enfermeiras sobre uma **situação de consulta de enfermagem de 1ª vez a uma pessoa idosa com dor crónica**, permitiram por um lado confirmar elementos inerentes ao processo de construção de parceria, por outro tornar visíveis outros que não foram anteriormente explicitados pelas enfermeiras. Tendo por base, o Modelo de Parceria encontrámos nas narrativas intervenções de enfermagem, intervenções de enfermagem que tornámos indicadores do processo de construção da parceria com a pessoa idosa.

1ª fase - Revelar-se

Dar-se a conhecer à pessoa idosa

A pessoa idosa é recebida pela enfermeira (acolhimento)

Existência de um guião predefinido (Instrumento de colheita de dados)

A enfermeira promove um ambiente propício à interação

Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa

A pessoa idosa dá-se a conhecer

A enfermeira procura conhecer a rede familiar e de apoio

A enfermeira procura conhecer a situação económica da pessoa idosa/família

Conhecer a história da doença da pessoa idosa

A enfermeira conhece o diagnóstico da pessoa idosa

A enfermeira procura conhecer os antecedentes pessoais

2ª fase - Envolver-se

Conhecer a singularidade do processo de envelhecimento na pessoa

A enfermeira pela observação identifica a dificuldade na marcha e a ajuda técnica

A enfermeira identifica alterações sensoriais

Conhecimento mútuo dos recursos da Unidade dor e da pessoa idosa

A enfermeira conhece as necessidades do familiar cuidador

Enfermeira adapta a sua comunicação à singularidade da pessoa idosa

3ª fase – Capacitar ou Possibilitar

A enfermeira explica as razões dos tratamentos, e fornece folhetos informativos

A pessoa idosa autoriza o envolvimento do cuidador familiar

A enfermeira adapta a informação e linguagem ao ritmo do doente

A enfermeira articula-se/encaminha pessoa idosa para outros profissionais

4ª fase - Comprometer-se

Envolvimento posterior do familiar cuidador, através do telefone, ou pessoalmente

A enfermeira promove a autonomia da pessoa idosa

A enfermeira promove a independência da pessoa idosa

Uma das enfermeiras ao reflectir sobre a sua prática sugere que é necessário a elaboração de um guião de avaliação inicial dirigido à pessoa idosa.

Reflexão parcelar

Ao centrar a reflexão na prática à pessoa idosa, as enfermeiras salientam elementos necessários para conhecer o contexto da pessoa idosa, no que diz respeito à rede familiar/apoio. Verifica-se também, a importância de conhecer a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa.

Destacam-se também, a preocupação capacitar ou possibilitar para o cuidado de si, e comprometer-se no sentido de atingir os objetivos definidos com pessoa idosa com dor crónica.

Nesta construção, antevê-se ainda que incipiente, um questionamento relativamente ao ICD existente. Talvez o ICD não permita a visibilidade da singularidade da pessoa idosa com dor crónica.

Análise resposta à questão 3

Interessou-me também perceber se as enfermeiras percecionavam diferenças na construção do processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica em comparação á pessoa adulta. Perante a pessoa idosa, as enfermeiras já sentem a necessidade de conhecer de forma mais aprofundada o **Contexto de vida da pessoa idosa**, no que diz respeito sobretudo a identificar a rede de apoio da pessoa idosa:

“...se existe suporte social, económico e familiar...” E2

Da análise das respostas, percebemos que as enfermeiras se deparam com a necessidade de envolver-se para melhor **conhecer a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa idosa**, e as alterações no estado mental, funcional, afetivo e sensorial:

“...a dor complica as alterações já existentes ...” E1

“..perceber se existem problemas cognitivos, sensoriais ou de comunicação...”

E2

“...quais os problemas médicos associados...” E2

O conhecimento mútuo dos recursos da Unidade Dor e da pessoa idosa estimula as enfermeiras a mostrarem-se disponíveis e a envolver o cuidador familiar, quer como fonte de informação para melhor conhecer a pessoa idosa, quer nos cuidados:

“...existe quase sempre a necessidade de questionar o cuidador/acompanhante sobre vários aspetos.” E1

“...no doente muito idoso/debilidado, não se pode excluir da entrevista, pedir ajuda ao acompanhante.” E3

“...na administração da terapêutica, perceber qual aceitação do regime terapêutico, complicações e efeitos secundários...” E1

Reflexão parcelar

Ao analisar dos dados obtidos, verifica-se que as enfermeiras percebem que necessitam conhecer de conhecer a pessoa idosa com dor crónica, na sua singularidade, mas

Será que o conhecimento que temos, como equipa, do processo de envelhecimento é suficiente para identificar os problemas da pessoa idosa com dor crónica?

Quais os princípios inerentes à avaliação multidimensional da pessoa idosa?

Qual a especificidade da gestão terapêutica na pessoa idosa com dor crónica?

Que intervenção de enfermagem ao cuidador/familiar da pessoa idosa com dor crónica? Recurso e/ou alvo de cuidados?

Análise resposta à questão 4

As enfermeiras nas suas respostas refletiram sobre as **dificuldades sentidas, no processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica, para a capacitar a assumir o cuidado de si**. As dificuldades advêm sobretudo das alterações/problemas que decorrem da singularidade do processo de envelhecimento da pessoa idosa com dor crónica, e qual o impacto na sua independência e autonomia:

“ a diminuição da acuidade auditiva, visual e sensorial(...) aumenta a dificuldade do contacto telefónico (...) e na coerência do diálogo.” E1

“diminuição da capacidade de manusear e administrar terapêutica: abrir rascos, invólucros dos comprimidos, contagem das gotas de terapêutica...E1

As enfermeiras reconhecem que alterações cognitivas trazem dificuldades na intervenção à pessoa idosa com dor crónica:

“...é a objectividade , não desvalorizando a sua histórias (...) mas canalizar o mais possível para a história de dor..” E3

“...perante problemas cognitivos ou de comunicação, perceber qual o impacto da dor na vida do doente idoso.”E2

“...limitações na compreensão da terapêutica.” E1

“...suspensão terapêutica sem dialogo com a UD.” E1

Reflexão parcelar

As enfermeiras reconhecem que as alterações /problemas provocados pelo envelhecimento são ainda uma dificuldade na construção do processo de parceria com a pessoa idosa.

O instrumento de colheita de dados de enfermagem permite identificar os problemas da pessoa idosa? Perceber o impacto da dor na vida da pessoa idosa?

Será importante avaliar as capacidades da pessoa idosa nas dimensões mencionadas? E a sua evolução ao longo do tempo/tratamento da dor? Porquê?

Como poderemos fazer isso na consulta de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica na UD?

Análise resposta à questão 5

Foi pedido às enfermeiras que **sugerssem, o que consideravam necessário para conhecerem o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa com dor crónica, a fim de construir uma parceria que promova o controlo do cuidado de si, considerando a pessoa como um ser de projeto de vida e saúde.** Na análise das respostas, salienta-se que as enfermeiras percecionam como finalidade da sua intervenção, o ajudar a pessoa idosa a assumir o cuidado de si, através da construção de uma relação de confiança, tal como ilustram as seguintes frases.

“a conquista da confiança nos idosos é fundamental (se conscientes), porque a história de dor, normalmente, já é muito longa.” E3

“a melhoria desta intervenção vem com o conhecimento da nossa disponibilidade quando nos contactam.” E3

“...dentro das suas limitações, desenvolva ou mantenha as capacidades que ainda tem.” E1

“..perceber os motivos pelos quais a pessoa idosa, por vezes, não se mobiliza, por exemplo, pela dor não controlada(..)perceber se a terapêutica está a ser bem administrada ...” E1

“..aplicar escalas adequadas multidimensionais, como por exemplo, a Doloplus ou PAINAD.” E2

Reflexão parcelar

As sugestões das enfermeiras traduzem-se sobretudo em questões que necessitam de uma reflexão conjunta, como:

O que consideramos essencial para construir uma relação de confiança com a pessoa idosa com dor crónica? Em que princípios teóricos nos baseamos?

Independência e autonomia na pessoa idosa com dor crónica, o que significam estes conceitos? Qual é a referência teórica que nos orienta?

Como podemos nos registos de enfermagem dar visibilidade ao caminho que percorremos na construção da parceria com a pessoa idosa com dor crónica para a sua independência e autonomia? Que ganhos em saúde?

E quando a pessoa idosa não consegue assegurar o cuidado de si? Como poderemos fazer isto na UD?

APÊNDICE XIII – Apresentação e análise reflexiva dos resultados dos registos de enfermagem na avaliação inicial

Apresentação e análise reflexiva dos registos de enfermagem na avaliação inicial na UD, à luz do modelo de parceria (Gomes, 2013) diagnóstico de situação - outubro 2015

A entrevista de enfermagem para avaliação inicial da pessoa com dor crónica, faz parte da prática de enfermagem. Existe um instrumento colheita de dados (ICD) construído pela equipa de enfermagem, que tem vindo a ser revisto ao longo dos anos, pelas enfermeiras e médicos, de forma a orientar e uniformizar a informação a ser recolhida sobre a pessoa com dor crónica. Na UD, ainda estamos, numa fase de implementação do registo de enfermagem em suporte informático, pelo que o registo da avaliação inicial no processo clínico da pessoa realiza-se informaticamente, num momento posterior.

No decurso da fase de diagnóstico de situação, especificamente durante a análise das narrativas das enfermeiras sobre a avaliação inicial à pessoa idosa com dor crónica, pensámos ser pertinente o confronto entre o que as enfermeiras dizem que realizam na sua prática, e o que explicitam nos registos de enfermagem. Assim, sob a perspetiva metodológica permite a triangulação e a validação de dados, que resultam de duas técnicas de colheita de dados diferentes: narrativas e observação de registos de enfermagem em processo clínico. Em termos pedagógicos, temos como objetivo suscitar a reflexão da equipa de enfermagem ao confrontar-se com os resultados.

Definimos para a colheita de dados, o período de 5 a 16 outubro de 2015.

Selecionámos os registos de enfermagem referente à avaliação inicial realizados em suporte informáticos, de pessoas idosas que foram consultadas pela primeira vez, na UD, nesse período.

A grelha de análise dos registos de enfermagem foi elaborada de acordo com o modelo de parceria (Gomes, 2013).

Apresentamos de forma sumária a caracterização da amostra conseguida. No período selecionado, das pessoas com dor crónica consultados pela primeira vez na UD, seis pessoas eram idosas. Predominou sexo masculino (n=4), e a idade oscilou entre os 65 e 79 anos, com média de idade de 71 anos. A nacionalidade é portuguesa (n=6), tendo a maioria a escolaridade básica: 4º ano (n=3), 3º ano (n=1), uma pessoa tem o bacharelato (n=1) e outra o curso industrial (n=1). Em relação à natureza da

doença, 4 pessoas têm doença oncológica (n=4), sendo que as restantes pessoas idosas têm doenças do foro não oncológico (n=2).

Na análise dos registos de enfermagem da avaliação inicial tivemos como grelha de análise o guião de modelo de parceria, como já referimos. Tendo em conta, que não era o modelo norteador da prática de enfermagem, considerámos como “não aplicável” os indicadores que não estavam definidos no ICD vigente na UD no período da colheita de dados. Em relação aos indicadores do ICD da UD contemplados no guião do modelo de parceria, definimos como “registado” ou “não registado”, de acordo a presença ou não do seu registo. Passamos de seguida á análise dos registos de enfermagem e à reflexão sobre os achados.

Na 1ª fase do processo de construção de parceria com a pessoa idosa, **Revelar-se**, “...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2013, p.99).

Verificámos que na análise dos registos da avaliação inicial às pessoas idosas não existem, no ICD da UD, indicadores referentes à dimensão da enfermeira dar-se a conhecer à pessoa idosa, pelo considerámos como não aplicáveis, tal como apresentamos na tabela que abaixo se apresenta.

DAR-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA	Registado	Não registado	Não aplicável
A enfermeira cumprimenta a pessoa idosa			6
A enfermeira apresenta-se (nome, profissão)			6
A enfermeira explica o que vai fazer (objetivo avaliação inicial/continuidade com a consulta médica)			6
A enfermeira promove a afetividade (demonstra carinho, simpatia)			6
A enfermeira promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e respeito pela pessoa, promove a escuta ativa).			6

Reflexão: *Apesar de não existir nenhuma referência em termos de registo de enfermagem desta dimensão, as narrativas das enfermeiras dão relevo à sua importância na relação com a pessoa idosa. Poderá ser interessante a observação participante das práticas das enfermeiras para verificar que indicadores são valorizados, se as enfermeiras os enquadram numa boa prática de enfermagem à pessoa idosa, ou os consideram apenas uma questão de cordialidade social.*

Em relação, à dimensão de conhecer a identidade da pessoa idosa, que apresentamos na tabela seguinte, denota-se a preocupação das enfermeiras no seu registo quase completo: nome completo, nome pelo qual gosta de ser chamado, idade, nacionalidade, escolaridade e atividade profissional. Apenas existe um processo em que não foi registada a profissão. Existem alguns indicadores que não estão definidos no ICD, como sexo, biótipo, estado civil, religião e espiritualidade.

CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA	Registado	Não registado	Não aplicável
Nome	6		
Nome pelo qual gosta de ser tratado	6		
Sexo			6
Biótipo			6
Idade	6		
Nacionalidade/naturalidade	6		
Escolaridade	6		
Contacto telefónico	6		
Atividade profissional (atual e anterior)	5	1	
Estado civil			6
Religião e espiritualidade			6

Reflexão: *Em relação aos indicadores não aplicáveis, poderá ser pertinente a discussão da sua inclusão no ICD, refletindo na sua importância para a enfermagem para um aprofundamento no conhecimento da pessoa idosa.*

Salientamos, que esta dimensão não foi explicitada nas narrativas das enfermeiras. Verificamos, no entanto, que é bastante valorizada nos registos de enfermagem. Aprendemos, deste modo a importância do recurso a diversas fontes de dados para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo.

Na dimensão de conhecer o contexto de vida da pessoa idosa, verificamos que nos registos as enfermeiras reconhecem que o conhecimento do agregado familiar é essencial (n=6), da situação económica (n=4), da pessoa de referência (n=3) e dos hábitos de vida (n=3). No entanto, ao observarmos os resultados na tabela abaixo, constatamos que alguns dos indicadores pertinentes no conhecimento do contexto da pessoa idosa não são valorizados. Nomeadamente, os elementos relacionados com a rede familiar (n=2) e de apoio (n=0). Também, não estão incluídos no ICD

indicadores considerados importantes na compreensão da pessoa idosa com dor crónica, como as condições habitacionais, atividades lazer/projeto vida ou as experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual.

CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA	Registado	Não registado	Não aplicável
Agregado familiar (com quem vive)	6		
Pessoa referência (nome, parentesco, contacto telefónico)	3	3	
Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio)	2	4	
Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se é próprio ou alugado)			6
Situação económica (existem dificuldades, de que tipo)	4	2	
Rede de apoio (médico família, apoio social, centro dia, cuidador familiar)		6	
Atividades lazer/projeto vida (ocupação tempos livres, o que deseja para si)			6
Hábitos de vida/ comportamentos aditivos	3	3	
Experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual (proximidade com serviço de oncologia, familiares acompanhados pela UD)			6

Reflexão: *Constatamos em comparação com as narrativas das enfermeiras em que só havia uma referência à “rede de apoio familiar”, que os registos revelam uma preocupação em conhecer o contexto de vida da pessoa idosa. No entanto, parece não haver uma prática sistemática de registo nesta dimensão. Será porque as enfermeiras não estão centradas na singularidade da pessoa idosa, e no seu contexto de vida fora do hospital?*

Na dimensão de conhecer a história da doença da pessoa idosa, os registos de enfermagem apresentam unanimidade (n=6): o diagnóstico provisório, alergias, antecedentes médicos/cirúrgicos e medicação atual.

Apesar de não estarem definidos no ICD alguns dos indicadores, relacionados com o conhecimento da pessoa idosa e do cuidador sobre o diagnóstico e prognóstico,

e da responsabilidade da gestão terapêutica, as enfermeiras reconhecem a importância do seu registo (n=5).

CONHECER A HISTÓRIA DA DOENÇA DA PESSOA IDOSA	Registado	Não registado	Não aplicável
Diagnóstico provisório	6		
Referenciação (Instituição/ Especialidade/ nome do médico)		6	
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?)	2		4
A pessoa idosa tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?)			6
O cuidador familiar tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?)			6
O cuidador familiar tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?)	1		5
Antecedentes pessoais médicos/ cirúrgicos	6		
Alergias	6		
Medicação habitual no domicílio	6		
Responsabilidade da gestão terapêutica (quem, em quê, porquê, problemas de adesão)	2		4

Reflexão: *Questionamo-nos se a relevância em alguns dos indicadores resultam de um cuidado centrado na doença, e em responder a necessidades organizativas numa lógica biomédica, ou se uma consciencialização das competências necessárias à enfermeira para gerir a situação de doença da pessoa idosa, na perspetiva de Benner (2001)?*

Em relação à referenciação médica da pessoa idosa para a UD não existe qualquer registo de enfermagem. O motivo é pela duplicação de registo, ou existir a referência no processo clínico em suporte papel, ou será que esta informação não é valorizada pelas enfermeiras?

Os resultados também demonstram alguma preocupação no registo de informação sobre a pessoa idosa para além do que está preconizada, pelo que se antevê, necessidades de aprofundar o conhecimento nessas áreas, nomeadamente na responsabilidade da gestão terapêutica. Este elemento tinha sido valorizado também na narrativa de uma enfermeira.

Nos registos de enfermagem sobre o conhecer a história de dor na pessoa idosa, salienta-se que as enfermeiras dão importância às características da dor. Contudo, verifica-se que para além da temporalidade e dos fatores de exacerbação da dor, em que encontramos a totalidade dos registos (n=6), os registos de enfermagem nos outros indicadores estão incompletos, ou não registados, como o impacto da dor nas atividades de vida na pessoa idosa. A tabela que apresentamos explicita estes achados.

CONHECER A HISTÓRIA DE DOR DA PESSOA IDOSA	Registado	Não registado	Não aplicável
Localização	4	2	
Descritores (dor neuropática e/ ou dor nociceptiva)	5	1	
Temporalidade (início, duração padrão)	6		
Intensidade (Escala de auto ou heteroavaliação)	4	2*	
Fatores de exacerbação	6		
Fatores de alívio	5	1	
Medicação analgésica	5	1	
Duração efeito medicação	4	2	
Impacto da dor nas atividades de vida (Inventário Resumido da Dor)		6	

Reflexão: *Os registos de enfermagem corroboram dos resultados obtidos nas narrativas das enfermeiras. Numa unidade dor a compreensão da história de dor é essencial para o diagnóstico e intervenção à pessoa idosa com dor crónica. No entanto, verificou-se que os registos não explicitam uma uniformização na avaliação das diferentes características da dor.*

Portanto, tal como na reflexão das narrativas, concluímos que a equipa de enfermagem necessita de se questionar sobre os motivos que levam as enfermeiras a valorizarem uns elementos, em detrimento de outros? Será que existem constrangimentos externos (ambientais, organizacionais) que condicionam a colheita de informação à pessoa idosa?

A avaliação do impacto da dor nas atividades de vida ganha especial relevância na pessoa idosa, pelas implicações no seu desempenho funcional global. Assim, porque é não há registos da sua avaliação? Será que as enfermeiras têm conhecimentos na área da pessoa idosa para anteverem a importância dessa

avaliação, e de uma intervenção centrada na pessoa idosa, que promova a sua independência e autonomia?

A 2ª fase do processo de construção de parceria com a pessoa idosa é designada por **Envolver-se**, que "...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, 2013, p. 100).

O conhecer a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa idosa é uma dimensão que necessita ser aprofundada, pois ainda é pouco valorizada pelas enfermeiras. Existem referências nos registos em relação ao estado funcional (n=4), ao estado afetivo (n=6), estado nutricional (n=4), eliminação (n=6) e estado sensorial (n=6). No entanto, salientamos que a avaliação dos diferentes estados da pessoa idosa não houve recurso a nenhum instrumento de avaliação. No atual ICD, não existem indicadores em relação ao estado mental e ao sono, embora sejam elementos importantes a considerar na avaliação da pessoa idosa com dor crónica.

CONHECER A SINGULARIDADE PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA PESSOA	Registado	Não registado	Não aplicável
Estado Mental (consciência/orientação, eventual aplicação MEEM)			6
Estado funcional (Marcha: escala <i>Holden</i> ; atividades básicas vida: escala <i>Barthel</i> ; atividades instrumentais vida: índice de <i>Lawton & Brody</i>)	4	2	
Estado afetivo (estado emocional, solidão, isolamento: Escala Depressão Geriátrica abreviada GDS-15)	6		
Estado nutricional (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, ingestão hídrica, se estão incluídas verduras, fruta; <i>Mini Nutritional Assessement</i>)	4	2	
Eliminação (vesical, padrão transitório intestinal, medidas adaptativas)	6		
Sono (padrão, medidas adaptativas)			6
Estado sensorial (visão, audição, tato, alterações, medidas adaptativas, próteses)	6		

Reflexão: Os resultados parecem indiciar a necessidade de formação na área da pessoa idosa, nomeadamente na avaliação multidimensional, para podermos realizar o diagnóstico da funcionalidade da pessoa idosa. Também, seria importante a discussão e definição de critérios para seleção de instrumentos de avaliação adequados à situação da pessoa idosa.

Em relação ao conhecimento mútuo dos recursos da unidade dor e da pessoa idosa, verificamos que à exceção do registo sobre as expectativas da pessoa idosa (n=5), todos os outros indicadores não estão definidos no atual ICD da UD, pelo que considerámos “não aplicável”, como surge na tabela que abaixo apresentamos.

NHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DA UNIDADE DOR E DA PESSOA IDOSA	Registado	Não registado	Não aplicável
A enfermeira realiza a socialização à unidade dor (equipa, organização, consultas/tratamentos disponíveis)			6
A enfermeira informa sobre a consulta telefónica (objetivos, número contato, horário, circuito de resolução)			6
A enfermeira fornece o guia de acolhimento			6
A enfermeira procura saber quais as expectativas da pessoa idosa sobre UD	5	1	
A enfermeira procura saber quais as expectativas do cuidador familiar sobre UD			6
A enfermeira enquadra e explicita as expectativas dentro dos limites previsíveis			6
A enfermeira mostra-se disponível para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)			6
A enfermeira mostra-se disponível para o cuidador familiar (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)			6
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre autoavaliar a dor (escalas de auto ou heteroavaliação)			6
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a gestão do seu regime terapêutico (acessibilidade à UD, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento, ...)			6
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso (sabe a terapêutica de base prescrita)			6

A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre avaliação da dor à pessoa idosa (escalas de auto ou heteroavaliação)			6
A enfermeira procura conhecer o que cuidador familiar sabe sobre a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa (acessibilidade à UD, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento, ...)			6
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre o regime medicamentoso da pessoa idosa			6
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)			6
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)			6
A enfermeira envolve o cuidador familiar nos cuidados (convida-o, esclarece dúvidas)			6

Reflexão: Apesar de existir um único indicador com registo de enfermagem referente às expectativas, as narrativas das enfermeiras dão relevo a outros indicadores, que consideram importantes na relação com a pessoa idosa. Tal como já referimos, na dimensão de dar-se a conhecer poderemos através da observação das práticas das enfermeiras averiguar quais os indicadores que são valorizados. Assim como, refletir em equipa sobre pertinência de incluir os indicadores definidos nesta dimensão nos registos de enfermagem, pois constituem uma preocupação na intervenção das enfermeiras na UD.

Ao longo da análise dos registos e do cruzamento com a análise realizada às narrativas das enfermeiras surgiram resultados que consideramos pertinentes devolver à equipa de enfermagem, para promover a reflexão sobre a intervenção à pessoa idosa com dor crónica e respetivos registos na UD. se sentido, pensamos que seria interessante optar pela metodologia de um grupo de discussão ou focus group²⁴. Temos como objetivo promover a discussão no grupo, tendo por base as questões

²⁴ Focus Group é definido como uma técnica de investigação que visa a recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador, de acordo com Morgan citado por Silva, Veloso e & Keating (2014).

que foram surgindo da análise dos resultados e ao longo da reflexão realizada. O *focus group* possibilita num período limitado de tempo a definição e a escolha de estratégias para o desenvolvimento do projeto, onde todas as enfermeiras estão envolvidas (Galego & Gomes, 2005). Aproveitamos ainda, o carácter pedagógico desta metodologia pelo desenvolvimento que possibilita na equipa de enfermagem na abertura a novas perspectivas (Silva, Veloso & Keating, 2014).

Referências bibliográficas

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Galego, C. & Gomes, A. A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184. Acedido em 1 outubro 2015. Disponível em:

<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1012/832>

Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência.

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 1 outubro 2015. Disponível em:
<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703/3194>

**APÊNDICE XIV – Instrumento colheita de dados de avaliação inicial
da UD – outubro 2015**

UNIDADE DOR
Avaliação Inicial Enfermagem

Etiqueta identificação doente

Dados Gerais

Nome preferido _____ Idade _____
Profissão Ativo Desempregado Reformado Atestado Médico Obs. _____
Escolaridade _____ Naturalidade _____ Língua materna _____
Necessidades especiais _____ Contacto telefónico _____
Observações _____
Referenciação _____
Especifique médico _____ Especialidade médica _____
Diagnóstico provisório _____ Diagnóstico definitivo _____
Observações _____

Antecedentes Pessoais

Antecedentes Relevantes _____
Alergias _____
Estilos vida _____
Terapêutica domicílio _____
Observações _____

Ambiente Familiar

Agregado familiar _____
Pessoa referência _____ Parentesco _____ Contacto telefónico _____
Necessidade apoio social Sim Não Avaliação social anterior Sim Não
Especifique avaliação anterior _____
Avaliação atual Sem /Com critério para apoio: Receitas Medicação Outros _____
Observações _____

Avaliação Emocional

Estado emocional Calmo Ansioso Triste Inseguro Outros _____
Expectativas _____
Observações _____

Autocuidado

Alimentar-se Via de alimentação Oral Entérica: Sonda nasogastrica PEG
Deglutição alterada: Sólidos Líquidos Sólidos e líquidos Outros _____
Observações _____

Deambular Independente Sim Não Medidas adaptativas: Bengala Canadianas
Andarilho Cadeira de rodas Dependência no deambular Maca Outros _____
Observações _____

Eliminação Hábitos eliminação intestinal Regular Obstipação Diarreia Ostomia
Observações _____

História da Dor

Qualidade da Dor

Descritores Dor Nociceptiva Aguda Penetrante Latejante Palpitante Dolorosa

Outros _____

Descritores Dor Neuropática Formigueiro Picadas Ardor Compressão Pressão

Sensação de choque elétrico Sensibilidade ao calor e frio

Dor provocada pelo toque/roce/pressão Queimadura

Outros _____

Observações _____

Intensidade

Escala de avaliação EN EVA EF EQ EO

Intensidade de Dor (momento) _____

Intensidade de Dor (pico) _____

Intensidade de Dor (média) _____

Perfil Temporal

Início: Não se recorda Não sabe Não aplicável Menos ou igual a 1 mês

> 1 mês e < ou = a 6 meses > a 6 meses Outros _____

Padrão da Dor: Não sabe ou não se recorda Dor constante com variações

Dor constante com crises Crises sem Dor nos intervalos Crises com Dor nos intervalos

Paroxística Outros _____

Fatores de Exacerbação e Alívio:

Fatores de Exacerbação _____

Fatores de Alívio _____

Índice Funcional

Atividade Geral (____) Disposição (____) Capacidade de andar a pé (____)

Trabalho normal (____) Relação com as outras pessoas (____) Sono (____)

Prazer de viver (____) **Score Total** (____)

Medicação analgésica

Duração Efeito da Medicação: Inferior ou = a 1 hora

Superior a 1 hora e = ou superior a 3 horas Superior a 3 horas e = ou inferior a 6 horas

Observações _____

Localização

Diagrama Corporal (Ver Folha em Anexo)

Observações _____

Data ____ / ____ / ____

Enf.ª _____

APÊNDICE XV – Relatório da 1ª reunião formativa na UD

Relatório da 1ª reunião da equipa de enfermagem na UD

No dia 4 dezembro 2015 realizámos a uma sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem sobre o tema “Consulta de enfermagem estruturada numa unidade dor: promoção do cuidado de si à pessoa idosa com dor crónica”. Toda a equipa esteve presente, exceto 1 enfermeira que se encontrava ausente, por motivos familiares. A reunião realizou-se sexta-feira à tarde, das 14H-16H, período de tempo que foi escolhido pela equipa de enfermagem, como propicia em termos organizacionais, para as respetivas reuniões e/ou formações, desde setembro 2015, pelo que não existe atividade assistencial programada. Deste modo, pretendíamos a criação de condições favoráveis à reflexão em equipa, e ao desenvolvimento dos projetos.

A metodologia escolhida para esta sessão foi a de *focus grupo*²⁵, pois permitiu uma colheita de dados para o desenvolvimento do projeto de uma forma mais rápida, mas sobretudo pelo potencial pedagógico do confronto conjunto de opiniões e perspetivas gerados na dinâmica da equipa de enfermagem. Tal como é preconizado na metodologia do *focus grupo*, as enfermeiras foram contactadas pessoalmente e confirmada a sua presença. A moderação do grupo foi assegurada por nós, e preocupámo-nos em promover condições confortáveis para que as enfermeiras se sentissem respeitadas, livres para emitirem as suas opiniões, manter o rumo na conversação, assegurar a oportunidade de participação, e sobretudo em questionar, ouvir, permitir a autorrevelação das opiniões das enfermeiras (Silva, Veloso & Keating, 2014). A enfermeira Dulce (colega que está também a realizar o percurso académico) foi a moderadora auxiliar, ocupando-se da realização de notas escritas. A equipa foi informada do processo metodológico e concordou com o mesmo.

Na primeira parte da reunião apresentámos o projeto salientando a problemática inerente á pessoa idosa com dor crónica, os referenciais teóricos de

²⁵ *Focus Group* é definido como uma técnica de investigação que visa a recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador, de acordo com Morgan citado por Silva, Veloso e & Keating (2014). Pode ser utilizado em combinação com outros métodos de recolha de dados (Galego & Gomes, 2005). Os autores referem que a força real do *focus grupo* não é apenas na exploração do que as pessoas têm para dizer, “mas em providenciar *insights* quanto às origens de comportamentos complexos e motivações.” (Silva, Veloso & Keating, 2014). Galego & Gomes (2005) referem ainda que o moderador ao dirigir o grupo pode influenciar os resultados alcançados, e que o próprio grupo pode influenciar a natureza dos dados produzidos.

enfermagem norteadores do projeto, e o estado da arte em relação à consulta de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica.

Na segunda parte da reunião, apresentámos os resultados da análise de conteúdo das narrativas das enfermeiras, salientando o que a equipa de enfermagem valoriza na avaliação inicial à pessoa com dor crónica, as diferenças que encontra em relação à especificidade da pessoa idosa, as dificuldades que sente na prática clínica na intervenção à pessoa idosa e sugestões de melhoria (os resultados encontram-se na apresentação anexa a este relatório). Para cada critério fomentava-se a reflexão, questionando as enfermeiras sobre as ideias-chave que salientavam e pedia para justificar.

Numa terceira parte, através dos resultados da análise dos registos de enfermagem na avaliação inicial proporcionámos o confronto do que as enfermeiras registavam sobre a pessoa idosa com dor crónica e o que as enfermeiras pensavam sobre a sua prática à pessoa idosa com dor crónica seguida na UD (resultados das narrativas).

As enfermeiras mostraram-se surpreendidas com alguma insuficiência nos registos de enfermagem e com a sua qualidade. Concluíram que não havia qualquer referência nos registos de enfermagens a elementos consideravam na prática importantes para o reconhecimento da especificidade da pessoa idosa, e para a identificação dos seus problemas individuais, o que poderia dificultar uma intervenção centrada na pessoa. Sugeriram uma alteração do ICD, incorporando alguns dos elementos que ajudam a captar a unicidade da pessoa idosa com dor crónica. Mas depois, aperceberam-se também, que não era realizada uma avaliação da pessoa idosa objetiva, que permitisse ver a evolução e os ganhos em saúde sentidos pela pessoa, através da nossa intervenção na unidade dor. Sugeriram então a utilização de escalas de avaliação, sem, no entanto, conseguirem especificar. Reconheceram a necessidade de formação. Também, foi referido que seria importante a reavaliação de uma consulta de enfermagem presencial ou telefónica, para avaliação posterior da pessoa idosa com dor crónica.

De seguida, a reflexão centrou-se nos elementos considerados na avaliação inicial apresentada nos registos de enfermagem, e qual o motivo que nos levou a valorizá-los, por exemplo os antecedentes clínicos, a medicação habitual e a história de dor.

Neste momento, as enfermeiras aperceberam-se e confrontaram-se com o facto que talvez registassem estes aspetos para responder a uma necessidade sobretudo sentida pelo médico, e não conseguiram nomear o referencial teórico de enfermagem que as norteia nesse processo, o que lhes causou alguma inquietação. Referiram que tinham conhecimento sobre a pessoa idosa e a sua família que poderia influenciar na intervenção de saúde, mas que habitualmente não registavam. Consideravam, o registo no ICD da avaliação inicial como um momento único, da informação obtida na primeira consulta da UD. No entanto, questionaram-se se a intervenção de conhecimento da pessoa idosa e família não será um processo contínuo, que se enriquece à medida que se estabelece uma relação de confiança, e que a informação pertinente deveria ser registada, complementando e atualizando o registo existente no ICD.

Neste percurso reflexivo, as enfermeiras identificaram-se e encontraram sentido no que tinha sido apresentado anteriormente na investigação sobre a consulta de enfermagem à pessoa idosa. Expressaram o seu sentir através das palavras apresentadas nos resultados da investigação. A intervenção não centrada na pessoa idosa com dor crónica deve-se sobretudo a uma prática centrada no modelo biomédico, de acordo com as necessidades organizacionais (sobretudo dos médicos), ao desconhecimento sobre o processo de envelhecimento da pessoa, a algumas condições de trabalho existentes e talvez, à forma metodologia de trabalho de enfermagem.

Verificou-se um ponto de viragem do pensamento das enfermeiras, quando expressaram que o problema é sobretudo um problema da equipa de enfermagem, da sua postura profissional, do modelo conceptual que norteia as suas intervenções, e que a mudança começará por nós, em primeiro lugar. Verbalizaram, e parafrasearam o que se encontrou na investigação, que se persistissem no **“atendimento centrado na doença**, o que pode implicar uma estagnação nas práticas e uma fragilidade na consolidação de um espaço intervenção autónoma profissional” (Pinheiro, Alvarez & Pires, 2012).

Na última, parte fez-se um resumo de todas as sugestões dadas ao longo do grupo. Decidiu-se que aproveitaríamos as sextas-feiras à tarde, para as formações sobre as temáticas relacionadas com o envelhecimento e a pessoa idosa com dor crónica. Todas as enfermeiras aprofundariam determinada área e apresentariam uma formação, que serviria de base para a reflexão e discussão na equipa, a partir da qual

se delineariam, por etapas, as mudanças a introduzir. Tendo em conta que iria iniciar-se um período de férias, com alguns elementos ausentes, programou-se iniciar-se no princípio de janeiro 2016. No entanto, resultante desta formação decidiu-se incluir na avaliação inicial, no ICD da UD, alguns dos indicadores referentes à identidade da pessoa idosa com dor crónica, que não estavam incluídos e que as enfermeiras consideraram importantes: sexo, estado civil e biótipo.

Procedeu-se a uma primeira distribuição de tarefas, que apresento de seguida.

1. Formação sobre modelos teóricos de enfermagem que possam ser úteis para nortear e fazer sentido na prática de enfermagem á pessoa idosa com dor crónica na unidade dor. O objetivo, através do recurso ao estudo de caso, é responder a seguinte questão “À luz deste referencial de enfermagem, o que é que eu precisaria de conhecer da pessoa idosa com dor crónica para poder ajudá-la no seu projeto de saúde e vida?”:
 - Meleis: Teoria das transições – Madalena Mela
 - Gomes: Modelo de Parceria para a Promoção do Cuidado de Si – Dulce Guerreiro
 - Collière: Filomena Piza (enfermeira orientadora em estágio)
2. Avaliação multidimensional da pessoa idosa:
 - Conceito/princípios (Madalena)
3. Formação sobre o envelhecimento e alterações que provoca na pessoa e escalas de avaliação multidimensional na pessoa idosa (a definir as enfermeiras por temáticas)
4. Avaliação de dor na pessoa idosa: escalas multidimensionais (a definir)
5. Reformulação do ICD com as alterações que se considerem ser pertinentes, de acordo com os contributos das formações, eventualmente incorporar algumas das escalas de avaliação
6. Elaboração de um guião para orientação da avaliação e intervenção à pessoa idosa com dor crónica
7. Repensar o método de trabalho de enfermagem, encontrar estratégias de comunicação entre os profissionais/pessoa idosa, de forma a poder prestar cuidados centrados na pessoa idosa com dor crónica.

Referências bibliográficas

- Galego, C. & Gomes, A. A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184. Acedido em 1 outubro 2015. Disponível em:
<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/reducacao/article/view/1012/832>
- Pinheiro, G. M. L., Alvarez, A. M. & Pires, D. E. P. (2012). A configuração do trabalho da enfermeira na atenção ao idoso na Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Colectiva*, 17 (8), 2105-2115.
- 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 1 outubro 2015. Disponível em:
<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/reducacao/article/view/4703/3194>

APÊNDICE XVI – Relatório da 2ª reunião formativa na UD

Relatório da 2ª reunião formativa da equipa de enfermagem na UD

De acordo com as estratégias definidas na reunião de equipa em 8 dezembro 2015, realizámos uma sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem sobre o tema “Cuidados centrados na pessoa idosa: qual o contributo dos modelos teóricos em enfermagem?”, no dia 8 janeiro 2016, das 15H-17H30M. Toda a equipa esteve presente, exceto 1 enfermeira que se encontrava ausente por doença. Optámos por planejar, realizar e apresentar esta sessão de formação em conjunto com a enfermeira Dulce Guerreiro, pois a necessidade de aprofundamento da problemática é comum no âmbito do nosso processo académico, e pertinente para a nossa prática de enfermagem na unidade dor.

Tomámos a decisão de continuar com a metodologia de *focus grupo*²⁶, pelas vantagens descritas no relatório da 1ª sessão de formação (Apêndice XV). Mantivemos os princípios inerentes a esta metodologia: contacto pessoal com todas as enfermeiras; promoção de condições favoráveis para a livre expressão de ideias e opiniões sobre a temática, sobre a prática clínica e a sugestão de estratégias para o desenvolvimento do projeto. Descrevemos com algum pormenor, esta reunião para podermos registar o processo reflexivo da equipa de enfermagem na sua dialética de articulação teoria/prática, a sua capacidade de (re) analisar a intervenção quotidiana, e de reinventar possibilidades de a transformar.

O objetivo principal da formação foi promover a reflexão sobre os modelos teóricos norteadores do cuidado de enfermagem centrado na pessoa idosa com dor crónica. Delineamos como objetivos específicos:

- Apresentar as diferenças entre os conceitos de teoria e modelo
- Compreender a importância da explicitação do modelo teórico inerente à prática de enfermagem
- Conhecer/aprofundar alguns modelos que norteiam os cuidados de enfermagem: modelo oculto, modelo dos cuidados (Collière, 1999), modelo da

²⁶ *Focus Group* é definido como uma técnica de investigação que visa a recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador, de acordo com Morgan citado por Silva, Veloso e & Keating (2014). Pode ser utilizado em combinação com outros métodos de recolha de dados (Galego & Gomes, 2005). Os autores referem que a força real do *focus group* não é apenas na exploração do que as pessoas têm para dizer, “mas Galego & Gomes (2005) referem ainda que o moderador ao dirigir o grupo pode influenciar os resultados alcançados, e que o próprio grupo pode influenciar a natureza dos dados produzidos.

transição (Meleis; 2010; Ribeiro, 2013); modelo parceria para o cuidado de si (Gomes, 2013)

- Refletir sobre o(s) modelo(s) que orienta a prática enfermagem á pessoa idosa com dor crónica na unidade dor
- Identificar alguns dos elementos de cada modelo teórico que façam sentido incorporar para um melhor conhecimento da pessoa idosa com dor crónica, e que possibilitem um cuidado centrado na pessoa idosa que promova o cuidado de si

Iniciámos a apresentação com a clarificação de conceitos entre teoria e modelo, e qual a importância de explicitar um modelo conceptual orientador da prática de enfermagem. A equipa de enfermagem reconheceu que também tinha as dificuldades em explicitar o que é a enfermagem, em que consiste o trabalho da enfermeira, a sua especificidade na equipa multidisciplinar, assim como a nossa função social para a saúde das pessoas idosas (Silva & Graveto, 2008). Para ajudar na compreensão do(s) modelo(s) ocultos norteadores na nossa prática de enfermagem, confrontámo-nos com um estudo de caso de uma pessoa idosa com dor crónica, analisando o instrumento de colheita de dados (ICD) da avaliação inicial. As enfermeiras questionaram-se sobre a razão de valorizarem determinadas informações sobre a pessoa idosa, em detrimento de outras. Por exemplo, estava registado o nome preferido, a idade, a situação profissional, antecedentes pessoais, alergias e história de dor, mas não havia registo da situação familiar. Mencionaram-se algumas justificações, como a falta de tempo, espaço, a simultaneidade de atividades, que obrigam a decidir quais as informações prioritárias a colher. No entanto, ao refletirmos sobre a razão pela qual a enfermeira regista umas informações, e não outras, apercebemo-nos que registamos muitos dos elementos que são valorizados pela equipa médica. A continuidade é útil para o trabalho de equipa. Mas, perguntávamo-nos:

- se não estaríamos a descurar informações essenciais sobre a pessoa idosa, para podermos construir uma parceria, que suporte cuidados de enfermagem capazes de promover o cuidado de si, na pessoa idosa com dor crónica

- qual a necessidade de saber, por exemplo, a profissão da pessoa, a idade, ou a escolaridade. Constatámos a dificuldade que temos em fundamentar de forma consistente a prática de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica.

Esta reflexão suscitou a curiosidade em conhecer alguns modelos teóricos orientadores da prática de enfermagem à pessoa com dor crónica. O primeiro modelo que apresentámos, foi o modelo de cuidados de Collière (1999). A autora refere que não interessa a recolha sistemática de informação *per si*, importa a sua análise e reagrupamento de forma significativa (Collière, 1999).

Neste momento, as enfermeiras recordaram muitas das informações partilhadas pelas pessoas idosas, sobre a sua história de vida. Consideram esses dados pertinentes para um cuidado personalizado no contexto da dor crónica. No entanto, referem que não sabem o que fazer com aquela informação. Transmitem oralmente à equipa, mas na maioria das vezes não realizam o seu registo no processo, o que dificulta a continuidade de cuidados personalizados.

Nesse sentido, continuámos a reflexão com a apresentação do instrumento que agrupa as informações, e que permite compreender as informações recebidas e estabelecer entre elas laços de significação, nos 3 domínios que interferem na relação de cuidados: o que se sabe da pessoa idosa, o que se conhece, com precisão acerca da doença e o que se conhece com precisão acerca do meio ambiente, da comunidade (Collière, 1999). Demos a conhecer também, o instrumento de análise das possibilidades de autonomia que agrupa as informações de acordo com o que a pessoa idosa pode ainda sozinha, o que pode fazer com ajuda e o que já não pode fazer (Collière, 1999).

Convidámos então as enfermeiras, a identificar os elementos que deveríamos valorizar e/ou incorporar no nosso ICD, para nos ajudar a conhecer melhor a pessoa idosa com dor crónica, para uma prestação de cuidados centrados na pessoa. Na discussão que se seguiu, as enfermeiras deram sugestões, ilustrando com situações e experiências da sua prática, o que permitiu uma articulação entre a teoria e a prática. Salientamos apenas alguns dos elementos referidos pelas enfermeiras, apoiadas no modelo apresentado:

- As relações de proximidade da pessoa idosa, não nos restringirmos ao registo do agregado familiar e à pessoa de referência.

- A perceção que a pessoa idosa tem sobre os recursos familiares/sociais que tem (por exemplo, pode ter filhos, mas sentir-se sozinha)
- A dinâmica familiar, o papel da pessoa idosa no seio familiar
- Conhecer o que é que fazia antes, que agora por causa da dor não consegue fazer?
- Perceber o estado emocional: como se sente com esta situação de dor crónica? Conhecer o motivo do estado emocional, já era assim antes?
- Conhecer e avaliar com precisão o impacto da dor crónica nas atividades de vida da pessoa idosa.

Mantinhm-se algumas dúvidas. Sabíamos, pela nossa experiência, que a história de dor se interliga com a história de vida da pessoa idosa. Qual o modelo que nos poderia ajudar a dar uma estrutura para a compreensão global da dor na história da pessoa idosa?

Continuámos a promover a reflexão em equipa, com a apresentação do modelo de transição de Meleis (2010). Através do modelo de acompanhamento de enfermagem na pessoa com dor crónica, tentámos uma aproximação à nossa prática de cuidados à pessoa idosa com dor crónica (Ribeiro, 2013).

As enfermeiras reconhecem que este modelo oferecia uma possibilidade de compreender a pessoa idosa com dor crónica, e estabelecer laços de significação entre as informações que eram partilhadas. Na análise e discussão do modelo da transição á pessoa com dor crónica, verificámos que as enfermeiras incorporavam gradualmente os elementos dos modelos, e conseguiam fundamentar algumas das situações da sua experiência profissional. A título de exemplo, uma pessoa informou-nos numa 1ª consulta que é viúva há 6 meses. A estrutura deste modelo permite-nos identificar que esta senhora está a viver transições de tipo: saúde-doença: agravamento da dor crónica; desenvolvimento: envelhecimento; situacional: morte do marido. A senhora está a viver transição múltipla, sequencial, mas também simultânea e não desejada, pelo que vai influenciar a sua capacidade de viver com a sua dor crónica. Começamos como equipa então, a perceber a necessidade de identificar com a pessoa idosa, as condições pessoais e da comunidade e sociais, que podem facilitar ou inibir ou transição saudável. Assim, como a descobrir que podemos e devemos fundamentar cada pergunta que fazemos à pessoa idosa com dor crónica, do ponto

de vista de enfermagem. Destacamos alguns dos elementos referidos pelas enfermeiras, apoiadas no modelo apresentado:

- Apesar de já estar contemplado no nosso ICD; as expectativas, as enfermeiras pensam que é um elemento a aprofundar. Perceber as expectativas da pessoa idosa em relação ao que a unidade dor pode oferecer, como em relação às expectativas em relação à sua própria dor crónica, e à própria medicação. A intervenção, que habitualmente realizamos, de enquadramento de expectativas não fica registada (porque não é valorizada por nós?)
- Considerou-se útil ponderar a reformulação do ICD, refletindo na sua estrutura a classificação das transições, de forma a podermos identificar quais as pessoas idosas com dor crónica, com maiores dificuldades e em risco de um não adequado controlo da dor. Pensou-se, que esta identificação justificaria intervenções de enfermagem mais frequentes de acompanhamento, por exemplo, através da nossa consulta telefónica, ou então fundamentar o encaminhamento/apoio para outros profissionais de saúde, nomeadamente psicóloga, técnica do serviço social ou técnica de nutrição e dietética.
- Falámos também, na necessidade de construir um manual que explicita os modelos norteadores da nossa prática de enfermagem na unidade dor, e fundamente os elementos constituintes do nosso ICD.

Apesar de reconhecermos, necessidade de mudança antevemos a necessidade de repensar de modo mais aprofundado o que faz sentido, nestes modelos para a nossa prática, e na forma de operacionalizarmos os pressupostos na nossa prática profissional. Nesse sentido, necessitamos ainda de refletir sobre o modelo de parceria para o cuidado de si da autoria de Gomes (2013). Durante a apresentação dos princípios inerentes ao modelo de intervenção, bem como das fases que o constituem, fomos procurando que as enfermeiras as articulassem e as reconhecessem na sua prática atual, projetassem possibilidades melhoria para a construção de parceria a fim de promover o cuidado de si, ou assegurar o cuidado do outro. Ao salientar, que as diferentes fases estão interligadas, as enfermeiras conseguiram com mais facilidade utilizar o modelo para retratar a sua prática à pessoa com dor crónica. O desafio sentido, o de consciencializar o modelo tal como os outros, porque é novidade, mas sobretudo, de ficar registado e dar visibilidade às intervenções que revelam o processo de construção da parceria inerente.

Percebemos, que o objetivo na apresentação do modelo foi atingido, quando uma enfermeira referiu que a nossa finalidade como enfermeira numa unidade dor não é o controlo da dor na pessoa idosa *per si*, mas capacitar a pessoa idosa para o controlo da sua dor crónica, para o cuidado de si, afim de prosseguir com o seu projeto de vida, qualquer que seja, e de acordo com a sua circunstância. A reflexão sobre este modelo suscitou algumas questões, ainda a serem refletidas, nomeadamente:

- Como poderemos nas condições exiguidade do espaço físico da unidade dor, criar o espaço e tempo para promover uma relação de confiança com a pessoa idosa com dor crónica, como referido por Gomes (2013)?
- O envolver-se obriga por parte da enfermeira a um aprofundamento do conhecimento da pessoa idosa. A título de exemplo, referia uma enfermeira, quando perguntamos os hábitos intestinais (pertinentes por causa do risco de obstipação induzida por opióides), não é suficiente saber se é obstipação. É necessário perguntar as medidas adaptativas que utiliza, a sua eficácia, validar os conhecimentos da pessoa idosa sobre os cuidados sobre a prevenção da obstipação, e só depois capacitar a pessoa idosa.
- O ICD deve ser considerado como um instrumento que agrupa a informação (Collière, 1999). Não é um momento único. Deste modo, deve ser preocupação das enfermeiras acrescentar toda a informação que vai colhendo ao longo da relação que estabelece, de forma a construir uma relação de parceria com a pessoa idosa.
- Na pessoa idosa é necessário medir o impacto da dor crónica na pessoa idosa de forma objetiva, por isso é necessário utilizar instrumentos de avaliação, por exemplo, o inventário resumido da dor, escala de avaliação da marcha, entre outras.

Terminámos a discussão em equipa, definindo as próximas atividades:

8. Reformulação do ICD de avaliação inicial, de acordo com as sugestões dadas, que será realizada por mim, e pela enfermeira Dulce.
9. O ICD será apreciado pela equipa de enfermagem, anotadas as sugestões e só depois, ficará em teste durante um período para validação dos elementos que o constituem.
10. Envio do relatório para toda a equipa, via email, para validação do mesmo.

11. Transmissão pessoal da reunião de equipa à enfermeira que não pode estar presente, explicando as razões das decisões tomadas em equipa, para o seu envolvimento.

Referências bibliográficas

- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da pratica das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Galego, C. & Gomes, A. A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5, 173-184. Acedido em 1-10-2015. Disponível em:
<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1012/832>
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: midle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Ribeiro, A. L. A. (2013). A pessoa com dor crónica - Um modelo de acompanhamento de enfermagem. (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Shumacker, K.L., Jones, P. S.& Meleis, A. L. (1999). Helping Elderly Persons in Transition: A Framework for Research and Practise. In E. A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds.). *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (pp.1-26). New York: Springer.
- 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 1-10-2015. Disponível em:
<http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703/3194>
- Silva, M. A. & Graveto, J. (2008). Modelo conceptual versus “modelo oculto” para a (na) prática da enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 12 (2), 67-70.

APÊNDICE XVII – Relatório da 3ª reunião formativa na UD

Relatório da 3ª reunião formativa da equipa de enfermagem na UD

Realizámos uma sessão de formação em serviço à equipa de enfermagem sobre o tema “Avaliação multidimensional da pessoa idosa...com dor crónica”, no dia 22 janeiro 2016, das 14H-16H30M. Todas as enfermeiras da equipa estiveram presentes. Definimos como objetivo geral o contribuir para o aprofundamento de conhecimentos na equipa de enfermagem na unidade dor sobre a avaliação multidimensional da pessoa idosa com dor crónica. Os objetivos específicos delineados foram:

- Apresentar os conceitos de saúde, funcionalidade, autonomia e independência na pessoa idosa, de acordo com Moraes (2012)
- Dar a conhecer a importância da identificação do risco de vulnerabilidade da pessoa idosa e da importância da avaliação multidimensional
- Apresentar alguns instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa, nomeadamente do GERMI (s/d).
- Conhecer os fatores para estratificação do risco nas pessoas idosas com dor crónica
- Conhecer os elementos para avaliação abrangente da dor na pessoa idosa
- Definir os instrumentos de avaliação multidimensional a incorporar numa primeira fase na avaliação inicial da pessoa idosa com dor crónica na unidade dor

Nesta sessão e tendo em conta os objetivos definidos, pautados sobretudo pela transmissão de informação, optámos pelo método expositivo. No entanto, recorreremos também ao método participativo estimulando a colocação de dúvidas, comentários e articulação dos conceitos teóricos com a nossa prática. Tal como na reunião anterior, decidimos optar pelo planeamento e apresentação conjunta, com a colega no mesmo percurso académico, aglutinando as nossas forças para a dinamização conjunta e articulada, dos nossos projetos, no seio na equipa de enfermagem. Fundamentámos teoricamente a nossa apresentação em Moraes (2012) pela perspetiva que oferece sobre a saúde da pessoa idosa e a justificação da necessidade de avaliação multidimensional, e em Reid, Eccleston & Pillemer (2015), pela especificidade da problemática da avaliação da dor na pessoa idosa.

Iniciámos a apresentação com a clarificação de conceitos de saúde, funcionalidade, autonomia e independência na pessoa idosa, de acordo com Moraes

(2012). Salientamos a importância da identificação do risco de vulnerabilidade e a importância da avaliação multidimensional da pessoa idosa. Demos a conhecer alguns dos instrumentos de avaliação multidimensional da pessoa idosa, nomeadamente do GERM (s/d)I. Partilhámos a nossa experiência na utilização dos instrumentos de avaliação multidimensional na pessoa idosa ao longo do estágio, as dificuldades que sentimos, as estratégias para as ultrapassar, e os ganhos que sentimos no conhecimento mais profundo da pessoa idosa com dor crónica, a fim de ajudarmos a promover o cuidado de si, para prosseguir o seu projeto de saúde e vida (Gomes, 2013).

De seguida, procurámos conduzir as colegas a olhar para a especificidade da dor crónica na pessoa idosa. Apresentámos os fatores preditores de dor crónica, em que a idade avançada surge como um dos elementos principais (Reid; Eccleston & Pillemer, 2015). As enfermeiras reconheceram os fatores preditores de fracos resultados no controlo da dor na pessoa idosa com dor crónica, nomeadamente a tríade: elevados níveis de dor e de incapacidade, dor de longa duração e com múltipla localização (Reid; Eccleston & Pillemer, 2015). Refletimos então, que a estratificação de risco da pessoa idosa com dor crónica convida-nos a pensar em novas abordagens para ajudar no processo de cuidado de si, no que diz respeito ao controlo da sua dor crónica. Os autores atrás mencionados preconizam a necessidade de incorporar mais elementos para uma avaliação da dor mais abrangente, particularmente na pessoa idosa (Reid; Eccleston & Pillemer, 2015). Salientam a avaliação de várias dimensões e sugerem perguntas para colocarmos à pessoa idosa. Durante a apresentação, a participação das enfermeiras apenas foi mediada no sentido de ajudar a mobilizar e a articular, as dimensões apresentadas com a nossa prática de cuidados, à luz dos aportes teóricos dados nesta sessão ou nas anteriores. De forma breve apresentamos as dimensões descritas e as respetivas perguntas sugeridas pelos autores, que ajudaram na reflexão no seio da equipa, e as principais conclusões e estratégias de melhoria propostas pela equipa, em relação às diferentes dimensões para a avaliação abrangente da dor da pessoa idosa. Salientamos em relação às dimensões de avaliação da dor na pessoa idosa:

- **Sensorial** (*Qualidade, localização, padrão temporal fatores de exacerbação e alivo?*).

Concluimos que esta é a dimensão mais valorizada no nosso quotidiano. Apesar, de requer alguma atenção a nível dos registos de enfermagem (como podemos constatar na apresentação do diagnóstico de situação dos registos

de enfermagem da avaliação inicial), verificamos que a necessidade desta avaliação está incorporada nas enfermeiras.

- **Impacto emocional** (*Como é que a dor afeta o seu humor, sensação de bem-estar, nível de energia? Está preocupado com a sua dor ou com o que a pode estar a causar?*)

Concluimos que apesar de avaliarmos de forma sumária o estado emocional da pessoa idosa no momento da entrevista com a enfermeira, não aprofundamos (ou se o fazemos não registamos) como a dor afeta o estado emocional da pessoa idosa, nem o fazemos com a *precisão* necessária para um correto diagnóstico de enfermagem através de um instrumento de avaliação Collière (1999). Reforçamos a necessidade de utilizar o Inventário resumido da dor (IRD), que abrange esta área. Numa fase posterior do desenvolvimento do projeto, caso esta área esteja alterada, poderíamos utilizar a escala da depressão geriátrica, para detetar estados depressivos, e podermos planear intervenções com a pessoa idosa nessa área.

- **Impacto funcional** (*A dor afetou a capacidade de realizar as atividades diárias? De fazer coisas que gostava? E a relação com os outros? Se sim, como?*)

A conclusão é semelhante à que chegamos na dimensão anterior. Reforço da necessidade da utilização do IRD na avaliação do impacto da dor no estado funcional da pessoa idosa. As escalas do GERMI podem ajudar no melhor conhecimento do estado funcional, no entanto exigem treino na sua aplicação. Assim, decidimos começar pela escala de avaliação da marcha de Holden, por duas razões principais. A primeira tem com as características da dor crónica na pessoa idosa, ou seja, de relacionar-se sobretudo com a artrose e osteoporose, em que a localização mais frequente é a anca e os membros inferiores, e ser contínua (Azevedo et al, 2012). Este fato que tem impacto na marcha da pessoa idosa, pode assim comprometer a sua mobilidade, consequentemente a independência e a funcionalidade, interferindo na saúde da pessoa idosa (Moraes, 2012). Justifica-se, a pertinência da avaliação desta dimensão na pessoa idosa com dor crónica na unidade dor. A segunda razão, esta relacionada com a necessidade de integrar, de forma gradual, novas práticas na prática de enfermagem. Portanto, optámos por um instrumento de avaliação que as enfermeiras consideraram útil para os cuidados, que seja fácil e rápido de utilizar, numa entrevista à pessoa idosa, num contexto com sérios constrangimentos de espaço-tempo, como o da unidade de dor. Deste modo, esperamos ir dissolvendo as barreiras e preconceitos que habitualmente temos na utilização de instrumentos de avaliação, na nossa prática clínica.

- **Sono** (*A dor afetou o seu sono? Tem dificuldade em adormecer ou precisa de medicamentos para ajudar a dormir por causa da dor?*)

Concluimos que apesar de sabermos que é uma área que tem estreita relação com a dor, não era muito valorizada por nós na avaliação inicial. Está também contemplada no IRD, e decidimos incorporá-la no ICD da avaliação inicial.

Em relação, às dimensões que se seguem, as enfermeiras reconhecem a sua importância, e concluimos que são áreas que necessitamos de aprofundar

futuramente. Pensamos que seria útil, como lembrete, colocar uma ou outra pergunta no ICD como ajuda à enfermeira na entrevista de avaliação inicial:

- **Atitudes e crenças** (*Tem alguns pensamentos ou opiniões sobre a sua experiência de dor que ache ser importante nós sabermos? Tem alguns pensamentos ou opiniões sobre os tratamentos específicos para a dor que ache ser importante nós conhecermos?*)
- **Estilos de coping** (*Que coisas o ajudam a lidar com a sua dor? Pode ser ouvir a sua música preferida, rezar, ficar quieto ou isolar-se dos outros?*)
- **Expetativas de tratamento e objetivos** (*O que é que pensa que é provável que aconteça com o tratamento que nós recomendamos? Quais são as coisas mais importantes que espera que aconteça em resultado do tratamento?*)
- **Recursos** (*Existe alguém na sua casa ou Existe alguém na sua casa ou na comunidade com quem possa contar para ajudar e apoiar quando a dor piorar?*)

Na ultima parte da reunião, realizámos um resumo das principais estratégias encontradas pela equipa para conhecerem melhor a pessoa idosa com dor crónica, para a ajudar a assegurar o cuidado de si ou do outro, a fim de que possa prosseguir o seu projeto de saúde e vida, qualquer que seja a sua circunstância (Gomes, 2013). Decidimos então, nesta altura terminar ICD da avaliação inicial na unidade dor, discutilo, para o testar posteriormente.

Em termos de reflexão pessoal, consideramos que esta sessão consolidou os elementos significativos, que ao longo do projeto, as enfermeiras foram encontrando o sentido(s) para a sua incorporação na sua prática para conhecer melhor a pessoa idosa com dor crónica. Assim, foram descobrindo a necessidade de construir uma intencionalidade do agir como enfermeiras, que se manifesta, em cuidados “tão simples” como as perguntas que fazemos às pessoas de quem somos responsáveis: o que queremos saber? Porque queremos saber? Para que nos serve esse conhecimento? Em quem ou no que fundamentamos esse cuidado de enfermagem? Qual a finalidade que pretendemos? Que tipo de resultados esperamos obter, e quem ganha com eles?

No início do projeto, elaboramos um guião do modelo de parceria baseado em Gomes (2013). Decidimos não apresentar á equipa deliberadamente no início do projeto. Acreditávamos que a equipa tinha a capacidade de analisar criticamente a

sua prática, e se fossem oferecidas novas visões da realidade profissional partilhadas através dos autores seleccionados, as enfermeiras eram capazes de descobrir novos sentidos no cuidar à pessoa idosa com dor crónica. No fundo, pretendíamos que as enfermeiras fossem capazes de “teorizar” a sua prática. Constatámos, no percurso realizado com a equipa, as enfermeiras (sem o saberem) “construíram” os indicadores definidos nas fases de revelar-se e envolver-se no guião do modelo de parceria baseado em Gomes (2013). Portanto, quando apresentarmos o modelo teórico da parceria as enfermeiras não terão dificuldade em reconhecer, encontrar sentido, mobilizar o que diz a autora e articular com a sua prática à pessoa idosa com dor crónica.

Saliento, ainda que o percurso exposto anteriormente corresponde também a um percurso pessoal e profissional da nossa parte ao longo do desenvolvimento do projeto académico. Este é um caminho que percorremos em simultâneo, mas que necessitou também de ser previamente desbravado, através da nossa própria reflexão e aprendizagem no cuidado à pessoa idosa com dor crónica. No entanto, a realização do caminho em equipa possibilitou a visão de novos e exigentes itinerários para a melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica (alguns descritos nos relatórios das formações anterior), que como enfermeira especialista tenho o dever de os percorrer, e que poderão ser a continuidade de mudanças na prática desencadeada por este projeto.

Referências bibliográficas

- 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), 773-783.
- Collière, M. F. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- GERMI (s/d). *Avaliação Geriátrica*. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna.
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência
- Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido a 3-11-2015. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>
- Reid, M.C., Eccleston, C. & Pillemer, K. (2015). Management of chronic pain in older adults. *BMJ*, 50, h532. DOI: 10.1136/bmj.h532.

**APÊNDICE XVIII – Instrumento colheita de dados de avaliação
inicial da UD – fevereiro 2015**

Etiqueta identificação doente

UNIDADE DOR
Avaliação Inicial Enfermagem

Dados Gerais (Conhecer a Identidade da Pessoa)

Nome preferido _____ Sexo M F Biotipo/ Etnia _____ Idade _____
Escolaridade _____ Naturalidade _____ Língua materna _____
Profissão _____ Ativo Desempregado Reformado Atestado Médico
Necessidades especiais (Religião, ...) _____ Contacto telefónico _____
Estado Civil _____ Observações _____

Ambiente Familiar (Conhecer Contexto Vida da Pessoa)

Agregado familiar _____ Rede de apoio/ Familiar _____
Pessoa referência _____ Parentesco _____ Contacto telefónico _____
Situação económica, habitacional _____
Necessidade apoio social Sim Não Avaliação social anterior Sim Não
Especifique avaliação anterior _____
Avaliação atual Sem /Com critério para apoio: Receitas Medicação Outro _____
Atividades de Lazer _____
Estilos vida _____ Experiências significativas anteriores _____

Antecedentes Pessoais (Conhecer História de Doença da Pessoa)

Referenciação e Diagnóstico (ver Folha Diário Clínico)

Conhecimento do diagnóstico Pessoa / Família _____

Antecedentes Relevantes _____

Alergias _____

Terapêutica domicílio (Ver Registo em Folha de Terapêutica)

Responsabilidade da gestão terapêutica (quem, em quê, porquê, problemas de adesão) _____

Observações _____

História da Dor (Conhecer História de Dor)

Localização / Qualidade / Intensidade (Ver Registo em Folha de Diagrama Corporal)

Perfil Temporal

Início: Não se recorda Não sabe Não aplicável Menos ou igual a 1 mês
> 1 mês e < ou = a 6 meses > a 6 meses Outros _____

Padrão da Dor: Não sabe ou não se recorda Dor constante com variações

Dor constante com crises Crises sem Dor nos intervalos Crises com Dor nos intervalos

Paroxística Outros _____

Fatores de Exarcebação _____ Fatores alívio _____

Medicação Analgésica (Ver Registo em Folha de Terapêutica)

Duração Efeito da Medicação: Inferior ou = a 1 hora

Superior a 1 hora e = ou superior a 3 horas Superior a 3 horas e = ou inferior a 6 horas

Alívio da Medicação (0% nenhum alívio e 100% alívio completo) ____%

Observações: _____

Impacto da Dor na Vida da Pessoa

Data	/ /	Especifique	/ /	Especifique	/ /
Atividade Geral					
Disposição					
Capacidade andar a pé					
Trabalho normal					
Relação outras pessoas					
Sono					
Prazer de viver					

Escala de 0 (não interferiu) a 10 (interferiu completamente)

Expetativas (Dor, Tratamento,...) _____

Conhecer a Singularidade da Pessoa (Processo de envelhecimento,...)

Estado Mental (consciência/orientação) _____

Se aplicada MMSE _____ pontuação. _____

Estado Afetivo

Estado emocional Calmo Ansioso Triste Inseguro Outros _____

Se aplicada GDS-15 _____ pontuação. _____

Sono / Alterações do Padrão _____

Medidas adaptativas _____

Estado Funcional

Deambular / Marcha

Independente Sim Não Medidas adaptativas: Bengala Canadianas

Andarilho Cadeira de rodas Dependência no deambular Maca Outros _____

Se aplicada escala de Holden Categoria _____

Autocuidado

Alimentar-se Via de alimentação Oral Entérica: Sonda nasogastrica PEG

Deglutição alterada: Sólidos Líquidos Outros _____

Observações _____

Se aplicada escala Mini Nutritional Assesment Classificação _____

Eliminação Hábitos eliminação intestinal Regular Obstipação Diarreia Ostomia

Medidas adaptativas _____

Observações.

Estado Sensorial

Alterações / Medidas Adaptativas

Visão _____

Audição _____

Tacto _____

Outras _____

Entregue Guia de Acolhimento Sim Não

Observações _____

Data ____ / ____ / ____

Enf.ª _____

APÊNDICE XIX – Relatório da 4ª reunião formativa na UD

Relatório da 4ª reunião formativa da equipa de enfermagem na UD

Para esta reunião formativa da equipa de enfermagem estabelecemos uma estratégia diferente das que foram utilizadas anteriormente. Nas sessões anteriores preocupávamo-nos em apresentar diferentes perspetivas teóricas de enfermagem, previamente analisadas e já trabalhadas por nós (a realizar no contexto académico). Neste momento, pensámos que seria interessante e uma maior fonte de aprendizagem e desenvolvimento, tal como é para nós, proporcionar às restantes colegas o acesso direto à leitura e análise de uma autora. Tendo em conta, que estávamos com dificuldades com recursos humanos (ausência de um elemento, por doença), e queríamos manter a prática formativa semanal, propusemos às enfermeiras a análise de um capítulo de um livro. Seleccionámos o capítulo 8 *“Como fazer uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família”* do livro *“Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família”* de Wright & Leahey (2009). Explicitamos alguns dos motivos. O quotidiano da enfermeira na unidade dor pauta-se sobretudo na interação presencial ou telefónica com pessoas idosas e famílias, em contextos com constrangimentos de exiguidade de espaço, que podem interferir com a qualidade da comunicação realizada e compreendida entre os intervenientes. A temática do capítulo apresenta elementos essenciais que podem ajudar na entrevista da enfermeira com a pessoa idosa e com a família. Pareceu-nos que seria de interesse e útil para nós. Estar escrito em português facilita a adesão, quando se pretende impulsionar a (re)adquirição de hábitos de leitura. Distribuímos cópias do capítulo. Propusemos o trabalho e definimos entre nós, que todas as enfermeiras leriam a introdução e aprofundariam a leitura de um sub-capítulo, correspondente a um ingrediente-chave na entrevista à família, tal como é apresentado pelas autoras. Combinámos, ser uma apresentação oral, sem diapositivos, em que cada enfermeira partilhava os elementos que considerou mais significativos, e com sentido para a sua prática de cuidados à pessoa idosa com dor crónica e sua família.

Na apresentação de cada enfermeira seguiu-se a sequência do livro, e a nossa perceção é que a equipa facilmente mobilizou os princípios das autoras e os articulou com a prática da unidade dor. Na partilha reflexiva entre as enfermeiras salientaram-se boas práticas, e ainda uma sensibilização e possibilidades de melhoria na interação com a pessoa idosa, e sobretudo uma atenção à família.

Esta metodologia permitiu que as enfermeiras reconhecessem que a sua apresentação pessoal e das pessoas da equipa, a cordialidade, a simpatia, a explicitação dos objetivos da entrevista, a inclusão dos familiares, são alguns dos elementos essenciais para uma interação profissional terapêutica, pois pode transportar em si, o potencial de cura para a pessoa idosa e sua família (Wright & Leahey, 2009). Os exemplos de perguntas terapêuticas que as autoras apresentam foram um convite à reflexão sobre novas posturas profissionais, que abandonem a superficialidade do conhecimento da pessoa idosa insuficiente para modelos de cuidados de enfermagem, que se fundamentam em princípios de personalização e singularidade da pessoa idosa com dor crónica e sua família (Wright & Leahey, 2009).

Todas as perguntas terapêuticas são importantes. No entanto as enfermeiras assinalaram duas, que referimos que deviam fazer parte de qualquer interação com a pessoa idosa e família, que nos ajudariam a centrar o cuidado nas pessoas, e que transcrevemos de seguida:

- “ • agora qual é a pergunta para a qual você mais gostaria de obter resposta durante nossa conversa direta? (Wright, 1989). Posso não ser capaz de responder essa pergunta no momento, mas farei o melhor e tentarei encontrar a resposta para você. (Identificar o problema ou preocupação mais urgente.)
- De que forma tenho sido mais útil para você nessa reunião de família? Como podemos melhorar? (Mostrar vontade em aprender com as famílias e trabalhar de forma colaborativa.)” (Wright & Leahey, 2009, p. 233).

Com esta reunião reflexiva as enfermeiras compreenderam e fundamentaram os elementos da primeira fase no modelo de parceria – Revelar-se. A construção de um processo de parceria que possibilite conhecer o potencial de desenvolvimento da pessoa idosa com dor crónica numa unidade dor, passa pelo um conhecimento mútuo, em que a enfermeira deve começar ela, por se dar a conhecer (Gomes, 2013).

Mais uma vez, as enfermeiras consciencializaram-se dos indicadores que constam no guião do modelo da parceria, no item “o enfermeiro dá-se a conhecer”, sem que se lhe tenha dado conhecimento prévio “pré-feito”.

Na segunda parte da reunião, partilhamos as dificuldades sentidas com o novo ICD de avaliação inicial à pessoa idosa em fase de teste, e os constrangimentos de espaço/tempo para uma entrevista mais centrada na pessoa idosa. Recolheram-se os contributos para melhorar tanto a informação que contém, como também o grafismo.

Combinámos proceder à alteração do ICD e diagrama corporal, e testar novamente para a semana, na entrevista inicial á pessoa idosa com dor crónica.

Procedeu-se também, á análise do ICD para a dor irruptiva da pessoa idosa também em teste, bem como às possíveis alterações da folha de registo da consulta telefónica/presencial. Não desenvolvemos esta área, pois refere-se ao projeto académico da colega.

Referências bibliográficas

- Wright, L. M. & Leahey, M. (2009). *Como fazer uma entrevista de 15 minutos (ou menos) com a família*. In L. M. Wright & M. Leahey. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família* (4ª ed.) (pp 227- 239). São Paulo: Editora Roca
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência

APÊNDICE XX – Apresentação e análise reflexiva dos resultados dos registos de enfermagem na avaliação inicial - fevereiro 2016

Análise comparativa dos registos de enfermagem da avaliação inicial na UD, à luz do Modelo de Parceria (Gomes, 2013)

– outubro 2015 e fevereiro 2016

Consideramos pertinente a comparação entre os registos realizados pelas enfermeiras na avaliação inicial à pessoa idosa com dor crónica na UD, no início do projeto (outubro 2015) e na fase de avaliação do nosso projeto, fevereiro 2016.

Definimos para a colheita de dados, o período de 1 a 5 fevereiro de 2015.

Selecionámos os registos de enfermagem referente à avaliação inicial realizados de pessoas idosas que foram consultadas pela primeira vez, na UD, nesse período. Recorremos à grelha de análise dos registos de enfermagem, utilizada no diagnóstico de situação, e que tinha sido elaborada de acordo com o modelo de parceria (Gomes, 2013).

Apresentamos de forma sumária a caracterização da amostra conseguida. No período selecionado, das pessoas com dor crónica consultados pela primeira vez na UD, oito pessoas eram idosas. Predominou sexo feminino (n=5), e a idade oscilou entre os 67 e 86 anos, com média de idade de 76, 87 anos. A nacionalidade é predominantemente portuguesa (n=5, mas também encontramos 1 pessoa ucraniana, e 2 naturais de africa (Angola e S. Tomé e Príncipe). A maioria a escolaridade básica, até ao 4º ano (n=5), duas pessoas têm o equivalente ao 5 e 6º ano (n=2) e uma pessoa tem um curso superior (n=1). Em relação ao estado civil, a maioria é casada (n=5), viúva (n=2) e não temos registo num processo (n=1). Todas as pessoas são reformadas à exceção de 2: uma ainda se encontra a trabalhar, e outra é doméstica. Quanto à natureza da doença, 4 pessoas têm doença oncológica e 4 têm doenças do foro não oncológico.

Decidimos apresentar os dados dos registos de enfermagem da fase de avaliação do projeto (fevereiro 2016), juntamente com os achados encontrados no diagnóstico de situação (outubro de 2015), para facilitar a análise comparativa e a sua consequente reflexão.

Lembramos que, considerámos, como “não aplicável” os indicadores não definidos nos ICD vigentes nas respetivas fases, e definimos como “registado” ou “não registado”, de acordo com a presença ou não do registo de enfermagem no processo clínico.

Apresentamos de seguida os achados, à sua análise comparativa nas duas fases do projeto (diagnóstico situação- outubro 2015 e avaliação- fevereiro 2016, e à reflexão suscitada.

Na 1ª fase do processo de construção de parceria com a pessoa idosa, **Revelar-se**, "...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados." (Gomes, 2013, p.99).

Verificámos que na análise dos registos da avaliação inicial às pessoas idosas não foram definidos no ICD da UD indicadores referentes à dimensão da enfermeira dar-se a conhecer à pessoa idosa. Mantem-se como não aplicáveis, tal como apresentamos na tabela que abaixo se apresenta.

DAR-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA	Outubro 2015			Fevereiro 2016		
	Registado	Não registado	Não aplicável	Registado	Não registado	Não aplicável
A enfermeira cumprimenta a pessoa idosa			6			8
A enfermeira apresenta-se (nome, profissão)			6			8
A enfermeira explica o que vai fazer (objetivo avaliação inicial/continuidade com a consulta médica)			6			8
A enfermeira promove a afetividade (demonstra carinho, simpatia)			6			8
A enfermeira promove um ambiente propício à interação (mostra disponibilidade e respeito pela pessoa, promove a escuta ativa).			6			8

Reflexão parcelar: Apesar de existirem registo de enfermagem desta dimensão, as observações por nós realizadas verificámos que as enfermeiras têm em consideração os elementos desta dimensão. Verbalizam, e constámos dificuldades na promoção de um ambiente propício à interação. Nomeadamente, o ruído, a distração provocada pela presença da simultaneidade de outros profissionais na no mesmo espaço/tempo, pelas características físicas exíguas da UD. As enfermeiras inquietam-se quando não consideram que, apesar dos seus esforços, não conseguiram oferecer à pessoa idosa e sua família o ambiente propício à interação.

Em relação, à dimensão de conhecer a identidade da pessoa idosa, que apresentamos na tabela seguinte, denota-se que em fevereiro de 2016, se mantem a preocupação das enfermeiras no seu registo completo: nome completo, sexo, idade, naturalidade/nacionalidade, escolaridade, contato telefónico, profissão e atividade. Existem registos incompletos no nome que gosta de ser tratado (n=7), biótipo (n=6) e estado civil (n=7). Não existem registo quanto às necessidades especiais relacionadas com a religião. Constatámos que os novos indicadores têm registos quase completos.

CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA IDOSA	Outubro 2015			Fevereiro 2016		
	Registado	Não Registado	Não aplicável	Registado	Não registado	Não aplicável
Nome	6			8		
Nome pelo qual gosta de ser tratado	6			7	1	
Sexo			6	8		
Biótipo			6	6	2	
Idade	6			8		
Nacionalidade/naturalidade	6			8		
Escolaridade	6			8		
Contacto telefónico	6			8		
Profissão			6	8		
Atividade (ativo, reformado, atestado médico)	5	1		8		
Estado civil			6	7	1	
Necessidades especiais (Religião e espiritualidade)			6		8	

Reflexão parcelar: *nesta dimensão foram incluídos novos indicadores no ICD (sexo, biótipo, idade, profissão, estado civil) que parecem ser considerados pertinentes pelas enfermeiras para o conhecimento da pessoa idosa, tendo em conta o número de registos encontrados. No entanto, não se verificou o preenchimento em relação às necessidades especiais (religião, espiritualidade). Será que as enfermeiras não consideram relevante, apesar de ser uma considerada uma condição pessoal que influencia uma transição saudável na pessoa com dor crónica (Ribeiro,2013)? Ou será que é um elemento difícil de abordar ou não é uma área-chave numa primeira interação?*

Na dimensão de conhecer o contexto de vida da pessoa idosa, verificámos que nos registos as enfermeiras mantêm a preocupação no conhecimento do agregado familiar é essencial (n=8), da pessoa de referência (n=7). Nota-se uma atenção acrescida, em relação a outubro 2015, aos registos referentes à situação económica (n=6), às atividades de lazer (n=6) e à rede familiar (n=5). Não foram registados elementos relativos condições habitacionais, nem à rede de apoio mais alargada, e constatámos uma diminuição dos registos sobre os hábitos de vida/comportamentos aditivos.

CONHECER O CONTEXTO DE VIDA DA PESSOA IDOSA	Outubro 2015			Fevereiro 2016		
	Registado	Não registado	Não aplicável	Registado	Não registado	Não aplicável
Agregado familiar (com quem vive)	6			8		
Pessoa referência (nome, parentesco, contacto telefónico)	3	3		7	1	
Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio)	2	4		5	5	
Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se é próprio ou alugado)			6		8	
Situação económica (existem dificuldades, de que tipo)	4	2		6	2	
Rede de apoio (médico família, apoio social, centro dia, cuidador familiar)		6			8	
Atividades lazer/projeto vida (ocupação tempos livres, o que deseja para si)			6	6	2	
Hábitos de vida/ comportamentos aditivos	3	3		1	7	
Experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivenciam a situação atual (proximidade com serviço de oncologia, familiares acompanhados pela UD)			6	2	4	

Reflexão parcelar: comparando os resultados nas 2 observações, verificamos uma maior preocupação em conhecer o contexto de vida da pessoa idosa. De qualquer modo, alguns resultados sugerem a necessitar de uma reflexão em equipa sobre a sua ausência ou pouca representatividade em termos de registos na avaliação

inicial, tais como, rede familiar, hábitos de vida ou as experiências anteriores significativas.

Na dimensão de conhecer a história da doença da pessoa idosa, os registos de enfermagem em fevereiro 2016 continuam a apresentar unanimidade (n=8): antecedentes médicos/cirúrgicos e alergias.

Verificámos, que os novos indicadores definidos, relacionados com o conhecimento da pessoa idosa sobre o diagnóstico e a responsabilidade da gestão terapêutica são registados com alguma regularidade (n=6).

CONHECER A HISTÓRIA DA DOENÇA DA PESSOA IDOSA	Outubro 2015			Fevereiro 2016		
	Registado	Não registado	Não aplicável	Registado	Não registado	Não aplicável
Diagnóstico provisório	6			8		
Referenciação (Instituição/ Especialidade/ nome do médico)		6		8		
A pessoa idosa tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?)	2		4	6	2	
A pessoa idosa tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?)			6			8
O cuidador familiar tem conhecimento do diagnóstico (Compreende? Aceita?)			6	1	7	
O cuidador familiar tem conhecimento do prognóstico (Compreende? Aceita?)	1		5			8
Antecedentes pessoais médicos/ cirúrgicos	6			8		
Alergias	6			8		
Medicação habitual no domicílio	6			8		
Responsabilidade da gestão terapêutica (quem, em quê, porquê, problemas de adesão)	2		4	6	2	

Reflexão parcelar: Os resultados parecem salientar uma melhoria nos registos. Percebe-se ainda alguma dificuldade em relação ao registo de alguns indicadores relacionados com o conhecimento da pessoa idosa sobre o seu

diagnóstico e a responsabilidade da gestão terapêutica. Será de procurar perceber se existem dificuldades em relação a estes itens, por parte das enfermeiras, e qual os motivos. Poderá revelar a necessidade da continuidade da reflexão em equipa, na busca do sentido para as nossas ações como enfermeiras.

Nos registos de enfermagem sobre o conhecer a história de dor na pessoa idosa, reforçam os resultados de outubro 2015. Salienta-se uma melhoria no que diz respeito às características da dor, com quase unanimidade no seu registo. No entanto, apenas se encontra um registo de enfermagem sobre o impacto da dor nas atividades de vida na pessoa idosa, como comprovamos na tabela abaixo.

CONHECER A HISTÓRIA DE DOR DA PESSOA IDOSA	Outubro 2015			Fevereiro 2016		
	Registado	Não registado	Não aplicável	Registado	Não registado	Não aplicável
Localização	4	2		8		
Descritores (dor neuropática e/ ou dor nociceptiva)	5	1		8		
Temporalidade (início, duração padrão)	6			8		
Intensidade (Escala de auto ou heteroavaliação) ⁱⁱⁱ	4	2*		8		
Fatores de exacerbação	6			7	1	
Fatores de alívio	5	1		7	1	
Medicação analgésica	5	1		8		
Duração efeito medicação	4	2		6	2	
Impacto da dor nas atividades vida (Inventário Resumido da Dor)		6		1	7	

Reflexão: *Os registos de enfermagem tendem a revelar a preocupação com a história da dor da pessoa idosa. No entanto, a avaliação do impacto da dor continua a não ser registado. Mantemos assim, algumas das questões, que se nos colocavam no início do projeto, e que continuam a merecer a reflexão em equipa: porque é não há registos da avaliação? existem constrangimentos externos (ambientais, organizacionais) que condicionam a colheita de informação à pessoa idosa? quais as dificuldades sentidas pelas enfermeiras? Que estratégias propõem?*

A 2ª fase do processo de construção de parceria com a pessoa idosa é designada por **envolver-se**, que "...caracteriza-se pela criação de um espaço e 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, 2013, p. 100).

Reconhecemos um maior interesse em conhecer a singularidade do processo de envelhecimento da pessoa. As enfermeiras demonstram nos registos a importância dada à apreciação dos estados funcional, afetivo, e à eliminação (n=8), bem como ao estado sensorial (n=7). Necessita ainda de ser aprofundada. Os registos são reduzidos no que diz respeito ao estado cognitivo (n=1) e ao sono (n=3). Salientamos que em relação à marcha, encontramos 3 registos em que a enfermeira recorreu ao instrumento de avaliação.

CONHECER A SINGULARIDADE PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA PESSOA	Outubro 2015			Fevereiro 2016		
	Registado	Não registado	Não aplicável	Registado	Não registado	Não aplicável
Estado Mental (consciência/orientação, eventual aplicação MMSE)			6	1	7	
Estado funcional (Marcha: escala <i>Holden</i> ; atividades básicas vida: escala <i>Barthel</i> ; atividades instrumentais vida: índice de <i>Lawton & Brody</i>)	4	2		8* * 3 utilizam escala <i>Holden</i>		
Estado afetivo (estado emocional, solidão, isolamento: Escala <i>Depressão Geriátrica Abreviada GDS-15</i>)	6			8* *sem recurso a escala		
Estado nutricional (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, falta de peças dentárias, ingestão hídrica, se estão incluídas verduras, fruta; <i>Mini Nutritional Assesement</i>)	4	2		8* *sem recurso a escala		
Eliminação (vesical, padrão transito intestinal, medidas adaptativas)	6			8		
Sono (padrão, medidas adaptativas)			6	3	5	
Estado sensorial (visão, audição, tato, alterações, medidas adaptativas, próteses)	6			7	1	

Reflexão: os resultados obtidos parecem revelar uma maior sensibilização para o registo de elementos que permitam salientar a singularidade da pessoa idosa. Verificamos, no entanto, que ainda são superficiais, e que as enfermeiras necessitam de formação e reflexão na área da pessoa idosa, para encarar a avaliação multidimensional como um cuidado de enfermagem.

Em relação ao conhecimento mútuo dos recursos da unidade dor e da pessoa idosa, verificamos que o registo sobre as expectativas da pessoa idosa diminuiu (n=5), em relação ao número de processos consultados em outubro 2015. No ICD incluímos o indicador referente à entrega do guia de acolhimento, em que se confirma o registo da sua entrega à pessoa idosa com dor crónica, em todos os processos consultados (n=8). Não definimos outros indicadores para o ICD da UD, pelo que continuamos a considerar “não aplicável”, como surge na tabela que apresentamos de seguida.

CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DA UNIDADE DOR E DA PESSOA IDOSA	Outubro 2015			Fevereiro 2016		
	Registado	Não registado	Não aplicável	Registado	Não registado	Não aplicável
A enfermeira realiza a socialização à unidade dor (equipa, organização, consultas/tratamentos disponíveis)			6			8
A enfermeira informa sobre a consulta telefónica (objetivos, número contato, horário, circuito de resolução)			6			8
A enfermeira fornece o guia de acolhimento			6	8		
A enfermeira procura saber quais as expectativas da pessoa idosa sobre UD	5	1		5	3	
A enfermeira procura saber quais as expectativas do cuidador familiar sobre UD			6			8
A enfermeira enquadra e explicita as expectativas dentro dos limites previsíveis			6			8
A enfermeira mostra-se disponível para a pessoa idosa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)			6			8
A enfermeira mostra-se disponível para o cuidador familiar (tem tempo para a			6			8

ouvir, centra os cuidados na pessoa, mostra respeito)						
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre auto-avaliar a dor (escalas de auto ou hetero-avaliação)			6			8
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre a gestão do seu regime terapêutico (acessibilidade à UD, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento,...)			6			8
A enfermeira procura conhecer o que a pessoa idosa sabe sobre o seu regime medicamentoso (sabe a terapêutica de base prescrita)			6			8
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre avaliação da dor à pessoa idosa (escalas de auto ou hetero-avaliação)			6			8
A enfermeira procura conhecer o que cuidador familiar sabe sobre a gestão do regime terapêutico da pessoa idosa (acessibilidade à UD, utilização de medidas não farmacológicas; consultas de seguimento,...)			6			8
A enfermeira procura conhecer o que o cuidador familiar sabe sobre o regime medicamentoso da pessoa idosa			6			8
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)			6			8
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)			6			8
A enfermeira envolve o cuidador familiar nos cuidados (convida-o, esclarece dúvidas)			6			8

Reflexão parcelar: Apesar da importância de incluir os indicadores definidos nesta dimensão nos registos de enfermagem, não foi possível a sua discussão e reflexão aprofundada no seio da equipa, no tempo definido para este projeto. O numero elevado de registos para o indicador introduzido sobre o guia de acolhimento, pode mostrar que as enfermeiras antevêm a necessidade de dar visibilidade ao que realizam no dia a dia. Mas, a diminuição dos registos nas expetativas da pessoa idosa

em relação à UD, alertam que a reflexão sobre a prática, e sobre o seu registo, é um trabalho que necessita de ser sistemático, não apenas pontual.

Reflexão final: A análise comparativa dos registos de enfermagem na avaliação, em relação às 2 primeiras fases da construção do processo parceria a pessoa idosa com dor crónica, parece indicar:

-Incluíram-se no novo ICD 5 indicadores (sexo, biótipo, estado civil, profissão e necessidades especiais relacionadas com a religião ou espiritualidade). Os resultados obtidos nas 2 fases, parecem indicar e consolidar os elementos, a que as enfermeiras valorizam para conhecer a identidade da pessoa idosa. A exceção, é o elemento relacionado com a religião e espiritualidade, que não se encontra no registo de enfermagem. É, no entanto, importante a compreensão da sua influência na vivência da pessoa idosa com dor crónica, pelo que poderá ser uma área a aprofundar no futuro.

-Conhecer o contexto de vida da pessoa idosa pareceu merecer um reforço da atenção nos registos. No entanto, a inexistência de unanimidade dos registos, parece antever uma temática a ser continuamente abordada na reflexão da equipa. A rede de apoio na comunidade e as condições habitacionais, não foram registadas, o que é tradicional na abordagem hospitalar que descontextualiza a pessoa do seu contexto de vida. Percebemos, que é necessário estabelecer prioridades na entrevista inicial como refere Wright & Leahey (2013). No entanto, é necessário garantir que estes elementos que a enfermeira precisa conhecer, regista, para os mobilizar na ajuda no controlo da dor na pessoa idosa, quando necessário.

-Para conhecer a história da doença da pessoa idosa, as enfermeiras incluíram 3 indicadores no ICD: conhecimento da pessoa idosa e do cuidador familiar sobre o diagnóstico, responsabilidade sobre a gestão da terapêutica. Verificamos que existe a preocupação em conhecer se a que a pessoa idosa sabe o diagnóstico, mas nem sempre está registado se a família sabe. Muitas vezes, a pessoa idosa vem só à consulta da UD, pelo que não é possível aferir este conhecimento. Mas será essa a razão? Notámos, que existe a preocupação em conhecer quem tem a responsabilidade da gestão terapêutica no domicílio.

Gostaríamos de salientar que apesar de nos registos existirem indicadores não aplicáveis, nas observações realizadas ao longo do estágio constatámos que as enfermeiras dão grande importância às dimensões do “dar-se a conhecer à pessoa

idosa” na 1ª fase do processo de parceria, assim como “conhecimento mútuo dos recursos da UD e da pessoa idosa”. Mesmo, com as dificuldades que referem em relação à gestão tempo/espaço da CE, procuram não descurar os princípios inerentes à interação com a pessoa idosa, para a construção da parceria. De qualquer modo, questionamo-nos se a inexistência do registo poderá contribuir para a não valorização ou para invisibilidade do processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica e sua família?

Referências Bibliográficas:

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Da excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência

**APÊNDICE XXI – Guião e corpo das narrativas das enfermeiras na
fase da avaliação final**

Guião e corpo das narrativas das enfermeiras para a avaliação final do projeto- fevereiro 2016

Guião orientador da entrevista às enfermeiras para a recolha da sua narrativa:

- Quais os contributos do projeto para a construção do processo da parceria com a pessoa idosa com dor crónica na CE?
- Aponta as principais dificuldades sentidas.
- Que perspetivas antevês para a melhoria continua da consulta de enfermagem à pessoa com dor crónica e sua família?

Optámos pela entrevista semidirigida para a colheita de dados das narrativas das enfermeiras (Quivy & Campenhoudt, 2003). Elaborámos 3 perguntas-guia para orientar, para recolher a informação das enfermeiras. Tivemos em conta os princípios inerentes à realização das entrevistas. Explicámos às enfermeiras os objetivos, e aguardámos o seu consentimento. Tivemos cuidado com o ambiente para criar as condições favoráveis para a realização das entrevistas: disponibilidade das intervenientes, hora mais adequada, ambiente calmo, sem interrupções e a gravação em áudio. No início da entrevista, apresentámos os tópicos e deixámos que as enfermeiras falassem abertas e livremente. Procurámos, durante a entrevista evitar emitir as nossas opiniões, mas encorajávamos a expressão das opiniões das enfermeiras (Quivy & Campenhoudt, 2003).

Tínhamos planeado realizar entrevistas a 3 enfermeiras, mas só foi possível a 2, visto a outra colega ter estado ausente no período da realização das entrevistas. Após as entrevistas, transcrevemos as entrevistas. Apresentamos de seguida o corpo das entrevistas.

Enfermeira1- Para construir a parceria com a pessoa idosa é muito importante conhecermos a pessoa e o instrumento de colheita de dados (ICD) é uma ajuda. Relativamente, ao ICD eu achei que houve uma franca melhoria da própria estruturação do instrumento. A mim, permitiu-me mais facilmente encaminhar e, portanto, fazer, todas as perguntas necessárias para tentar conhecer a pessoa idosa mais aprofundadamente, no âmbito da dor. Acho que melhorou bastante o instrumento.

Tenho mais facilidade neste momento em fazer as perguntas, consigo encaminhar melhor o próprio discurso que tenho, para conseguir colher o máximo de dados possível. O ICD tem uma estrutura facilitadora dessa colheita de dados.

Depois, o continuar a preencher o ICD. Muitas vezes nós não temos oportunidade de o continuar a fazer. Mas era importante, sempre que possível, ir ao instrumento e acrescentar algumas coisas, que numa primeira consulta, não se consegue aprofundar, porque não temos espaço, nem tempo suficiente para aprofundar do doente.

Tudo aquilo que se viesse a conhecer daquele doente, e fosse importante do doente idoso, registaríamos à mesma naquela folha, em vez de se registar em múltiplas folhas, que depois perde-se a informação e ficava ali condensado. Portanto acho que, foi bastante importante este ajuste que houve.

No fundo, o ICD não é um instrumento inicial, que fica, que se preenche e acabou, mas que nós poderemos continuar a recorrer a ele, sempre que haja alguma informação que seja pertinente sobre aquele doente, acrescentar lá.

Neste percurso destaco, como exemplo, a preocupação pelo fato da pessoa ser idosa, ter familiares, ou alguém próximo, um cuidador próximo, que o possa apoiar. Acho que é importante. E com o nosso instrumento, nós conseguimos colocar se existe ou se não existe. Porque muitas pessoas vivem sozinhas, não é? e aí vamos ter de procurar outra forma de poder ajudar, no caso de a pessoa não estar com capacidade para gerir a sua terapêutica, porque é que é muita, para além da terapêutica que a pessoa idosa já faz, mais esta, muitas vezes é complicado conseguir gerir, e não tem ninguém próximo.

Acho que foi facilitador perceber a importância dessa pessoa, que eu já achava que era. Mas, nestes doentes com dor crónica, ainda se torna mais importante isso. Porque é muita a medicação, que já fazem, por outras co-morbilidades que têm, e mais esta a crescer, às vezes, é complicado e é confuso. É importante saber se existe alguém...

Aquele item que temos no ICD e onde podemos escrever se é a pessoa que cuida da própria medicação ou não, eu acho que foi importante. Para nos alertar para as dificuldades que vamos ter mais tarde, até na adesão terapêutica. Porque as pessoas muitas vezes, nem percebem muito bem como é que é, numa primeira vez, como é que a terapêutica é feita, para que serve, quando é que devem fazer ou não devem. Eu acho que isso ajuda bastante.

Para mim, ajudou-me bastante, as questões relacionadas com o contexto familiar e a responsabilidade da terapêutica. Porque muitas vezes a não adesão é a não compreensão. Outras vezes, não. Mas muitas vezes é a não compreensão da forma como fazem a própria terapêutica, nem a família, nem o próprio doente. O fato da pessoa idosa já ter muita medicação no domicílio relacionada com outras morbilidades que tem, dificulta ainda mais a compreensão como é que se gere esta nova medicação.

No acolhimento, a principal dificuldade é mesmo do próprio espaço físico. Fato que na altura do acolhimento, partilhar com o clínico, com o médico que está a fazer, que por vezes interrompe, e não se consegue encadear. Nem existe espaço para nós construirmos uma relação de ajuda e empática com aquele doente, porque estamos a ser interrompidos. Acaba por cortar o fio à meada, é mais isso em termos de espaço. De resto, o tempo também não é muito. Nós temos inúmeras atividades a decorrer, e a atender, muitas das vezes... Mas eu acho que é mais o espaço físico, e a simultaneidade dos profissionais. Porque eu sinto perfeitamente, quando estou sozinha, e faço um acolhimento, consigo estabelecer uma relação mais próxima com o doente, e que me permite perceber coisas, que quando estou acompanhada, já não se consegue estabelecer essa relação.

Em termos de sugestão para melhorar a prática, às vezes não é fácil. A pressão também para o médico avançar com a consulta médica também é grande. Mas se calhar tentar de alguma forma fazer ver que aquilo para nós é importante, e que temos que ter aquele espaço. Não é fácil, mas pelo menos tentar tentar-nos impor naquele espaço, naquele bocadinho, aquele espaço é para nós para fazemos o acolhimento. Depois a seguir vamos embora e o médico continuar, é um bocadinho assim.

Depois a partilha da informação, nós poderemos sempre partilhar posteriormente a informação que recolhemos e também é pertinente para o médico, que a seguir vai fazer a avaliação clínica. Mas se calhar nós tentarmos de alguma forma, fazer perceber, que aquilo é importante, e temos que conversar com mais calma com aquele doente, para tentar perceber... Sempre que seja possível, porque nem sempre é. Tentar fazer dessa forma, porque não temos outra. O espaço é partilhado, portanto não há muito mais a fazer.

Enfermeira 2- *Em relação ao ICD, considero uma melhoria, o fato de terem sido acrescentados alguns elementos na especificidade da pessoa idosa, que dá para conhecer melhor, e ajuda a uma relação de parceria.*

Este projeto, deu também para perceber como as escalas são importantes, não só a escala da dor que para nós são importantes, mas também outras escalas a serem introduzidas, como a da marcha. Parece uma coisa chata, mas acaba por ser importante, para medir determinadas coisas e ver a evolução da pessoa idosa. Em relação ao projeto em si, é importante ser implementado no serviço. E não só, a maneira como foi implementado e como a equipa aderiu, foi também importante para quem o fez e também para quem o vai utilizar.

O espaço, é o que nós temos. Mas influencia tanto estarmos só nós com o doente, mas ainda é mais difícil para a própria pessoa idosa. Porque, nós estamos no nosso ambiente, não é? Somos nós a comandar entre aspas, um bocadinho o diálogo. Estamos no nosso ambiente, é uma coisa que fazemos todos os dias, que faz parte da rotina. A pessoa idosa que vem de novo aqui ao serviço, encontra uma coisa diferente, mais pequena, e em que tem que estar em contacto não só connosco, mas também com outras pessoas da equipa, interrupções que façam, ora o telefone, ora a porta, o barulho que faça- Parece que não, mas interrompe logo ali o que a pessoa nos pode dizer, ou não. A pessoa às vezes, pode querer dizer determinadas coisas e depois já não dizer, porque fica inibido diante de determinadas coisas, ao contexto.

Sinto isso como uma dificuldade, sim, às vezes sim. Outras vezes, não. Parece que as pessoas, algumas já vêm preparadas para o que vão encontrar, ou já estão habituadas a outras consultas, que têm muita gente, e não estranham. Mas outras estranham.

Sobre as sugestões de melhoria, eu acho que agora não devemos mudar nada no ICD. É de manter agora durante uns tempos, e ir aperfeiçoando á medida que a gente veja, e como já fomos fazendo, não é? Isto devíamos mudar, porque fomos fazendo, temos que mudar isto, porque não está bem, por causa disto ou daquilo. Mas, acho que era de manter agora, pelo menos 6 meses e depois logo se via. Ainda sinto dificuldade, com já falei contigo, sobre aquela parte do que as pessoas sabem da doença...faz-me confusão, porque me leva a pensar na pergunta que que não devo fazer.

Entrevistadora – E qual é a pergunta que não deves fazer?

Enfermeira 2- *Se está a par da situação em termos diretos, estás a ver? De diagnóstico e isso. Se calhar mudar um pouco o que lá diz no ICD, porque eu olho para lá, e acabo por passar para a outra pergunta...”*

Referência bibliográfica:

Quivy, R. & Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais* (3ª ed.). Lisboa: Gradiva.

**APÊNDICE XXII – Análise reflexiva das narrativas das enfermeiras
na fase de avaliação final**

Análise das narrativas das enfermeiras da UD, à luz do Modelo de Parceria

(Gomes, 2013) – fevereiro 2016

O corpo das narrativas das enfermeiras foi submetido a análise de conteúdo, com as categorias definidas à *priori*, baseadas no guião do modelo de parceria de Gomes (2013).

Apresentamos a nossa análise.

Nas narrativas das enfermeiras sobressaíram os principais contributos do projeto para a construção do processo de parceria com a pessoa idosa com dor crónica.

Verificámos, que as enfermeiras **identificam a necessidade de conhecerem melhor a pessoa idosa** para a construção do processo de parceria nos cuidados de enfermagem. Destacam a reformulação do ICD de acordo com os atributos inerentes à 1ª fase do processo de parceria – Envolver-se, dizendo que:

“...relativamente ao instrumento de colheita de dados (ICD) eu achei que houve uma franca melhoria da própria estruturação do instrumento.” (E1)

“Em relação à do ICD, considero uma melhoria.” (E2).

Uma enfermeira refere que **o ICD fornece uma estrutura que ajuda tanto na colheita de dados** para conhecer a pessoa idosa com dor crónica, como na **própria entrevista na avaliação inicial** à pessoa idosa na consulta de enfermagem com dor crónica. Ilustra do seguinte modo:

“... permitiu-me mais facilmente encaminhar e, portanto, fazer, todas as perguntas necessárias para tentar conhecer a pessoa idosa mais aprofundadamente, no âmbito da dor (...) tenho mais facilidade neste momento em fazer as perguntas, consigo encaminhar melhor o próprio discurso que tenho, para conseguir colher o máximo de dados possível. O ICD tem uma estrutura facilitadora dessa colheita de dados.” (E1)

Em relação, às dimensões da 1ª fase do processo de construção da parceria com a pessoa idosa, uma das enfermeiras refere que **o conhecer a singularidade da pessoa idosa** foi um dos contributos deste projeto. Ficou sensibilizada para a importância da avaliação multidimensional, **a utilização de instrumentos de avaliação**, como mostra nesta frase:

“...este projeto, deu também para perceber como as escalas são importantes, não só a escala da dor que para nós são importantes, mas também outras escalas a serem introduzidas, como a da marcha. Parece uma coisa chata, mas acaba por ser importante, para medir determinadas coisas e ver a evolução da pessoa idosa.” (E2)

Para outra enfermeira foi significativa (re) descobrir a importância de **conhecer o contexto de vida da pessoa idosa**, em relação ao agregado familiar e à rede de apoio familiar, tal como se ilustra de seguida:

“...a preocupação pelo fato da pessoa ser idosa, ter familiares, ou alguém próximo, um cuidador próximo, que o possa apoiar. Acho que é importante. E com o nosso instrumento, nós conseguimos colocar se existe ou se não existe. Porque muitas pessoas vivem sozinhas, não é? e aí vamos ter de procurar outra forma de poder ajudar...”. (E1)

Considera ainda, a dimensão do **conhecer a história da doença da pessoa idosa**, nomeadamente na responsabilidade da gestão terapêutica. Percebe a complexidade desta AIVD na pessoa idosa, agravada com a polimedicação, a importância de envolver um cuidador:

“...no caso de a pessoa não estar com capacidade para gerir a sua terapêutica, porque é que é muita, para além da terapêutica que a pessoa idosa já faz, mais esta, muitas vezes é complicado conseguir gerir, e não tem ninguém próximo. Acho que foi facilitador perceber a importância dessa pessoa, que eu já achava que era. Mas, nestes doentes com dor crónica, ainda se torna mais importante isso. Porque é muita a medicação, que já fazem, por outras comorbilidades que têm, e mais esta a crescer, às vezes, é complicado e é confuso. É importante saber se existe alguém...” (E1)

Esta enfermeira percebeu a importância de colher e registar a informação sobre a responsabilidade da gestão terapêutica, no sentido de identificar situações de risco para a não adesão terapêutica:

“...aquele item que temos no ICD e onde podemos escrever se é a pessoa que cuida da própria medicação ou não, eu acho que foi importante. Para nos alertar para as dificuldades que vamos ter mais tarde, até na adesão terapêutica.” (E1)

O conhecimento da pessoa idosa com dor crónica é um processo contínuo ao longo da relação de cuidados. O ICD deve ser encarado como um instrumento de registo contínuo de informações sobre a pessoa idosa. Cingir-se ao momento da avaliação inicial, torna-o redutor. Uma enfermeira refere que o cuidado com o preenchimento é uma estratégia para colmatar as dificuldades em aprofundar esse conhecimento na consulta de enfermagem:

“...no fundo, o ICD não é um instrumento inicial, que fica, que se preenche e acabou, mas que nós poderemos continuar a recorrer a ele, sempre que haja alguma informação que seja pertinente sobre aquele doente, acrescentar lá (...) que numa primeira consulta, não se

consegue aprofundar, porque não temos espaço, nem tempo suficiente para aprofundar do doente. Tudo aquilo que se viesse a conhecer daquele doente, e fosse importante do doente idoso, registaríamos à mesma naquela folha, em vez de se registar em múltiplas folhas, que depois perde-se a informação e ficava ali condensado. Portanto acho que, foi bastante importante este ajuste que houve.” (E1)

As enfermeiras reforçam as dificuldades sentidas na consulta de enfermagem, em especial durante na 1ª vez que a pessoa idosa vem à UD, na construção do processo de parceria com a pessoa idosa e sua família. A exiguidade do **espaço** da UD, a simultaneidade de atividades e de profissionais interfere no estabelecimento da relação com a pessoa com dor crónica, em especial se for idosa. Nas frases seguintes antevemos a complexidade e a exigência da intervenção de enfermagem para focalizar a atenção na e da pessoa idosa e família, em condições muitas vezes adversas à interação profissional:

“...pessoa idosa que vem de novo aqui ao serviço, encontra um a coisa diferente, mais pequena, e em que tem que estar em contacto não só connosco, mas também com outras pessoas da equipa, interrupções que façam, ora o telefone, ora a porta, o barulho que faça... parece que não, mas interrompe logo ali o que a pessoa nos pode dizer, ou não. A pessoa às vezes, pode querer dizer determinadas coisas e depois já não dizer, porque fica inibido diante de determinadas coisas do contexto.” (E2)

Esta enfermeira reforça que a gestão do espaço, obriga a uma gestão do **tempo de interação** com a pessoa idosa. Espaço e tempo são, pois, condições para a construção da relação de parceria (Gomes, 2013). São fatores que influenciam e têm impacto na qualidade da interação e da relação entre a enfermeira e a pessoa idosa:

“...nem existe espaço para nós construirmos uma relação de ajuda e empática com aquele doente, porque estamos a ser interrompidos. Acaba por cortar o fio à meada, é mais isso em termos de espaço. De resto, o tempo também não é muito (...). Porque eu sinto perfeitamente, quando estou sozinha, e faço um acolhimento, consigo estabelecer uma relação mais próxima com o doente, e que me permite perceber coisas, que quando estou acompanhada, já não se consegue estabelecer essa relação.” (E1)

Foi interessante verificar que apesar do ICD ter sido construído e discutido em conjunto, ainda existem elementos que umas das enfermeiras não encontra sentido, e que suscita, tal como se detetámos neste excerto:

“...ainda sinto dificuldade, com já falei contigo, sobre aquela parte do que as pessoas sabem da doença...faz-me confusão, porque me leva a pensar na pergunta que que não devo fazer.

Entrevistadora – E qual é a pergunta que não deves fazer?

Enfermeira - *Se está a par da situação em termos diretos, estás a ver? De diagnóstico e isso. Se calhar mudar um pouco o que lá diz no ICD, porque eu olho para lá, e acabo por passar para a outra pergunta...* (E2)

A dificuldade expressa por esta enfermeira alerta-nos para perspectiva de continuidade de uma reflexão mais aprofundada, e fundamentação das dimensões necessárias para conhecer a pessoa idosa com dor crónica, afim de promover a construção de uma parceria, que promova o cuidado de si.

As enfermeiras percebem que o espaço e o tempo para a entrevista com a pessoa idosa e sua família são fundamentais para a construção de uma relação de confiança-empática. Compreendem também a necessidade de uma gestão espaço/tempo no seio da equipa multidisciplinar. Mas, o espaço é o resultado de uma negociação com os outros profissionais, tal como referem Wright & Leahey (2013). Uma enfermeira tomou consciência que a competência negocial depende sobretudo, de uma diferente postura profissional:

“...mas se calhar tentar de alguma forma fazer ver que aquilo para nós é importante, e que temos que ter aquele espaço (...) e temos que conversar com mais calma com aquele doente, para tentar perceber... Sempre que seja possível, porque nem sempre é.” (E1)

Reflexão Final: Da análise dos resultados das narrativas das enfermeiras permitenos perceber que existiu uma sensibilização para a necessidade de conhecer a pessoa idosa com dor crónica. Nomeadamente, o aprofundamento do conhecimento contexto vida, da história da doença e da singularidade do processo de envelhecimento. Percebemos que os elementos que as enfermeiras destacam foram alguns dos indicadores introduzidos ou reforçados no novo ICD. Mas se confrontarmos com os resultados dos registos de enfermagem, constatamos que existe um trabalho de reflexão e de melhoria a realizar, nomeadamente na utilização de instrumentos de avaliação multidimensional.

Também, foi interessante o fato de se considerar o ICD como um processo continuo de registo das informações pertinentes sobre a pessoa idosa com dor crónica. Esta foi uma noção que surgiu logo numa fase inicial do projeto. Questionamo-nos se as enfermeiras manifestam essa continuidade de registos no quotidiano. Não temos esses dados. Mas fruto deste percurso reflexivo já o temos feito algumas vezes.

As enfermeiras consciencializaram-se de alguns dos pilares da CE à pessoa idosa que são apontados por Silva & Santos (2014), a saber o histórico de enfermagem e a aplicação de instrumentos de avaliação. Assim, constatava-se que se iniciou um caminho na construção de um ICD, não centrado unicamente na dor crónica, mas numa abordagem centrada na pessoa com dor crónica para melhorar a sua funcionalidade e qualidade de vida (Cruz & Pimenta, 1999; Miaskowski, 2010).

Em relação às dificuldades apontadas, revelam que as enfermeiras têm consciências das condições necessárias para a construção da parceria com a pessoa idosa. Verificámos nas nossas observações como os fatores ambientais enumerados pelas enfermeiras influenciam a interação com a pessoa idosa. Também, as enfermeiras entrevistadas comprovam os resultados encontrados por Silva & Santos (2014), que as condições de trabalho são um dos fatores que impede a realização da CE centrada na pessoa idosa. No entanto, também constatamos o esforço em colmatar essas mesmas dificuldades, e as competências comunicacionais demonstradas pelas enfermeiras para procurar intervir de forma centrada na pessoa idosa e família: a preocupação em apresentar-se, na apresentação dos outros profissionais presentes e ausentes, do espaço, a procura da criação de um espaço de privacidade com biombo, com o seu corpo, a disponibilidade, a simpatia, o respeitar o ritmo da pessoa, o incluir o familiar na interação (Gomes, 2013; Lopes, 2006; Wright & Leahey, 201).

A dificuldade sentida por uma enfermeira em relação ao conhecimento da pessoa sobre o seu diagnóstico, surpreendeu-nos, pois pensávamos que seria óbvio. No entanto, consideramos muito interessante. Revela talvez necessidade de formação e de explicitação dos referenciais teóricos da prática de enfermagem, tal como foi constatado por Silva, Vicente & Santos (2014). Todos os elementos do ICD devem ser discutidos, e em equipa encontrar a sua fundamentação teórica de enfermagem, desde o nome preferido, passando pela idade ou profissão, às experiências significativas, responsabilidade da gestão terapêutica, até à medicação que faz habitualmente, ou ao impacto da dor nas AVD. Deste modo, conseguiremos compreender a necessidade de ter espaço/tempo com a pessoa idosa para obter essas informações, e perceber o que fazer com elas, qual o seu sentido, para ajudar a pessoa a assumir o cuidado de si, ou a capacitar outros para assegurar o cuidado de si (outro). Quando acontecer, a nossa postura profissional será diferente, como salientou a enfermeira, na sua narrativa. Esta enfermeira identificou a postura como

outro dos principais obstáculos para a CE não ser centrada na pessoa idosa, o que está de acordo com a literatura (Silva & Santos, 2014).

Ao refletir sobre estes resultados, posso concluir que como equipa realizámos um caminho de reflexão para chegámos às conclusões que a literatura aponta, no nosso quadro concetual, sobre a abordagem à pessoa idosa na consulta de enfermagem, e, portanto, abrem-se agora novas perspetivas para a melhoria da intervenção à pessoa idosa na CE na UD.

Referências Bibliográficas

- Cruz, D. A. L. M. & Pimenta, C. A. M. (1999). Avaliação do doente com dor crónica em consulta de enfermagem: proposta de instrumento segundo diagnósticos de enfermagem. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 7(3), 49-62. Acedido em 17-7-2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13476>Cruz & Pimenta, 1999
- Gomes, I. D. (2013). Promover o cuidado de si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In M. A. P. Lopes (org.). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa: da investigação à prática* (pp 77-113). Loures: Lusociência
- Miaskowski, C. (2010). Outcome measures to evaluate the effectiveness of pain management in older adults with cancer. *Oncology Nursing Forum*. Supplement. 37(5), 27-32. DOI: 10.1188/10.ONF.S1.27-32.
- Silva, K. M. & Santos, S. M. A. (2014). A consulta de enfermagem ao idoso na estratégia de saúde da família. Desafios e possibilidades. *Ciência Cuidados Saúde*, 13 (1), 49-57. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i1.20128.
- Silva, K. M., Vicente, F. R. & Santos, S. M. A. (2014). Consulta de enfermagem ao idoso na atenção primária à saúde: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 17(3), 681-687.
DOI: org/10.1590/1809-9823.2014.12108.
- Wright, L. M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention* (6th ed.). Philadelphia: F. A: Davis Company.
