



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

**A PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI NO FAMILIAR
CUIDADOR DA PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA**

Vera Cristina Crespo dos Santos



**Lisboa
2021**

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

**A PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI NO FAMILIAR
CUIDADOR DA PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA**

Vera Cristina Crespo dos Santos

Orientador: Professora Doutora Idalina Delfina Gomes

**Lisboa
2021**

AGRADECIMENTO

Gostaria de começar por agradecer à minha orientadora, Exma. Professora Doutora Idalina Gomes, pela disponibilidade, pela ajuda constante e pelos sábios conselhos, sem o seu incentivo e apoio incondicional esta longa caminhada não teria sido possível. Ficarei eternamente grata.

À equipa multidisciplinar do CMD pelo acolhimento inimaginável. Todos sem excepção contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional, em especial às Sr.^{as} Enf.^{as} Madalena Mela e Dulce Guerreiro.

Aos enfermeiros do hospital onde desempenho funções pela disponibilidade e apoio que em muito contribuíram para encarar com serenidade este meu percurso individual, em especial à equipa de enfermagem do Internamento 4, à Sra. Enf.^a orientadora, à Sr.^a Enf.^a Coordenadora e à Sr.^a Enf.^a Diretora pelo seu apoio e comum interesse em fazer da Enfermagem uma ciência viva, dinâmica e em constante inovação.

Aos meus pais, Júlia e Joaquim, e ao meu irmão João, por me apoiarem e incentivarem todos os dias da minha vida.

Ao Pedro, marido e companheiro de vida, que me apoia incondicionalmente no meu projeto de vida.

Ao Afonso, o motor essencial da minha vida e o propulsor deste percurso académico. Cresceremos lado a lado filho!

ABREVIATURAS E SIGLAS

CMD - Centro Multidisciplinar da Dor

DGS- Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EMAF - Estimulação muscular de alta frequência

FC - Familiar Cuidador

INE- Instituto Nacional de Estatística

MEEM- Mini exame do Estado Mental

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial De Saúde

PI - Pessoa Idosa

PIT- Plano Integrado Terapêutico

UD- Unidade de Dor

UI&DE - Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

WHO- *WorldHealthOrganization*

RESUMO

Assistimos ao aumento da população idosa a nível nacional (INE, 2017 e 2019). O envelhecimento da população traz novos desafios no paradigma do cuidar, uma vez que há um aumento de pessoas idosas portadoras de doenças crónicas, nomeadamente com dor crónica. Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa, com dor crónica, necessitam de incluir o familiar cuidador, uma vez que o indivíduo existe pela sua família e na sua família (OE, 2000). Quando se assume o papel de familiar cuidador potenciam-se alterações à rotina do indivíduo e ao cuidado de Si, podendo conduzir a mudanças na sua própria saúde causada por maior sobrecarga física e emocional (Muniz, Freitas, Oliveira & Lacerda, 2016; Ribeiro et al, 2017).

Com base nestes pressupostos desenvolvemos um projeto com a finalidade de: desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre nos cuidados à pessoa idosa com dor crónica e ao familiar cuidador através de uma intervenção em parceria que promova o Cuidado de Si. Pretendíamos, nomeadamente descrever as necessidades/difícultades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica e contribuir para capacitar os enfermeiros para responder às necessidades dos familiares cuidadores. A metodologia de trabalho adotada foi a metodologia de projeto. Realizaram-se entrevistas a 8 familiares cuidadores de pessoas idosas com dor crónica. Os dados foram analisados por análise de conteúdo. O estágio decorreu entre 23 de setembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020 num Centro Multidisciplinar de Dor (CMD) e num serviço de internamento médico-cirúrgico de um hospital privado, igualmente da grande Lisboa.

Os resultados das entrevistas salientaram que para o familiar cuidador a dor tem uma conotação negativa, tendo dificuldade em descrever e determinar objetivamente as causas de dor da pessoa idosa. O projeto de vida do familiar cuidador sofre influência da situação do contexto de dor do familiar que cuidava, influenciando nomeadamente a sua rotina laboral. Salientaram-se também alterações emocionais e físicas, em que por vezes o familiar cuidador relega a sua saúde e o cuidado de Si para segundo plano. Apesar destes achados, os familiares cuidadores deste estudo não percecionaram o cuidado e as atividades desenvolvidas como uma sobrecarga. No segundo local de estágio foram realizadas intervenções que permitiram capacitar na prática de cuidados a equipa de enfermagem com estratégias de avaliação e registo sistemático da dor no contexto da pessoa idosa com dor

crónica. Este processo formativo revelou-se enriquecedor e gratificante, pois permitiu o desenvolvimento de competências de mestre e especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na vertente da pessoa idosa numa prática de cuidados em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e o seu familiar cuidador.

Palavras-chave: Familiar cuidador; Pessoa idosa; Dor crónica; Cuidado de Si

ABSTRAT

We are witnessing an increase in the elderly population nationwide (INE, 2017 and 2019). The aging of the population brings new challenges in the care paradigm, as there is an increase in elderly people with chronic diseases, namely those with chronic pain. Nursing care for elderly people with chronic pain needs to include the family caregiver, since the individual exists for his family and in his family (OE, 2000). When the role of family caregiver is assumed, changes to the individual's routine and self-care are enhanced, which can lead to changes in their own health caused by greater physical and emotional overload (Muniz, Freitas, Oliveira & Lacerda, 2016; Ribeiro et al, 2017).

Based on these assumptions, we developed a project with the aim of: developing skills as a specialist nurse and master in caring for the elderly with chronic pain and family caregivers through a partnership intervention that promotes Self-Care. We pretended to describe de needs/difficulties of family caregivers of elderly people with chronic pain and contribute to enabling nurses to respond to the needs of family caregivers. The work methodology adopted was the project methodology. Interviews were conducted with 8 family caregivers of erderly people with chronic pain. Data were analyzed by content analysis. The internship took place between September 23, 2019 and February 7, 2020 in a Multidisciplinary Pain Center (MPC) and in a medical-surgical inpatient service of a private hospital, also in greater Lisbon.

The results of the interviews highlited that for family caregiver, pain has a negative connotation, having difficulty in describing and objectively determining tha causes of pain in the elderly. The family caregivers life project is in dauenced by the situation in the context of pain of the family member who is cared for, in particular influencing the work routine. Emotional and physical changes were also highlighted, in which sometimes the family caregiver relegates their health and self-care to the background. Despite these findings, the family caregivers in this study they did not perveive the care and the activities developed as an overload. In the second internship place, interventions were carried out that enabled the nursing team to be trained in the practice of care eith the assessment strategies and systematic pain recording in the context of elderly people with chronic pain. This training process proved to be enriching and rewarding, as it allowed the development of master's and specialist skills in

medical-surgical Nursing in the elderly person's aspect in a care practice in partnership with elderly people with chronic pain and the family caregiver.

Keywords: Family caregiver; Elderly; Chronic pain; Needs; Care-of-the-Self

INDICE

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	19
1.1. A pessoa idosa com dor crónica	19
1.2. O familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica.....	21
1.3. Promoção do Cuidado de Si – Modelo de Parceria de Cuidados.....	24
2. METODOLOGIA.....	29
2.1. Metodologia de Projeto.....	29
2.2. Caracterização dos Contextos de Estágio.....	30
3. ATIVIDADES REALIZADAS E APRENDIZAGENS ADQUIRIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	41
3.1. Atividades realizadas e aprendizagens adquiridas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa com dor crónica e seu familiar cuidador no contexto de um CMD.....	41
3.2. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à Pessoa Idosa em contexto hospitalar – Parceria com a equipa de enfermagem para aquisição de competências na avaliação da dor da pessoa idosa internada.....	59
4. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS, CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO	61
CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	136

APÊNDICES

APÊNDICE I- Revisão *scoping*

APÊNDICE II- Projeto de estágio Unidade Curricular Opção II

APÊNDICE III- Projeto de investigação submetido à Comissão de Ética

APÊNDICE IV- Plano de sessão de apresentação do Projeto de investigação

APÊNDICE V- Memória descritiva a divulgar a sessão de apresentação no CMD

APÊNDICE VI- Apresentação do projeto no CMD

APÊNDICE VII- Guião do Processo de Parceria na Pessoa Idosa com Dor Crónica em tratamento na Unidade de Dor do Centro Multidisciplinar de Dor e seu Familiar Cuidador: A Promoção do Cuidado de Si em cinco fases

APÊNDICE VIII- Estudo de Caso de Pessoa Idosa com Dor Crónica

APÊNDICE IX- A pessoa idosa com dor crónica - A importância da avaliação e registo sistemático da dor na pessoa idosa em contexto de internamento

ANEXOS

ANEXO 1- Parecer e autorização para realização de estudo

ANEXO 2- Participação no *1st Minispine Meeting, Minimally Invasive Techniques for the Treatment of Spinal Disorders*

ANEXO 3- Participação nas 1as Jornadas da Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde

ANEXO 4- Poster elaborado para participação nas 1as Jornadas da Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Primeiro Objetivo Geral

Quadro 2- Segundo Objetivo Geral

Quadro 3- Terceiro Objetivo Geral

Quadro 4- Categorias e questões delineadas no guião de entrevista ao familiar cuidador

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Genograma da Sra. W.

Figura 2- Ecomapa da Sra. W.

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio insere-se no âmbito do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na Vertente Pessoa Idosa, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este relatório pretende demonstrar de forma crítica e reflexiva o caminho percorrido em campo de estágio e as competências e aprendizagens desenvolvidas na concretização do projeto intitulado “A promoção do Cuidado de Si no familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica”, tendo como finalidade o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e de mestre nos cuidados à pessoa idosa e familiar cuidador.

O crescente aumento da população idosa mundial, de que Portugal não é exceção, torna necessária a implementação de condutas de boas práticas de cuidados no que diz respeito ao cuidado da pessoa idosa de forma a conseguir dar resposta às necessidades emergentes deste grupo populacional (INE, 2019).

Devemos promover um envelhecimento saudável e tal fato apenas se torna concretizável mediante uma intervenção conjunta que intervenha junto da pessoa idosa, da sua família e comunidade na qual se encontra inserida. Assente no plano “Década de Envelhecimento Saudável 2020 – 2030” da OMS (WHO, 2020), são propostas diversas áreas de intervenção com inúmeros objetivos que potenciem o bem-estar da população idosa para que se possa adicionar qualidade de vida aos anos da sua vida cada vez mais longa, intervindo em áreas tão variadas como sociais, económicas e de saúde. Uma delas, as cidades amigas das pessoas idosas, abrange as áreas mencionadas, da qual ressalvamos a importância da criação e/ou desenvolvimento de instituições amigas das pessoas idosas. A promoção do envelhecimento saudável passa por repensar a forma como agimos mas igualmente como pensamos e encaramos a idade e o envelhecimento. Reconhecermos, intervirmos e anteciparmos os desafios da pessoa idosa, sua família e comunidade, permitir-nos-á otimizar os cuidados contribuindo diretamente na promoção do envelhecimento ativo (WHO, 2020).

O desenvolvimento do cuidado de enfermagem baseado numa abordagem holística caminha lado a lado desde os tempos de Florence

Nightingale, momento em que a enfermagem começou a cuidar o indivíduo e ao mesmo tempo a compreender o ambiente em que este se encontrava inserido para assim poder identificar e alterar fatores determinantes no processo de saúde e doença, isto no século XIX.

Com o evoluir de Enfermagem enquanto ciência, diversos modelos teóricos acrescentam saber e conhecimento a esta forma de cuidar holisticamente da pessoa. Com a entrada no terceiro milénio, o cuidado em enfermagem e especialmente o cuidado à pessoa idosa remete-nos para um cuidar holístico, em que é impossível dissociar a pessoa idosa de todo o seu contexto e onde a família é encarada como um vetor fundamental da e para a sua existência. Só assim é possível combater o desconhecimento do meio em que a pessoa alvo dos cuidados se insere, notando-se um crescente interesse nacional e internacional sobre a rede familiar e o seu meio ambiente de forma a combater a perda de eficácia dos cuidados, potenciando a promoção e prevenção em saúde por meio da colaboração, formação e interligação privilegiada por parte dos profissionais de saúde, o doente e a sua família (Tristão, Santos-Júnior & Farias, 2017; Ris, Schnepf&Imhof, 2018).

Este cuidar numa perspetiva holística passa por prestar cuidados de enfermagem, não só ao doente *per si*, mas igualmente à sua família/familiar cuidador uma vez que o indivíduo existe pela sua família e na sua família (OE, 2000). Uma das mudanças no paradigma de atuação em Enfermagem passa assim, por incluir e não dissociar a pessoa do seu contexto de vida/ambiente. Este foi o mote e alento para englobar neste percurso o familiar cuidador da pessoa idosa.

A definição de familiar cuidador por nós adotada foi a descrita pela *Family Caregiver Alliance* (FCA) que retrata o familiar cuidador como aquele que cuida da pessoa idosa podendo envolver um cuidador, ou mais, dentro da mesma família, mas também podendo dizer respeito a qualquer parente, amigo, parceiro ou vizinho que tem uma relação pessoal significativa e fornece assistência a uma pessoa mais velha ou um adulto com uma condição crónica ou incapacitado, podendo viver ou não com a pessoa (FCA, 2014).

Por outro lado o envelhecimento da população conduz a novos desafios no paradigma do cuidar, desde logo várias doenças crónicas e múltiplas comorbilidades causadoras de dependência, sendo uma delas a dor que se encontra presente em 25% a 50% da população idosa (Stompór et al., 2019; Cravello et al., 2019). Devido ao processo de envelhecimento e às alterações biológicas e fisiológicas que deste advêm, associada ao desenvolvimento de doenças crónicas, é frequente que as pessoas idosas experienciem dor crónica. Os estudos referem contudo que estas têm tendência a relatar menor dor do que aquela que estão a experienciar, em parte devido à conceção errada de que é normal sentir dor à medida que se envelhece, mas também porque não quer ser “criticada” como queixosa, receando submeter-se a mais exames e até mesmo ter de aumentar a medicação a tomar, perdendo ainda mais a sua independência, assim a pessoa idosa tende a desvalorizar a sua dor (DGS; 2010; Cherubino, Sarzi-Puttini, Zuccaro e Labianca, 2012). A subjetividade e multidimensionalidade inerente à dor fazem deste um fenómeno que abrange áreas fisiológicas, sensoriais, afetivas, cognitivas, comportamentais e socioculturais da pessoa idosa que afetam igualmente o seu familiar cuidador.

São vários os estudos que revelam a sobrecarga do familiar cuidador da pessoa idosa, manifestada por fenómenos de doença e vulnerabilidade, na medida em que prestam cuidados sem qualquer ensino personalizado, cuidando de uma forma leiga e solidária para com o outro. Ao assumirem este papel potenciam alterações à rotina do familiar e ao Cuidado de Si, que conduzem a mudanças na sua própria saúde, repercutindo-se em cansaço, stress, aumento de comorbilidades às já eventualmente existentes, diminuição da auto-estima, entre outras, onde se soma ainda uma maior sobrecarga, física e emocional, por cuidar de outro (Muniz et al, 2016; Ribeiro et al, 2017; Lopes, Oliveira, Stigger e Lemos, 2020). Os profissionais de saúde ao estabelecerem interações com os cuidadores, potenciam a aquisição de conhecimentos em relação a estes sobre quais as necessidades educacionais para cuidar da pessoa idosa, ou as suas necessidades pessoais enquanto pessoas também fragilizadas pelas suas próprias carências em saúde e pelo cuidar do outro (Sunde, Øyen, e Ytrehus, 2018).

Poderemos falar inclusive, numa tríade de cuidados que assenta num modelo relacional de interação e reciprocidade entre familiar cuidador, pessoa idosa e enfermeiro. É nesta tríade que se podem desenvolver abordagens do cuidar centradas na família, mas que capacitem o familiar cuidador a manter as anteriores rotinas familiares, a intimidade para com a pessoa idosa pré-existente à doença, permitindo igualmente uma partilha de cuidados com o enfermeiro no qual se tornam mais seguros e com perícia no cuidar do outro e, inevitavelmente, no Cuidado de Si (Gomes, 2016 e 2021; Ris et al, 2017).

À luz do modelo teórico de Enfermagem do Processo de Parceria na promoção do Cuidado de Si, a parceria que se estabelece permitirá o Cuidado de Si (como Si próprio) e o Cuidado de Si (como um cuidado do Outro) mantendo sempre a individualidade da pessoa e o do seu projeto de vida, sem nunca esquecer a sua autonomia nas tomadas de decisão, como refere Gomes (2016, 2021). O papel do enfermeiro passa por criar essa parceria de cuidados entre todos os intervenientes promovendo e capacitando cada um para o Cuidado de Si, que se reflete no assumir e assegurar o cuidado de Si próprio e do Outro (Gomes, 2016 e 2021). Este processo desenrola-se em cinco fases: revelar-se, envolver-se, capacitar/possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo de Si/assegurar o cuidado do Outro. O desenvolvimento destas fases por meio de uma ação conjunta entre os intervenientes, permite à pessoa assumir o controlo do seu projeto de vida e saúde, prosseguindo a sua trajetória de vida (Gomes, 2016 e 2021). Com este projeto pretende-se promover o Cuidado de Si do familiar cuidador para que este assuma o cuidado de Si próprio e assim conseguir assegurar o cuidado do Outro: a pessoa idosa com dor crónica.

Existe, no entanto, ainda pouco conhecimento acerca da especificidade das necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica. Com base nestes pressupostos nasceu o interesse em abordar quais as necessidades com que se deparam os familiares cuidadores da pessoa idosa com dor crónica. Este conhecimento mais específico permitirá que os enfermeiros possam conhecer melhor o familiar cuidador para junto destes intervir, implementando medidas que visem manter ou melhorar a sua qualidade de vida, diminuindo potenciais necessidades e/ou sobrecarga detetadas.

A metodologia de trabalho adotada foi a metodologia de projeto, na medida em que ao planearmos um trabalho com o intuito de elaborar estratégias, definir ações como solução de um problema com resultados dessas mesmas ações, pretendemos alcançar uma aplicabilidade no contexto diário das práticas de cuidados com ganhos em saúde para a pessoa idosa, familiar cuidador, mas também para a Enfermagem enquanto disciplina. O relatório pretende dar a conhecer as cinco etapas de todo o processo: diagnóstico de situação, planeamento, execução, avaliação e divulgação de resultados (Botelho, 2013).

Os objetivos gerais traçados neste percurso foram os seguintes:

1. Desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre nos cuidados à pessoa idosa e ao familiar cuidador através de uma intervenção em parceria que promova o Cuidado de Si;
2. Descrever as necessidades/dificuldades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica;
3. Contribuir para capacitar os enfermeiros em contexto de internamento hospitalar com instrumentos que permitam melhorar os cuidados à pessoa idosa com dor crónica e seus familiares cuidadores.

A experiência formativa decorrente da consecução do projeto de estágio permitiu a elaboração reflexiva e crítica do presente relatório de estágio ao reportar as aprendizagens adquiridas e competências desenvolvidas. O estágio decorreu entre 23 de setembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020 repartido por dois locais. As primeiras 13 semanas (de 23 de setembro a 20 de dezembro) decorreram num Centro Multidisciplinar de Dor (CDM) de um hospital central da região da grande Lisboa considerado uma referência a nível do cuidar multidisciplinar e de conhecimentos na área do tratamento e controlo da dor crónica no âmbito da pessoa idosa. As remanescentes semanas (de 6 de janeiro a 7 de fevereiro) decorreram num hospital privado igualmente da grande Lisboa.

Este relatório encontra-se organizado quatro capítulos. No primeiro que se denomina enquadramento concetual analisa-se o estado da arte, aprofundando os conceitos chave de forma a permitir adquirir conhecimento e alinhar/centrar o pensamento para a temática abordada; no segundo capítulo abordamos a

metodologia e no terceiro a implementação do projeto que descreve todo o ensino em campo de estágio com descrição, análise e reflexão das aprendizagens e atividades desenvolvidas, sem esquecer de mencionar as limitações com que nos deparamos no caminho e os contributos para a prática e disciplina de Enfermagem. Na conclusão, a reflexão, onde se pretende dar ênfase às competências adquiridas de enfermeiro especialista e mestre no cuidado centrado à pessoa idosa com dor crónica e seu familiar cuidador.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Pretendemos contextualizar a temática abordada apresentando nesta parte do relatório o conhecimento existente na literatura sobre os conceitos focados, bem como a teoria de Enfermagem que suporta as intervenções sobre a pessoa idosa com dor crónica e o familiar cuidador para promover o Cuidado de Si.

1.1. A pessoa idosa com dor crónica

Deparamo-nos com o envelhecimento da população não só a nível mundial, mas também a nível nacional, traduzindo-se no aumento da população idosa pelo aumento da esperança média de vida permitida pela melhoria dos cuidados de saúde, condições de vida sociais e económicas (em Portugal, o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar significativamente, passou de 27,3% em 1960 para 127,8% em 2011 e para 155.4% em 2017. Ou seja, para cada 100 pessoas entre os 0 e os 14 anos existem 155 pessoas com 65 ou mais anos. Entre 2012 e 2017 o número de pessoas idosas aumentou em 180 000, comprovando o envelhecimento demográfico consequência da queda da natalidade e aumento da longevidade, entre outros, estimando-se que cresça de 2.2 milhões para 2.8 milhões entre 2017 e 2080) (INE, 2012 e 2017).

A dor caminha lado a lado com os processos de saúde/doença com que nos deparamos na prática diária de cuidados de enfermagem sendo definida como uma “experiência sensorial e emocional desagradável, relacionada com uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos que evocam essa lesão” segundo a *International Association for the Study of Pain* (IASP). A subjetividade e multidimensionalidade inerente à dor fazem deste conceito um fenómeno que abrange áreas fisiológicas, sensoriais, afetivas, cognitivas, comportamentais e socioculturais da pessoa idosa que se refletem por 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).

A dor crónica refere-se à dor que se prolonga no tempo, de forma contínua ou recorrente por três ou mais meses, persistindo após o tratamento à doença/lesão de origem ou ausência desse tratamento (DGS, 2001).

O aumento da população idosa aumentará as necessidades de cuidados à pessoa idosa com dor e embora também experiencie dor aguda, a pessoa idosa é mais frequentemente sujeita à dor crónica devido ao processo de envelhecimento e de alterações biológicas e fisiológicas que daí advêm, estando presente em 25% a 50% da população idosa (Stompór et al., 2019; Cravello et al., 2019). Em Portugal, a prevalência da dor crónica excede os 30% e quando falamos de dor de intensidade moderada a forte, ultrapassa os 14% (PNLCD, 2017).

Rapo-Pylkko, Haanpa & Liirab (2016) concluíram num estudo efetuado entre 2009 e 2013 que as pessoas idosas com dor crónica apresentavam maiores sentimentos de solidão, tristeza e cansaço, bem como diminuição da percepção de saúde, mobilidade e qualidade de vida em comparação com as pessoas idosas sem dor crónica. A pessoa idosa com dor apresenta pior estado cognitivo, maior depressão, comorbilidades e em caso de internamento, necessidade de uma estadia mais longa do que aqueles sem dor. Já quando comparados os idosos com dor crónica com os idosos com dor aguda, os primeiros revelam igualmente pior estado cognitivo, maior nível de depressão e menor independência nas atividades de vida diárias. Quando internados, nem sempre recebem tratamento farmacológico para a dor crónica, acabando por influenciar o percurso e duração do seu internamento. A necessidade de manutenção ou desenvolvimento de tratamentos para a dor crónica apoia e facilitará o momento pós alta no regresso a casa (Corsi, Roberto, Cortesi, Nobili, Mannucci, & Corli, 2018).

Os cuidados perante a dor crónica e as pessoas idosas requerem custos para a sociedade. Quando associamos ambos, o custo deverá aumentar consideravelmente, no entanto poucos são os estudos que investigam a associação entre ambos. Os recursos formais e informais aumentam com a gravidade da dor crónica e segundo Bernfort, Gerdle, Rahmqvist, Husberg & Levin, quanto mais intensa a dor crónica, mais extensa e dispendiosa é a utilização dos recursos em pessoas com 65 ou mais anos, quer para os próprios

idosos, quer para as suas famílias, quer para os serviços governamentais (Bernfort, Gerdle, Rahmqvist, Husberg & Levin, 2015). Por outro lado, a maior despesa ainda é atribuída à hospitalização da pessoa idosa com dor crónica, seguida de custos associados aos cuidados formais, gastos com terapêutica e consultas médicas. Outros fatores são preditivos de aumento dos custos como a coexistência de comorbilidades, a dependência em atividades de vida diárias, depressão associada, morar sozinho e ainda tipos específicos de dor crónica como dor lombar e fratura ou compressão vertebral. De forma a se conseguir diminuir os gastos no futuro com a pessoa idosa com dor crónica é essencial limitar e controlar as suas hospitalizações através da implementação de estratégias de prevenção nos fatores desencadeadores que conduzem à hospitalização (Lazkani et al, 2015).

Face a estes dados, aumento da população idosa e prevalência de dor crónica neste grupo populacional, constatamos que se torna necessário abordar a temática da pessoa idosa com dor crónica no intuito de melhor compreender os fenómenos que lhe estão associados para que se possam traduzir em políticas de saúde implementáveis junto das instituições, profissionais de saúde e das populações, com influência direta junto das pessoas idosas e na manutenção da sua qualidade de vida no seu contexto de vida, o que inclui necessariamente o familiar cuidador.

1.2. O familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica

A dor crónica impacta com a qualidade de vida da pessoa idosa mas não só, podendo chegar a transpor a pessoa idosa e abranger a família, cuidadores e amigos (DGS, 2017; Lemos, Cunha, Cesarino e Martins, 2019; Soveral e Silveira, 2020).

A experiência de ser cuidador familiar é vivenciada de diferentes formas, podendo ser para alguns uma experiência difícil pois exige assumir um papel com uma preocupação permanente em que é fundamental o “*ter de aprender*”, “*ter de adaptar-se*”, “*ter que conseguir*” numa aprendizagem constante (Pereira e Paiva e Silva, 2012). O estudo destes autores permitiu colocar em evidência que nem todos os cuidadores familiares percebem este papel com a mesma

significância: enquanto para uns é uma experiência compensadora, para outros é desgastante pela sua intensidade, dificuldade e exigência, impactando na sua vida diária, saúde e bem-estar.

É crucial que os familiares tenham uma participação ativa junto das pessoas idosas com dor crónica. São eles que se encontram mais próximos e em contato mais regular e que podem fornecer o estímulo necessário para repor a autonomia da pessoa idosa, permitindo que esta mantenha ou recupere a sua qualidade de vida e saúde mental e que tenha o apoio social que necessita para superar a dor crónica na sua velhice (Willemann et al, 2016). O papel do familiar cuidador tem adquirido particular relevância junto da pessoa idosa, muito em parte pelo elo de ligação de que se reveste na continuidade de cuidados que esta carece fora do contexto hospitalar ou no âmbito dos cuidados primários. Embora o cuidado ainda esteja centrado na pessoa idosa, torna-se premente focar parte da atenção no cuidador para que este se sinta apoiado e capacitado na sua função e inserido ele próprio num contexto de cuidado (Willemann et al, 2016; Hedler et al, 2016). É importante que se estabeleçam interações com os cuidadores, de forma a adquirir conhecimentos da sua individualidade, como sejam as suas necessidades educacionais para cuidar da pessoa idosa, ou as suas necessidades pessoais enquanto pessoas também fragilizadas pelas suas próprias carências em saúde e pelo cuidar do outro (Sunde, Øyen, e Ytrehus, 2018).

São vários os estudos e artigos que relatam sobre a sobrecarga do familiar cuidador da pessoa idosa com alterações cognitivas, alterações musculoesqueléticas, cancro ou até mesmo em casos de acidente vascular cerebral como se pode consultar na revisão *scoping* efetuada (Apêndice I). Os cuidadores familiares são por norma cuidadores femininos, com alguma relação de familiaridade com a pessoa idosa, muitos sendo eles próprios também idosos. Talvez por este motivo, a maior parte destas funções de cuidador não são de todo remuneradas (Pedroso et al, 2019; Hartmann et al, 2019; Ruisoto et al, 2020; Tsai et al, 2021; Sabo e Chin, 2021).

A sobrecarga do familiar cuidador tende a variar consoante a doença crónica que a pessoa idosa apresenta. Demência e depressão têm sido apontadas como as principais causadoras de sobrecarga do familiar cuidador e

essa sobrecarga é igualmente responsável por conduzir o familiar cuidador a sintomas depressivos (Elmståhl, Dahlrup, Ekströme Nordell, 2018; Del-Pino-Casado, Cardoso, López-Martínez e Orgeta, 2019; Isik, Soysal, Solmi e Veronese, 2019).

O papel de familiar cuidador desenrola-se não apenas tendo por base as características da pessoa idosa, mas tem-se vindo a demonstrar que são as características do familiar cuidador que também tendem a definir o cuidado com esta e a relação de cuidar numa mudança de paradigma de pensamento (Riffin, Ness, Wolff e Fried, 2019).

Da mesma forma, as questões do meio envolvente encontram-se intimamente relacionadas com a sobrecarga do familiar cuidador. Quando este é alvo de apoio, qualquer que seja, ao cuidar da pessoa idosa com doença crónica, vê potenciadas as suas habilidades de cuidar, adquirindo capacidades de resolução de problemas com que se vai deparando neste processo, permitindo-lhe com isso lidar e diminuir os sinais e sintomas de sobrecarga (Viscogliosi, Desrosiers e Belleville, 2019; Hartmann et al, 2019; Zhong, Wang e Nicholas, 2020; Isac, Lee e Arulappan, 2021; Jabbarinejad, Cohen-Zimmerman, Wagner e Grafman, 2021).

No entanto é reduzido o conhecimento atribuído ao familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica, sendo escassos os estudos que abordam esta temática. Muitos dos estudos direcionam a sua atenção para a cronicidade da doença da pessoa idosa e não focalizam especificamente a dor crónica como doença.

Os mais recentes falam-nos em como o familiar cuidador se sente sobrecarregado com fatos tão simples, desprovidos de qualquer esforço e desgaste físico como sejam as insónias que a dor crónica, independentemente da sua intensidade, duração e incapacidade provoca na pessoa idosa (Yamaguchi, 2020). Por outro lado, a dor poderá potenciar ou agravar alguns sinais ou sintomas de outras doenças basais. Nestes casos, a dor como que fica mascarada, relegada para segundo plano por ausência de reconhecimento da sua existência uma vez que se encontra disfarçada. Este não reconhecimento de que a dor é o fator desencadeante não permite que se adotem e apliquem

intervenções dirigidas ao tratamento da dor e que por consequência iriam atenuar ou eliminar esses sinais e sintomas (Regier et al, 2021).

São necessárias intervenções junto destes familiares cuidadores para que se sintam integrados e apoiados, mas sem o conhecimento dos seus perfis enquanto cuidadores de uma pessoa idosa com dor crónica, não será possível delinear estratégias de intervenção centradas e dirigidas, quanto mais planeá-las e aplicá-las junto de quem delas necessita. Neste âmbito surgiu a oportunidade de abrir caminho, dando a nossa colaboração para aprofundar conhecimento junto destes cuidadores, contribuindo para o aumento de estudos sobre esta temática.

1.3. Promoção do Cuidado de Si – Modelo de Parceria de Cuidados

A abordagem da pessoa idosa com dor crónica pretende ser inclusiva, promovendo um envelhecimento saudável, na qual devem ser envolvidos vários parceiros numa mobilização conjunta de conhecimento, experiência, tecnologia e recursos, promovendo ou gerando saúde e bem-estar para todos os envolvidos: pessoa idosa, família e comunidade onde se integram (WHO, 2020). A Enfermagem como ciência reconhece este desafio e pretende dar o seu contributo eficiente na criação, desenvolvimento e implementação de políticas de saúde que suportem um envelhecimento ativo e saudável. Essa é também a expectativa da pessoa idosa e do seu familiar cuidador, que pretendem ser cada vez mais envolvidos nos cuidados. Este envolvimento e participação na promoção da sua própria saúde contribuem para o estabelecimento de uma parceria de cuidados que se tornará benéfica para todos a longo prazo.

Segundo Gomes (2013, 2016, 2021), a parceria é uma intervenção de enfermagem que abarca as condições contextuais da pessoa idosa, como a vulnerabilidade e dependência, delineando estratégias que permitam construir uma ação centrada na pessoa idosa que lhe permita promover ou restaurar o seu projeto de vida e saúde, transformando o que se pensa ser apenas uma potencialidade, numa capacidade real, permitindo que a pessoa possa prosseguir a sua trajectória de vida.

A parceria pode ser estabelecida pelo enfermeiro junto da pessoa idosa, mas não só. Não devemos esquecer que poderá envolver o familiar cuidador na medida em que o capacita a cuidar da pessoa idosa que se encontra aos seus cuidados. Se a pessoa idosa não tem capacidade de autonomia, devido à sua dependência e vulnerabilidade, a estratégia de ação ao invés de visar capacitar a pessoa idosa para assumir o cuidado de Si, passa por o enfermeiro assegurar o cuidado do Outro, onde se inclui capacitar a família para assegurar esse mesmo cuidado (Gomes, 2016, 2021).

A estratégia de construção do processo de parceria junto do familiar cuidador pretende enaltecer o conhecimento, partilhando responsabilidades e poder de decisão na medida em que promove o respeito pela pessoa e pela sua singularidade. Prolonga-se no tempo, identificando necessidades e potencialidades da pessoa sem, no entanto, descuidar as suas prioridades de vida com o intuito de auxiliar a prosseguir com o seu próprio projeto de vida e saúde proporcionando informação, promovendo a reflexão e bem-estar da pessoa, neste caso do familiar cuidador e por inerência, da pessoa idosa com dor crónica (Gomes, 2013; 2016 e 2021).

As fases de construção do processo de parceria apontadas por Gomes (2013, 2016, 2021) são cinco, apresentando-se dinâmicas entre si, mas de cariz evolutivo no tempo: revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e por último, assumir o controlo do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro. Explanando cada uma das fases, podemos descrever:

- **Primeira fase:** Revelar-se. Esta fase caracteriza-se “*pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.*” (Gomes, 2016, p.231). Tem como objetivo mobilizar competências de comunicação, quer do enfermeiro quer da pessoa idosa e familiar cuidador, identificando conhecimentos, recursos pessoais e o contexto de vida de ambos nas suas múltiplas dimensões (físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas e existenciais) com o intuito de elucidar e expor o melhor meio prestar o cuidado.

- **Segunda fase:** Envolver-se. Nesta fase existe a “*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 que vai para além do revelar-se.*” (Gomes, 2016, p. 232). Procura-se identificar a singularidade da pessoa idosa e familiar cuidador, recolhendo dados concretos que serão mobilizados na ação e relação com a pessoa idosa e o familiar cuidador (atitude centrada na pessoa). Ao aprofundar o conhecimento das suas necessidades e potencialidades, conseguir-se-há delinear quais os recursos a adotar para a ação e conseqüentemente, no Cuidado de Si.
- **Terceira fase:** Capacitar ou Possibilitar. Esta fase abrange dois conceitos, o primeiro, capacitar refere-se à construção de “*uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em conta a partilha dos significados da experiência da pessoa num acontecimento crítico, os conhecimentos de cada um para a definição de objetivos...nas atividades de manutenção de vida e de reparação.*” (Gomes, 2016, p. 233-234), ou seja, desenvolve-se um processo fundamentado e partilhado de responsabilidade e poder onde se mobiliza a singularidade da pessoa idosa, transformando capacidades potenciais em reais que a capacitem no controlo do Cuidado de Si. Por seu lado, o segundo, possibilitar “...é uma experiência de ação, onde o enfermeiro e o doente idoso realizam o ser com, partilhando os significados da experiência, assumindo o enfermeiro a responsabilidade dos cuidados que o Outro devia ter consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia.” (Gomes, 2016, p. 235). O possibilitar permite assumir a responsabilidade do cuidado que o Outro não pode ter consigo. Promove o cuidado por meio de princípios e valores que definem a identidade da pessoa, preservando ou dando sentido à sua vida e projeto de vida. Ao mobilizar a singularidade do familiar cuidador transformam-se capacidades

potenciais em reais que capacitam o familiar cuidador no controlo do Cuidado do Outro, capacitando-o para cuidar da pessoa idosa.

- **Quarta fase:** Comprometer-se. Esta fase caracteriza-se 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, 2016, p. 236). O objetivo prende-se com a manutenção do compromisso com o projeto de vida e saúde que a pessoa idosa fez para si mesma. Atua-se na transição das capacidades potenciais para reais com base nos conhecimentos que se adquiriram da pessoa, situação e sua evolução. Quando existe um familiar cuidador envolvido o compromisso com o projeto de vida e saúde diz respeito ao do próprio familiar cuidador.
- **Quinta fase:** Assumir o controlo do cuidado de Si ou assegurar o cuidado do Outro. Por último, esta fase 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.”* (Gomes, 2016, p. 236). A pessoa idosa garante o cuidado de Si mas se forem necessários ajustes, o enfermeiro intervém e reformula o processo. Na perspetiva de assegurar o cuidado do Outro é a família que *“adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.”* (Gomes, 2016, p. 236). O papel interventivo do enfermeiro passa por capacitar e garantir que o familiar cuidador tem capacidade para cuidar da pessoa idosa e permanecerá como recurso se necessário, desenvolvendo competências humanas, relacionais e técnicas.

O enfermeiro de prática avançada promove a parceria de cuidado a fim de capacitar/ possibilitar a pessoa idosa e o familiar cuidador para o Cuidado de Si, o que se refletirá em assumir e garantir o Cuidado de Si Próprio e do Outro (Gomes, 2013; 2016 e 2021).

2. METODOLOGIA

Nesta parte do relatório abordaremos sucintamente o tipo de metodologia adotado no projeto e os locais de estágio onde este se desenvolveu sendo que o objetivo almejado se prendeu com o desenvolvimento de competências de enfermeiro mestre e especialista no cuidado à pessoa idosa e ao familiar cuidador no âmbito da área médico-cirúrgica, mais concretamente na promoção do cuidado de Si e no cuidado do Outro na pessoa idosa com dor crónica.

2.1. Metodologia de Projeto

Um projeto é definido como um “planeamento de um trabalho a ser executado, tem como função elaborar estratégias, definir ações para solucionar um determinado problema e perspetivar resultados” (Botelho, 2013). Pretende unir teoria e prática em que ambas se relacionam e desenvolvem em conhecimento. O presente projeto teve por base a metodologia de projeto. Esta metodologia sustenta e empreende a concretização de cinco etapas (Botelho, 2013):

1. **Diagnóstico de situação:** identificação e definição do problema com análise da situação e aprofundamento do tema;
2. **Planeamento:** após identificação do problema, são delineadas actividades/estratégias e critérios de avaliação para dar resposta aos objetivos propostos, bem como o cronograma do projeto;
3. **Execução:** será a operacionalização do projeto (por meio da realização de estágio que decorreu entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020);
4. **Avaliação:** no decorrer do projeto e no final do mesmo; permite uma constante melhoria e alteração, quando necessário, entre a execução e os objetivos delineados para atingir os resultados esperados;
5. **Divulgação dos resultados:** no final é esperado que sejam divulgados os resultados de forma a dar visibilidade ao mesmo, bem como o contributo e impacto que teve no grupo de intervenção visado, mas também em termos de cuidados de enfermagem e melhoria na

prestação de cuidados a nível organizacional. Passa por desenvolver os cuidados em saúde na medida em que abraça naturalmente, sem obrigatoriedade mas com sentido de responsabilidade, as funções desempenhadas por cada enfermeiro (Suhonen e Paasivaara, 2011).

2.2. Caracterização dos Contextos de Estágio

O projeto descrito neste relatório integra-se num projeto mais alargado que está a ser desenvolvido em parceria com a Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Esta parceria começou com um projeto de investigação-ação denominado: “Consulta telefónica na unidade de dor: Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”, que decorreu entre abril de 2017 e dezembro de 2018 (UI&DE, 2017) e à qual se pretendeu dar continuidade no projeto “Instituições de Ensino e de Saúde amigas das pessoas idosas”, coordenado pela professora Idalina Gomes.

Assente em pressupostos que visam o envelhecimento ativo e saudável da população idosa, a OMS tem lançado várias orientações que visam a pessoa idosa. Falamos por exemplo das cidades e dos cuidados de saúde primários amigos das pessoas idosas (OMS, 2004 e 2007). No entanto o conceito amigo dos idosos presente nas orientações emanadas pela OMS vai muito além de apenas cidades e cuidados de saúde primários, podendo ser adaptado para o ambiente hospitalar.

O conceito de hospitais amigos das pessoas idosas surge na medida em que se pretende alterar os comportamentos existentes não adequados às pessoas idosas, fazendo uso de processos e cuidados humanos e tecnológicos, evitando o excesso de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas que se verifica aumentar quando estas são hospitalizadas (Huang, Larente e Morais, 2011).

Assim, o hospital amigo das pessoas idosas visa igualmente capacitar os profissionais de saúde, informando, educando e treinando competências no cuidado específico às pessoas idosas; sistemas de gestão adequados a este ciclo de vida específico e por último, ambiente físico capaz de dar acesso

facilitado a quem tem alterações na mobilidade, visão e audição resultantes do envelhecimento. Em suma todas estas medidas, sendo implementadas irão beneficiar a pessoa idosa, a sua família, os profissionais de saúde e o hospital envolvido (Tavares, Grácio e Nunes, 2017). Desta forma, com a realização deste projeto, pretendemos ter uma participação ativa na promoção e implementação das instituições de ensino e de saúde amigas das pessoas idosas, por intermédio da promoção de um modelo de parceria com o familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica, promovendo o cuidado de Si e do Outro.

O estágio foi dividido em dois períodos, em dois locais distintos, ambos na área metropolitana de Lisboa.

O primeiro, mais longo, decorreu em ambiente hospitalar num Centro Multidisciplinar de Dor (CMD) de um hospital público da região da grande Lisboa com a duração de 13 semanas, entre 23 de setembro e 20 de dezembro de 2019. Acabou por ser o campo de estágio mais longo pois foi nele que foi conduzida a maior parte da aprendizagem e desenvolvimento de competências, a par da investigação conduzida sobre a temática do familiar cuidador em que os participantes deste projeto foram os familiares cuidadores das pessoas idosas que frequentavam este CMD. O centro tem como objetivo principal a prestação de cuidados a pessoas de todos os grupos etários, referenciados por dor crónica oncológica e não oncológica, sendo a população abrangida a residente na área de influência do hospital mas não só, acolhe também utentes provenientes de outras regiões do país, desde que referenciados. É composto por uma equipa que presta cuidados em parceria composto por: cinco enfermeiras, cinco anestesistas, um fisiatra, uma psicóloga, um neurologista, uma dietista, uma assistente de serviço social, uma farmacêutica, duas assistentes operacionais e ainda dois voluntários que realizam tratamentos de mesoterapia (uma médica) e reiki (um terapeuta holístico). Funciona em quatro salas dispersas num corredor no 8º piso da unidade hospitalar no horário entre as 8h e as 18h30 de segunda-feira a quinta-feira e à sexta-feira até às 17h. O apoio aos utentes é oferecido por meio de consultas (médica, de enfermagem, de psicologia clínica, de nutrição e dietética) presenciais e telefónicas, e procedimentos farmacológicos e não farmacológicos. Os procedimentos realizados pelas equipas médica e de enfermagem são: bloqueio de nervos periféricos guiados por ecografia; bloqueio central; neuroestimulação medular; infiltrações locais; radiofrequência;

ozonoterapia; mesoterapia; eletroacupuntura; ondas de choque; diatermia; estimulação muscular de alta frequência (EMAF), bandas neuromusculares; reiki; psicoterapia e psicomotricidade. Estes tratamentos podem ser realizados tanto a doentes externos, em regime de ambulatório, bem como a doentes internados nos diversos serviços da unidade hospitalar.

O segundo, mais curto, decorreu também em ambiente hospitalar mas num hospital privado da região da grande Lisboa com a duração de 5 semanas, entre 6 de janeiro e 7 de fevereiro. Esta instituição hospitalar presta cuidados de saúde a utentes do foro médico e cirúrgico em regime privado ou através de acordos com os mais variados subsistemas e seguradoras.

O intuito de inserir este campo de estágio no projeto foi o de aproveitar este momento académico de crescimento pessoal e profissional para dar o meu contributo na melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa com dor crónica na instituição onde desempenho funções, permitindo igualmente à instituição uma melhoria nos cuidados de enfermagem por meio da capacitação dos seus enfermeiros no reconhecimento da dor crónica presente na pessoa idosa em contexto de internamento.

O projeto de estágio foi formulado na Unidade Curricular Opção II e apresentado ao 10º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa a 11 de julho de 2019 (Apêndice II)

A execução do estágio pretendeu dar o seu contributo na promoção do cuidado de Si no familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica pondo a descoberto a realidade deste grupo de pessoas enquanto cuidadores de pessoas idosas, na especificidade da dor crónica, ao mesmo tempo que pretendeu capacitar uma equipa de enfermagem para a necessidade de avaliação e registo sistemático da dor na pessoa idosa, desenvolvendo e dignificando os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar. Foram três os objetivos principais delineados para a persecução do propósito do projeto:

1. Desenvolver competências como enfermeira especialista e mestre nos cuidados à pessoa idosa com dor crónica e ao familiar cuidador através de uma intervenção em parceria que promova o Cuidado de Si;

2. Colaborar no estudo e descrição das necessidades e/ou dificuldades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica;
3. Capacitar os enfermeiros em contexto de internamento hospitalar com instrumentos que permitam melhorar os cuidados à pessoa idosa com dor crónica.

Para cada um dos objetivos principais, foram desenvolvidos (e reformulados sempre que necessário) objetivos específicos com atividades e estratégias para o seu alcance que se apresentam de forma sucinta em quadro para cada um em particular.

Primeiro Objetivo Geral- Desenvolver competências de Enfermeira Especialista e Mestre nos cuidados ao familiar cuidador e à pessoa idosa através de uma intervenção em parceria que promova o Cuidado de Si

Quadro 1- Primeiro Objetivo Geral

OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa e pessoa idosa com dor crónica
2. Aprofundar conhecimentos sobre o familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica

ACTIVIDADES E ESTRATÉGIAS

Pesquisa bibliográfica e revisão integrativa da literatura sobre: o processo de envelhecimento; a pessoa idosa, dor, dor crónica, intervenções e cuidados específicos neste grupo etário e sobre o familiar cuidador;

Realização de estágio em CMD;

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Realiza pesquisa bibliográfica e revisão integrativa de literatura pertinente e actual;

Reflecte e interioriza conhecimentos adquiridos;

Mobiliza, integra e transfere conhecimentos para a prática;

OBJETIVO ESPECÍFICO

3. Intervir em parceria junto do familiar cuidador e da pessoa idosa com dor crónica promovendo o Cuidado de Si

ACTIVIDADES E ESTRATÉGIAS

Realização de dois estágios em contexto hospitalar (ambulatório- CMD- e internamento);

Prestação de cuidados à pessoa idosa e ao familiar cuidador por meio de promoção da saúde, colheita de dados, planeamento, execução e avaliação das intervenções delineadas;

Promoção do Cuidado de Si através do diagnóstico e caracterização do familiar cuidador e da pessoa idosa com dor crónica;

Planeamento de cuidados em parceria com o familiar cuidador e a pessoa idosa com dor crónica visando o projeto de vida e de saúde individuais;

Promoção do desenvolvimento profissional e cultura organizacionais no que diz respeito aos cuidados à pessoa idosa e ao familiar cuidador;

Aquisição de competências de Enfermeiro Especialista no cuidado ao familiar cuidador e à pessoa idosa com dor crónica;

Aquisição de competências de Mestre orientado por quadros de referência de Enfermagem e de modelos de cuidados de Enfermagem na área da pessoa idosa;

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Cumprir os tempos de estágio definidos em cada local;

Integrar diferentes dimensões do exercício profissional;

Mobilizar, integrar e transferir conhecimentos para a prática;

Validar com enfermeira e docente orientadora o seu percurso e conhecimentos;

Promover ambiente calmo e seguro com base numa conduta profissional responsável, ética e legal;

Fazer uso de uma comunicação clara e objectiva que permita recolha de informações para caracterização do familiar cuidador e pessoa idosa com dor;

Constrói um processo de parceria com o familiar cuidador e pessoa idosa com dor, adotando o modelo de parceria como modelo de cuidados de enfermagem;

Desenvolve competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na área médico-cirúrgica, na vertente da pessoa idosa; desenvolve investigação pertinente e relevante contribuindo para a prática de enfermagem;

Desenvolve competências de mestre por meio de aquisição de conhecimentos aprofundados sobre o familiar cuidador e a pessoa idosa com dor crónica; contempla os projetos de vida; revela julgamento clínico e tomada de decisões pertinentes específicas perante este grupo populacional;

Acrescenta conhecimento em enfermagem no domínio do familiar cuidador e pessoa idosa com dor crónica;
Presta cuidados tendo por base o processo de parceria com vista a promover o Cuidado de Si;

Segundo Objetivo Geral- Colaborar no estudo e descrição das necessidades e/ou dificuldades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica

Quadro 2- Segundo Objetivo Geral

OBJETIVO ESPECÍFICO

1. Realizar diagnóstico de situação com a equipa de enfermagem e/ou multidisciplinar sobre a temática do familiar cuidador e as suas necessidades
2. Realizar diagnóstico de situação sobre as necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica

ACTIVIDADES E ESTRATÉGIAS

Pesquisa bibliográfica e revisão integrativa da literatura sobre o familiar cuidador e as suas necessidades/dificuldade;

Realização de estágio em CMD

familiar cuidador

Abordagem ao familiar cuidador para participação no projeto;

Colheita de dados (recolha de dados por meio de entrevista)

Elaboração de um guia com os resultados da colheita de dados para posterior análise e futura formulação de intervenções perante o familiar cuidador;

Apresentação de resultados à equipa multidisciplinar do CMD (e equipa académica na pessoa da professora orientadora);

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Realiza pesquisa bibliográfica e revisão de literatura pertinente e actual;

Usa pensamento crítico e método de trabalho científico;

Recolhe com eficácia e pertinência as necessidades/ dificuldades da equipa de enfermagem do CMD nos cuidados ao familiar cuidador e as necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica;

Mobiliza, integra e transfere conhecimentos para a praxis;

Dá continuidade ao projeto de parceria entre UI&DE e o CMD;

Promove um CMD amigo das pessoas idosas;

Aborda o familiar cuidador usando comunicação clara e objectiva em ambiente que transmita segurança que obedeça a uma prática profissional responsável, ética e legal;

Atua junto dos pares como um modelo de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e da Enfermagem apresentando resultados do seu projeto;

OBJETIVO ESPECÍFICO

3. Intervir junto do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica em parceria promovendo o Cuidado de Si

4. Promover o desenvolvimento profissional e a cultura organizacional das instituições por meio de cuidados ao familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica com práticas baseadas na evidência

ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS

Aplicação dos resultados encontrados na formulação de estratégias da promoção do Cuidado de Si no familiar cuidador;

Prestação de cuidados de enfermagem ao familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica;

Capacitação do familiar cuidador para desempenhada tarefa de cuidador;

Prestação de suporte emocional; promoção, divulgação e se necessário instituição de medidas formais de suporte

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Intervém em parceria junto do familiar cuidador;

Formula estratégias para a promoção do Cuidado de SI do familiar cuidador;

Reúne com enfermeira e docente orientadora para validação de estratégias promotoras do Cuidado de Si;

Reflete sobre as práticas;

Elabora estudo de caso;

Presta cuidados de enfermagem ao familiar cuidador, capacita-o e apoia-o nas suas necessidades enquanto cuidador;

Promove e divulga medidas formais de suporte ao familiar cuidador;

Terceiro Objetivo Geral- Capacitar os enfermeiros em contexto de internamento hospitalar com instrumentos que permitam melhorar os cuidados à pessoa idosa com dor crónica.

Quadro 3- Terceiro Objetivo Geral

OBJETIVO ESPECÍFICO

Aprofundar conhecimentos sobre avaliação e monitorização da dor na pessoa idosa

Integrar uma equipa especializada no tratamento da dor crónica (CMD)

ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS

Pesquisa bibliográfica e revisão da literatura sobre dor na pessoa idosa;

Aquisição de conhecimentos sobre os instrumentos de avaliação de dor;

Realização de estágio em CMD

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Reúne artigos pertinentes, atuais e de interesse sobre a temática;

Reconhece os instrumentos de avaliação da dor;

Mobiliza conhecimentos para agir em situação de prestação de cuidados;

OBJETIVO ESPECÍFICO

Apresentar e divulgar o projeto a nível organizacional perante a equipa de enfermagem

Realizar diagnóstico de situação com a equipa de enfermagem sobre a temática da dor

ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS

Realização de reunião com enfermeiro coordenador, orientador e responsáveis de equipa (elo de ligação para os restantes pares);

Realização de estágio em serviço de internamento médico-cirúrgico

Formulação e aplicação de pequeno questionário sobre a temática da dor aos enfermeiros no local de trabalho (permite assim despertar o interesse para a temática da dor através da auto-reflexão);

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Promove uma prática profissional responsável, ética e legal;

Cativa o interesse dos pares;

Reúne pontos de apoio junto dos restantes responsáveis de equipa- agentes facilitadores;

Analisa as respostas, identifica as dificuldades sentidas pelos enfermeiros em relação aos conhecimentos sobre dor;

OBJETIVO ESPECÍFICO

Intervenções educativas aos enfermeiros (formação em serviço)

ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS

Planeamento e realização de intervenções educativas aos enfermeiros sobre dor

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Planeia as intervenções dando resposta às principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros;

Realiza as intervenções educativas com habilidade comunicacional, cativa os participantes, transmite informação pertinente e adequada (pessoa idosa, fisiopatologia, instrumentos de avaliação, tratamento e controlo da dor,...)

OBJETIVO ESPECÍFICO

Promover a avaliação e monitorização sistemáticas da dor

Avaliar a aplicabilidade do instrumento escolhido (avaliação e monitorização sistemáticas da dor pelos enfermeiros)

ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS

Implementação de escala de avaliação da dor no serviço de internamento;

Elaboração de um dossier disponível para consulta com uma coleta de toda a informação pertinente sobre a temática: fisiopatologia, dor, a pessoa idosa com dor, instrumentos de avaliação, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, artigos e estudos....

Monitorização dos registos e das intervenções dos enfermeiros junto da pessoa idosa com dor por meio de consulta de processo clínico, entrevista e observação direta, identificando as lacunas;

Planeamento e realização de intervenções educativas aos enfermeiros sobre dor

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Identifica as diversas escalas de avaliação da dor. Escolhe uma adequada ao serviço e contexto de formação e principalmente adequada à pessoa idosa;

Elabora dossier de fácil acesso e consulta para esclarecimento de dúvidas;

Monitoriza os registos efetuados e intervenções dos pares perante a dor;

Identifica necessidades de novas intervenções educativas; Realiza novas intervenções educativas se necessário;

Aborda os enfermeiros encorajando-os a manter o projeto ativo.

Melhora a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica, reduzindo o impacto desta em contexto de internamento e consequentemente nos restantes síndromes geriátricas;

OBJETIVO ESPECÍFICO

Avaliação do projeto

ACTIVIDADES E ESTRATÉGIAS

Formulação de ficha avaliativa junto dos enfermeiros de modo a perceber as mudanças geradas através da implementação do projeto (pessoais, profissionais e organizacionais);

Realização de sessão formal de apresentação dos resultados no serviço de internamento;

Elaboração de relatório final de estágio;

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Reflete imparcialmente sobre o impacto do projeto;

Promove a auto avaliação e auto reflexão;

Promove a melhoria da cultura organizacional;

Contribui para a reflexão conjunta das práticas de enfermagem e qualidade dos cuidados perante a pessoa idosa;

Mobiliza os modelos conceituais para a praxis, e a praxis para o desenvolvimento de competências relatadas por meio do relatório final;

Atua junto dos pares como um modelo de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e da Enfermagem

Reúne com enfermeira e docente orientadora para validação de estratégias;

Elabora e entrega relatório final de estágio no tempo delineado;

2.3. Autorização da Comissão de Ética e Apresentação do Projeto

Um dos primeiros passos para o desenvolvimento do projeto foi o pedido de autorização para a sua implementação junto da Comissão de Ética do hospital e posteriormente a sua apresentação junto dos profissionais do CMD.

O envolvimento de pessoas como sujeitos de investigação abre portas a questões morais e éticas que obriga todo o investigador à submissão de um conjunto de regras de conduta nos seus protocolos de investigação permitindo proteger os direitos das pessoas envolvidas. Resumidamente, estes direitos

dizem respeito à autodeterminação, à intimidade, ao anonimato e à confidencialidade, à proteção contra o desconforto e o prejuízo, bem como ao direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999). Tendo por base estes princípios foi efetuado um pedido de parecer à Comissão de Ética para a realização do projeto de investigação denominado: “*A Promoção do Cuidado de Si no Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com Dor Crónica*”. Este pedido reuniu a documentação solicitada pela comissão para avaliação do projeto da qual constavam: requerimento do investigador principal ao Presidente do Conselho de Administração; autorizações da Diretora Clínica e da Enfermeira Responsável do CMD envolvido; resumo do projeto de investigação que nos propúnhamos desenvolver; consentimento informado, livre e esclarecido para os participantes no estudo e o resumo biográfico dos investigadores (Apêndice III). Parecer e autorização favoráveis ao desenvolvimento do projeto encontram-se em anexo (Anexo 1).

3. ATIVIDADES REALIZADAS E APRENDIZAGENS ADQUIRIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Como descrito anteriormente, o estágio foi realizado em duas unidades hospitalares, com intervenções distintas: num CMD de um hospital público, e num serviço de internamento médico-cirúrgico de um hospital privado da região de Lisboa. Dadas as atividades realizadas e aprendizagens adquiridas terem objetivos diferentes, iremos apresentar cada um separadamente neste capítulo.

3.1. Atividades realizadas e aprendizagens adquiridas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa com dor crónica e seu familiar cuidador no contexto de um CMD

Esta fase do projeto decorreu durante cerca de 13 semanas entre 23 de Setembro e 20 de dezembro de 2019, num CMD e podemos dizer que foi o ponto central de todo o projeto. O desenvolvimento de um projeto que permitisse incluir o familiar cuidador e por este meio melhorar os cuidados à pessoa idosa com dor crónica que frequentam o CMD foi o mote para em simultâneo contribuímos para o desenvolvimento da Enfermagem como disciplina e ciência, cooperando no desenvolvimento de uma instituição e serviço amigo das pessoas idosas, oferecendo o nosso contributo à população que dele usufruem.

3.1.1. Apresentação do projeto no CMD

Sendo este projeto a inserir num projeto mais amplo já em desenvolvimento no CMD, no entanto abrangendo um ponto ainda não trabalhado, o do familiar cuidador, foi fundamental despertar curiosidade junto dos profissionais do centro para esta temática. Foi assim apresentado em sessão formal junto dos mesmos (equipa multidisciplinar) o projeto a que nos propúnhamos desenvolver, com o intuito de captar atenções e parceiros no desenvolvimento do mesmo. Depois de estabelecido o plano de sessão de apresentação do projeto (Apêndice IV), o mesmo foi divulgado através de folheto

informativo afixado no CMD (Apêndice V) e, a apresentação decorreu no dia 25 de Novembro de 2019 (Apêndice VI) com simpática assistência de todos os profissionais, desde a diretora clínica, corpo clínico e equipa de enfermagem.

3.1.2. Prestação de cuidados de enfermagem em parceria com a pessoa idosa com dor crónica e o familiar cuidador no CMD

A realização de estágio em contexto de um CMD permitiu, como a própria designação revela uma partilha multidisciplinar de conhecimentos no que concerne o cuidado à pessoa idosa mas permitiu igualmente envolver o cuidador familiar dessa pessoa. Esta envolvência em escala mais alargada permitiu desenvolver uma reflexão pessoal tendo por base a integração no seio de uma equipa dinâmica, com vontade de transmitir e fomentar o conhecimento sobre a pessoa idosa com dor crónica, de forma a proporcionar cuidados centrados na pessoa e por inerência no seu meio familiar. Os conhecimentos baseados em evidência científica e os conhecimentos técnicos apreendidos ao longo do crescimento da equipa multidisciplinar do CMD enquanto prestadora de cuidados, facilita um cuidado centrado na pessoa que este estágio colocou a descoberto quando nos apercebemos da vontade sincera e plena na transmissão e no acesso à informação, a partilha por meio de uma comunicação clara e concisa. Estes elos traçados de empatia geram em qualquer estudante a confiança e vontade necessárias para a concretização dos objetivos junto dos frequentadores do centro, uma vez que passamos a ser parte integrante da equipa e não um elemento externo a esta.

São várias as atividades proporcionados pelo CMD aos seus utentes. Cada uma delas abracei com vontade de as conquistar até me sentir autónoma na sua realização. Esta transformação e capacitação adquirida ao longo do estágio permitiu que a cada momento de aprendizagem se desse de igual forma um crescimento pessoal e profissional, com reflexão nas práticas exercidas para tomadas de decisão conscientes, baseadas nos conhecimentos e experiências adquiridas. Passo a descrever sucintamente as atividades desenvolvidas no CMD da qual estive envolvida:

Consulta de primeira vez: esta consulta divide-se em duas fases, a de enfermagem e a médica. A primeira realizada é de enfermagem, tem como objetivo a colheita de dados

do utente e a apresentação do CMD. Nesta consulta é utilizado o modelo de intervenção em parceria para promoção do cuidado de Si. Mais abrangente do que conhecer apenas a história de dor do utente, esta colheita permite-nos conhecer o utente enquanto pessoa, a sua história familiar e o seu percurso de vida e doença até ao presente momento. O conceito de dor é minuciosamente trabalhado de forma a recolher o máximo de informação possível para melhor adequar o tratamento. A localização, o perfil, qualidade, intensidade e fatores exacerbantes e de alívio da dor são questionados e registados. É fornecido ao utente um diagrama corporal para a sua auto representação da dor, que o mesmo preenche. São também apresentadas escalas de avaliação da dor, nomeadamente a escala numérica, qualitativa e de faces, sendo que o utente é livre de avaliar a intensidade da sua dor usando qualquer uma delas. Finda a consulta de enfermagem, o utente é encaminhado para a consulta médica, nesta são usados os dados recolhidos na consulta de enfermagem, alguns validados e outros aprofundados mediante visualização de exames complementares de diagnóstico, exame físico para percepção da dor (local, irradiação e tipo) ou ainda através de exame ecográfico se necessário. Toda esta colheita permitirá deliberar qual o regime terapêutico farmacológico ou não farmacológico a instituir. Ambas as equipas, enfermagem e médica, atuam em estreita parceria, onde se pode visualizar o significado de trabalhar em equipa transdisciplinar. O bem-estar do utente é o principal foco da equipa multidisciplinar. Raramente o utente comparece a esta consulta sozinho, especialmente quando da pessoa idosa se trata. O familiar cuidador é maioritariamente o cônjuge ou um familiar descendente, filho ou filha tal como vem sendo descrito na literatura (Umegaki, 2014; Kim e Yeom, 2016; Lopez Hartmann et al, 2019). O CMD é apresentado ao utente e familiar cuidador, sendo explicitado o modo de funcionamento, possibilidades de tratamentos abrangidos e contato telefónico disponível em formato de consulta telefónica de enfermagem, reforçados pela entrega de um Guia de Acolhimento. São geridas expectativas de ambos e realizados ensinamentos, que após definido o tratamento a adotar, são reforçados com caráter mais específico.

Consulta telefónica de enfermagem: a consulta telefónica encontra-se disponível para os utentes do CMD e/ou familiares cuidadores e, é-lhes apresentada no momento da consulta de primeira vez. Pode ser realizada todos os dias úteis entre as 9h e as 16h para qualquer esclarecimento de dúvidas, solicitação de medicação do tratamento farmacológico (com emissão de receita via mensagem telefónica), transmissão de informação de adaptação ao regime medicamentoso e eventuais efeitos secundários, ou qualquer outro motivo que os utentes considerem pertinente. Existe um documento

de registo da consulta telefónica, que serve igualmente para registar a consulta presencial caso alguém se dirija ao CMD (muitos utentes frequentam a unidade hospitalar noutras valências e acabam por se dirigir em pessoa ao invés de telefonar). Este registo colocado em prática desde 2016 aquando da especialização de uma das enfermeiras do CMD, permitiu aliar a prática à teoria na medida em que foi desenvolvido um modelo de registo com base num modelo teórico, o Modelo de Parceria de Gomes e cada uma das suas fases (Gomes, 2016). Através da disponibilidade demonstrada na consulta telefónica, a equipa de enfermagem apresenta-se como um recurso ao utente, neste caso à pessoa idosa, na qual é dado espaço para manifestação dos problemas que impossibilitam o seu projeto de vida e saúde. As enfermeiras atuam como mediadoras neste processo, auxiliando a pessoa idosa a relatar e a assegurar o cuidado de Si face à dor. Assim, sempre que é estabelecido um contato telefónico, a enfermeira procura revelar-se (1ª fase) dando-se calmamente a conhecer e recolhendo os dados da pessoa. O escrutínio do motivo de contato permite à enfermeira envolver-se (2ª fase), pois procura validar o motivo de contato e de que forma este motivo interfere no seu projeto de vida. É partilhada informação sobre o regime terapêutico instituído, o seu cumprimento, é avaliada a intensidade de dor, localização, características, fatores de alívio e gestão de terapêutica de resgate instituída. Recolhidas as informações necessárias, a enfermeira procura capacitar/possibilitar (3ª fase) o utente a assegurar o cuidado de Si, fornecendo-lhe informações e negociando por meio da reflexão o desenvolvimento de habilidades que lhe permitam resolver e ultrapassar o problema detetado. Se necessária intervenção da equipa médica, a situação é encaminhada para o médico de serviço ao CMD que posteriormente contactará o utente ou fornecerá novas diretrizes à enfermeira para resolução do problema. A enfermeira procura validar o comprometer-se (4ª fase) do utente mediante validação verbal por repetição das indicações fornecidas e pedido de novo contato caso não surtam o efeito pretendido. Por último, o assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro (5ª fase), por parte do utente ou do familiar cuidador permite que possa ser o utente a ter o controlo do seu projeto de vida, estando capacitado para gerir e decidir em caso de situações de dificuldade, ou que o cuidador familiar se encontra capacitado para cuidar do seu familiar com dor crónica.

O detalhe e a excelência do registo destes contatos, posteriormente transferidos para o processo clínico do doente para futura consulta e seguimento, realizados de forma homogénea permitem que se estabeleça uma relação de parceria estável e inequívoca com a pessoa ou familiar cuidador independentemente de quem a realize. Esta excelência de valorizar sistematicamente e de forma consistente as necessidades de

quem ao CMD se dirige, valoriza os cuidados prestados, traduzindo-se pela prestação de cuidados de qualidade (Gomes et al, 2020).

Consulta em internamento: o CMD por diversas vezes é contactado pelos serviços de internamento para gestão de dor, crónica ou aguda, de utentes internados em contexto de doença aguda. Alguns já são utentes do CMD, outros contactam com o centro pela primeira vez. As visitas, duas vezes por semana, são realizadas por um médico e enfermeira do CMD que se deslocam aos serviços onde são solicitados. Chegam a percorrer toda a unidade hospitalar. Visitam presencialmente o utente, escutam-no e falam também com as equipas do serviço em questão de forma a recolher o máximo de informação. Mantêm, alteram ou instituem novos regimes terapêuticos direcionados apenas para a dor.

Tratamentos não farmacológicos: são agendados no CMD por indicação médica. Sempre que a equipa de enfermagem julgue pertinente prolongar no tempo podem ser reagendadas. Aquelas às quais consegui assistir foram a diatermia, EMAF e aplicação de bandas neuromusculares. Realizei autonomamente a aplicação de EMAF (num utente, à altura o único a realizar este tipo de tratamento desde há bastante tempo, mais de um ano, duas vezes por semana) e diversas sessões de diatermia, sendo este o tratamento com maior expressão no CMD e que envolve maior ocupação de tempo em cuidados junto da pessoa idosa. A diatermia é agendada mediante disponibilidade, em tratamentos com a duração de duas ou três semanas totalizando seis tratamentos. Consiste na regeneração celular através da elevação de temperatura do tecido na região afetada/lesionada mediante a circulação de correntes de alta frequência. É esperado que favoreça a regeneração tecidual, promova o aumento da corrente sanguínea local e o relaxamento muscular, refletindo-se no alívio da dor. O período de tempo em que é realizado é aproveitado pela enfermeira para avaliação da dor percebida pelo utente e para ações de ensino para a saúde. Fazendo uso da escuta ativa, a enfermeira estabelece uma relação de parceria com a pessoa idosa e mais uma vez as cinco fases do Modelo de Parceria de Gomes são utilizadas para capacitar a pessoa idosa a cuidar de Si.

Tratamentos farmacológicos: o CMD disponibiliza igualmente procedimentos farmacológicos, nos quais a equipa de enfermagem atua em parceria com a equipa médica, são exemplo o bloqueio de nervos periféricos guiados por ecografia, o bloqueio central e a neuroestimulação medular; infiltrações medicamentosas locais; radiofrequência e ozonoterapia e outros, nos quais é autónoma na sua realização após prescrição como são o caso dos tratamentos com o adesivo de Capsaicina 8%.

3.1.3. Elaboração de um Guião do Modelo de Parceria à pessoa idosa com dor crónica no CMD

Um dos componentes da unidade curricular Estágio com Relatório é a prática clínica, na qual conseguimos complementar a teoria com a prática da prestação de cuidados e vice-versa, fazendo para isso uso de modelos reflexivos que nos permitem fundamentar a nossa formação e ação para que assim se possa cuidar e intervir junto da pessoa idosa e família com a perícia e competência esperada de um enfermeiro especialista e mestre.

Para a persecução deste objetivo foi delineada a elaboração de um guião que servisse de base e linha norteadora do percurso em campo de estágio (na abordagem à pessoa idosa e seu familiar cuidador, na prestação dos mais variados cuidados de enfermagem já mencionados anteriormente). O guião serviu igualmente de orientação para elaboração de um estudo de caso que aliasse uma referência teórica ao cuidar em Enfermagem. Essa referência teórica, como não podia deixar de o ser, foi o Modelo de Parceria (Gomes, 2016) já diariamente usado pela equipa de enfermagem junto dos seus utentes nos mais diversos cuidados prestados (Apêndice VII).

3.1.4. Estudo de caso de uma pessoa idosa com dor crónica face ao Modelo de Parceria

Através da construção do guião do Modelo de Parceria (na pessoa idosa com dor crónica em tratamento na UD do CMD e seu familiar cuidador) foi possível traçar as linhas orientadoras para a elaboração, não só do estudo de caso, mas também para a prática de cuidados durante todo o percurso em estágio aos restantes utentes idosos. O Modelo de Parceria visa a manutenção do projeto de vida e saúde, neste caso da pessoa idosa com dor crónica, em que esta é um ser de projeto e cuidado ao qual se quer promover o cuidado de Si. A estratégia adotada neste processo de parceria resulta na construção de uma ação conjunta em que, através dos cuidados de enfermagem, se capacita a pessoa idosa para assumir o controlo do cuidado de Si, ou na impossibilidade de esta o fazer, a enfermeira ou familiar cuidador asseguram o cuidado do Outro (Gomes, 2016). O processo de parceria foi delineado respeitando as suas cinco 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 (Apêndice VIII).

Nos momentos de interação durante a condução do estudo de caso e intervenção na pessoa com dor crónica, foi possível estabelecer uma relação de proximidade junto da pessoa idosa e do familiar cuidador, o que permitiu a operacionalização do processo de parceria e o desenvolvimento das cinco fases do modelo de Parceria de Gomes.

Foram utilizados os momentos das sessões de diatermia bem como outros momentos de conversa informal antes ou após as sessões. Foi apresentada à pessoa idosa com dor crónica (Sra. W.), o propósito da nossa presença e adotada uma conduta de escuta ativa, empatia e disponibilidade de forma a nos darmos a conhecer bem como tempo para conhecer e compreender a pessoa idosa com dor crónica, nomeadamente no contexto de doença, valores e projeto de vida. A Sra. W. hábil na comunicação revelou-se também ela sempre disponível e agradada com a disponibilidade e interesse demonstrado em si e no seu projeto de vida, permitindo criar alicerces fortes na continuidade da parceria que se pretendia estabelecer. A partir deste ponto desenrolaram-se as outras fases do modelo.

A postura centrada na pessoa idosa permitiu criar um espaço de conhecimento da singularidade da Sra. W. Foram aplicadas diversas escalas que permitiram realizar uma avaliação multidimensional da pessoa idosa no contexto de saúde e doença. Esta intervenção permitiu compreender a pessoa idosa e a melhor forma de a cuidar, bem como aumentar a relação de proximidade pondo em evidência as competências técnicas e relacionais esperadas de um enfermeiro especialista e mestre no cuidado à pessoa idosa. Foram explorados os conhecimentos da pessoa idosa acerca da dor crónica e seu tratamento, e trabalhados os recursos disponíveis no CMD que poderiam ser utilizados para benefício da pessoa idosa.

Desenvolvida a fase do envolver-se, na terceira fase da parceria estabelecida com a Sra. W. (capacitar a pessoa idosa para o cuidado de Si), foram promovidos momentos de reflexão e capacitação através de estratégias delineadas em conjunto para ultrapassar os problemas detetados (não cumprimento do regime terapêutico e intervenções para controlo da dor).

Na quarta fase, comprometer-se, desenvolveram-se esforços para reforçar as estratégias delineadas em parceria e dar seguimento aos compromissos assumidos pela pessoa idosa, a cada momento de interação iam sendo validados. O compromisso foi assegurado na medida em que a Sra. W. passou a fazer uso da consulta telefónica, deixando de gerir autonomamente a sua medicação sem contactar previamente a equipa do CMD.

Por último, aferimos que foi atingida a quinta fase do modelo, com a Sra W. a assumir o controlo do cuidado de Si própria ao conseguir gerir as situações de dúvidas e tratamento de dor no domicílio, conseguindo escolher o melhor caminho para as superar, vindo-se a traduzir em aumento do bem-estar, autonomia adquirida e vontade manifestada de retomar o seu projeto de vida (sair para beber chá como fazia anteriormente com as amigas e estar mais presente em certas atividades com o seu companheiro, como caminhadas à beira-mar que ambos tanto apreciam).

Ao intervirmos em parceria junto da pessoa idosa com dor crónica, recorrendo a uma avaliação multidimensional do seu processo e percurso de doença, baseados num modelo teórico de Enfermagem, compreendendo e intervindo sobre o seu processo de envelhecimento, estamos a atuar segundo as competências de um enfermeiro especialista que cuida da pessoa idosa com dor crónica, tendo em conta a sua especificidade singular desta.

3.1.5. Entrevista ao familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica: dificuldades na óptica do cuidador

Uma das atividades desenvolvidas no decorrer deste projeto foi a realização de entrevistas ao familiar cuidador. Com o objetivo de conhecer quais as necessidades e dificuldades do cuidador familiar da pessoa idosa com dor crónica, foi a abordagem que nos pareceu ajudar a melhor compreender o que este enquanto pessoa individual vivência no papel de cuidador. Sendo a investigação, uma das áreas de intervenção do enfermeiro especialista e mestre, pretendemos desenvolver competências nesta área e simultaneamente ajudar a desocultar a experiência do familiar cuidador, desta forma dar o nosso contributo para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada mais centrada na pessoa (familiar cuidador) que permita ganhos em saúde para a pessoa idosa com dor crónica e os seus familiares cuidadores.

Aquando do pedido de autorização à Comissão de Ética do hospital onde se insere o CMD, foi elaborado um guião de entrevista para o familiar cuidador, usado como linha condutora da entrevista. Das mais variadas formas de realizar a entrevista, a entrevista semidiretiva foi a que nos pareceu mais adequada, tendo em conta as características do publico alvo (cuidadores com pouca disponibilidade de tempo) e também a envolvência do serviço com pouca disponibilidade de local para realizar as entrevistas.

As entrevistas foram conduzidas apenas após leitura e assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido dos familiares cuidadores. Do consentimento constava o título do projeto, a identificação e contato de uma das investigadoras, para além de descrever de forma clara e concisa o objetivo, procedimento, riscos envolvidos, a participação voluntária e a garantia de confidencialidade e anonimato do projeto de investigação. Ao participante entregou-se uma cópia devidamente assinada por uma das investigadoras, enquanto outra ficou na nossa posse com a assinatura do familiar cuidador que consentiu a entrevista. A entrevista permitiu-nos recolher do familiar cuidador as suas respostas espontâneas reveladoras dos seus pensamentos, emoções, valores e representação sobre os assuntos abordados, tendo sido gravadas para posterior transcrição na íntegra (Bardin, 2019).

Os participantes foram 13 familiares cuidadores. O recrutamento dos participantes foi realizado por conveniência. A abordagem aos familiares cuidadores foi facilitada pelo contato que alguns já possuíam do CMD e era notória a confiança depositada nos profissionais que ali exercem funções, da qual nos sentimos desde cedo incluídas. Uma vez que as entrevistas foram conduzidas na reta final do estágio devido ao demorado processo de pedido e resposta de autorização, não foi possível recolher um número considerável de entrevistas, ao que a este fator acresce a dificuldade no local para efetuar as mesmas. Sendo o CMD um espaço compacto sem serviço próprio (os gabinetes localizam-se no hall de acesso as dois serviços) e com bastante atividade (sem disponibilidade de um gabinete livre para uso), nem sempre estiveram reunidas as condições ideais e propícias para a realização de entrevista, o que se veio mais tarde traduzir na dificuldade enorme sentida na transcrição das mesmas. Como tal, das 13 entrevistas realizadas, 5 não puderam ser incluídas no estudo

pois apresentavam ruído de fundo que comprometia a compreensão das respostas dadas. Assim, foram incluídas um total de 8 entrevistas (CF3, CF4, CF5, CF6, CF7, CF8, CF11 e CF12).

Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão que definiram quais os familiares cuidadores elegíveis para estudo. Os critérios de inclusão do familiar cuidador foram os seguintes: idade igual ou superior a 18 anos, que acompanhe presencialmente a pessoa idosa com dor crónica ao CMD e com capacidade de comunicação oral, auditiva e cognitiva e que aceite participar no estudo. Os critérios de exclusão foram: idade inferior a 18 anos, que não acompanhe presencialmente a pessoa idosa com dor crónica ao CMD, com défice da capacidade de comunicação oral e auditiva e com défice cognitivo avaliado pela aplicação prévia do *Mini Mental State Examination*- MMSE (Apêndice III). As entrevistas tiveram a duração de 15 a 30 minutos. Importa mencionar que, o guião de entrevista, para além de submetido para apreciação pela Comissão de Ética do hospital envolvido, foi também submetido a peritos no cuidado da dor e da pessoa idosa do CMD bem como submetido a pré-teste, na condução de duas entrevistas prévias.

As informações e dados foram recolhidos de acordo com os princípios éticos e deontológicos que asseguraram o anonimato, o respeito pela autodeterminação e intimidade, garantia de protecção contra qualquer desconforto ou prejuízo, e tratamento justo e equitativo. O anonimato dos dados foi garantido mediante procedimentos que obedecem ao cumprimento do Regulamento Geral de Protecção de Dados (RGPD), de 25 de maio de 2018 e o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016.

Os dados recolhidos estão arquivados em dossier próprio e formato digital à responsabilidade dos investigadores. Concluído o período estipulado para a investigação todos os dados documentados em formato papel e digital, que conduziram aos resultados e conclusões da investigação serão destruídos.

A análise dos dados foi conduzida após a realização das entrevistas e respetiva transcrição e análise quantitativa dos dados da entrevista tendo em conta um processo de codificação de categoriais. O propósito da análise destas

respostas após transcrição é o de podermos compreender a realidade dos familiares cuidadores da pessoa idosa com dor crónica (Bardin, 2019).

Mediante a temática em estudo, o objetivo do mesmo e as questões foram delineadas a priori as seguintes categorias (3): percepção do conceito de dor para o familiar cuidador; impacto da dor crónica da pessoa idosa no projeto de vida do familiar cuidador; dificuldades sentidas no cuidado à pessoa idosa e o CMD como recurso no cuidado.

Foram definidas a posteriori as seguintes subcategorias: carga negativa da dor do familiar; indissociar a definição de dor da experiência de dor; dificuldade na percepção e compreensão da dor crónica da pessoa idosa; inexistência de impacto na vida social, na atividade laboral e na saúde; resignação com o impacto causado na sua vida; auxílio nas atividades de vida; dificuldades não explicitadas; satisfação com os cuidados prestados no CMD; desejo de maior incorporação de cuidados psicológicos (ver quadro 1).

3.1.5.1. Resultados e discussão dos dados

Os familiares cuidadores incluídos foram 8 e apresentaram as seguintes características:

- 50% eram do género feminino e 50% do género masculino;
- O mais novo apresentava 47 anos e o mais velho 82 anos, apenas 37.5% dos cuidadores tinham mais de 65 anos de idade.
- Todos tinham uma relação de parentesco com a pessoa idosa, sendo que 50% eram cônjuges e os restantes 50% descendentes de primeiro grau.
- A temporalidade do papel de cuidador variava entre 1 e 40 anos, sendo a média de anos como cuidador familiar de 14,3 anos.

Profissionalmente, 50% ainda tinham ocupação profissional, 37.5% estavam reformados e um dos participantes tinha ficado desempregado para poder exercer as funções de cuidador a tempo inteiro. De acordo com o conteúdo das entrevistas recolhidas podemos constatar que efetivamente quem assume o papel de familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica acaba por ser o familiar mais próximo com relação de parentesco (cônjuges e filhos) sem a obrigatoriedade moral de receber qualquer compensação financeira para o

papel, sendo que 75% eram co-habitantes (Umegaki et al., 2013; Kim e Yeom, 2016; Hartmann et al, 2019).

No quadro seguinte estão descritas as categorias e subcategorias decorrentes da entrevista ao familiar cuidador.

Quadro 4- Categorias e subcategorias da entrevista ao familiar cuidador

Categoria	Subcategorias
<p>Percepção do conceito de dor para o familiar cuidador</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Carga negativa da dor do familiar ● Indissociação da definição de dor da experiência de dor ● Dificuldade na percepção e compreensão da dor crónica da pessoa idosa
<p>Impacto da dor crónica da pessoa idosa no projeto de vida do familiar cuidador</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Inexistência de impacto ● Impacto na vida social ● Impacto na atividade laboral ● Impacto na saúde ● Resignação com o impacto causado na sua vida
<p>Dificuldades sentidas no cuidado à pessoa idosa com dor crónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Auxílio nas atividades de vida ● Dificuldades não explicitadas
<p>CMD como recurso no cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Satisfação com os cuidados prestados ● Desejo de maior incorporação de cuidados psicológicos

A **percepção do conceito de dor para o familiar cuidador** tem para a maioria uma carga negativa, com dificuldade em definir objetivamente o conceito:

“Para mim é incomodativo, deixa-nos tristes, sem vontade, sem vontade de trabalhar, de estar, é mau! Portanto a dor é mesmo mau! É uma coisa má que eu já tive mas isso é...” (CF3)

“É um mal-estar né? Há dores que são inexplicáveis, há dores que nos passam mais ao lado.” (CF11)

“Dor é todo o estado que me tira da normalidade, do meu bem-estar, a minha zona de conforto.” (CF12)

Por outro lado, alguns familiares cuidadores não conseguem mesmo dissociar a definição de dor da experiência que a pessoa idosa tem e que estes presenciavam diária ou quase diariamente:

“Conhecendo o caso de minha mãe é o desespero total.” (CF5)

“...olhe é geral! É um mal-estar geral. Tenho para mim como para a pessoa que lhe dói. A dor é geral, transmite-se. Quando uma pessoa está com uma outra pessoa que se sente bem, também está bem, se se está com uma pessoa que tem dores, parece que se pega por simpatia.” (CF6).

Quando abordamos a dor da pessoa idosa, nem sempre as causas da dor são percebidas ou relatadas com rigor, demonstrativo de alguma dificuldade na percepção e compreensão da dor crônica da pessoa idosa *“Ai não sei. Sei que como foi de acidente, acho que é a coluna, não sei”* (CF3); *“A minha mãe tem dor, eu penso que talvez tivesse sido um bocado de trabalho a mais quando ainda era muito jovem. A minha mãe foi sempre ativa mas penso que não há assim grandes motivos a não ser esse”* (CF5).

A dor do familiar cuidador é descrita por meio de adjetivos de inquietude que provoca no familiar cuidador *“uma angústia muito grande”* (CF3), *“A dor dele é horrorosa”* (CF4), *“Intensa!”* (CF5), ora é descrita num sentido lato *“é difícil compreender a dor dela! Porque ela dói-lhe tudo! É verdade é”* (CF8), *“Ele queixa-se de tudo, ele está desmoralizado, já lhe dói tudo”* (CF11).

No que concerne ao **impacto da dor crônica da pessoa idosa no projeto de vida do familiar cuidador**, foram realizadas questões acerca da interferência nas atividades de vida diárias, nomeadamente na relação com outros, na atividade profissional e na própria saúde, ou seja no cuidado de Si. Na relação com os outros constataram-se, ou a inexistência de qualquer impacto *“Não. Faço tudo igual”* (CF11) ou a presença de alterações emocionais no

relacionamento com a própria pessoa idosa “*ele fica muito mal disposto, muito...embirante....*” (CF4). Um familiar cuidador relata que a sua relação social tem sido completamente anulada:

“Não saio, basicamente não saio, não quer dizer que não saia, por exemplo rejeito fins-de-semana, jantar fora, férias, saio só aos bocadinhos, tenho atividades que tentei arranjar ao lado de casa olhe por exemplo descobri que podia frequentar a universidade sénior e então frequento em disciplinas interessantíssimas. Mas por exemplo fazem atividades eu não vou, por exemplo um passeio a Coimbra, uma visita de estudo, Sintra, um museu, eu não vou. Fico por ali” (CF7).

Acerca da atividade profissional, três cuidadores encontravam-se reformados, pelo que o impacto é nulo, no entanto no caso do CF4, este teve de se desempregar para poder cuidar a tempo inteiro do seu familiar (marido): “*Não me reformei, vim para o desemprego, desempreguei-me para vir tratar dele*”.

Os restantes familiares cuidadores encontrando-se em situação laboral ativa reportam alterações na sua rotina laboral:

“vou tirando uns bocadinhos e vou vindo com sacrifício, porque sou só eu a cuidar dela (...) interfere no meu trabalho com certeza. Tenho de faltar, tenho que disponibilizar tempo para lhe dar atenção” (CF5)

“quer profissionalmente, quer em termos familiares também... esta semana foi ontem, hoje e amanhã, nestas alturas é um bocado.. (pausa) é um bocado mais complicado” (CF6).

Em relação à percepção de interferência no âmbito da saúde, apenas um familiar cuidador refere que não experiencia qualquer alteração a nível da sua saúde por ser cuidador “*Não, não, não. Nada*” (CF12), enquanto outros mencionam alterações emocionais/sentimentais “*Sinto-me um bocado nervosa*” (CF3); “*fico triste porque vejo que ela cada vez mais precisa de mim (...) afeta o nosso psicológico, ver ospais mal, ver os pais as envelhecer*” (CF5), outros alterações físicas “*O sono durmo pouco, sou interrompida e tenho de tomar de vez em quando uns calmantezinhos porque a situação não é fácil*” (CF4).

Existe ainda quem relegue a sua saúde para segundo plano:

“Para ter uma pequena ideia de como é que afeta, eu tive ontem marcada uma colonoscopia para mim e tive que abdicar de a fazer para poder estar

a acompanhar o meu pai, portanto acho que isso diz, diz o quanto afeta”
(CF6)

Constatamos que alguns familiares cuidadores parecem resignados às interferências que o papel de cuidar causa no seu projeto de vida individual: “*Que remédio tenho que eu andar para a frente*” (CF3); “*A mim não, se não, não estava com ela*” (CF8); “*Não, ela também me acompanha quando eu tenho problemas*” (CF12)) enquanto outros revelam o afetar negativamente: “*...porque me priva, me priva, tira-me um bocadinho também a minha liberdade, deixo de fazer as minhas coisas*” (CF5).

Apesar de muitos familiares cuidadores auxiliarem nas atividades de vida diária, não constatámos que percepcionem essas medidas como uma sobrecarga sobre si próprios, mas sim como uma ajuda que lhes é intrínseca dada a relação de parentesco entre ambos e que não é causadora de esforços causadores de desgaste ou sobrecarga física:

“Precisa que eu o ajude a calçar as meias... e às vezes a parte de baixo”
(CF3)

“ele está sempre ali sentado, tenho de o ajudar nas mobilizações, na alteração da casa, ter tudo mais ou menos, ele lá em casa anda comandarilho, tem de andar com andarilho, portanto a casa foi virada de modo a que ele tenha mais autonomia” (CF4)

“Assim, na cama, pronto, no posicionamento, almofadas por todo o lado, debaixo do colchão, debaixo do joelho, ela tem artroses em estado avançadíssimo, no braço, no ombro, na cabeça...” (CF7)

“ele já é uma pessoa que não sabe ler, a cabeça também já não ajuda, ele faz muitas confusões, então eu tenho de deixar definido o que tomar de manhã, para tomar a tarde, o que é para tomar à noite...”(CF11).

Os familiares cuidadores quando têm dúvidas recorrem: à equipa médica dentro do CMD ou externa, como o “médico de família” ou telefonicamente à consulta telefónica do CMD:

“pergunto ao médico, ou ao médico de família. Ele depois vai lá e a gente pede opinião” (CF3);

“Telefone e tenho..., nunca tinha apanhado enfermeiras tão boazinhas. (...) Nunca houve uma que me deixasse sem resposta” (CF4)

Uma minoria consulta a documentação fornecida nas consultas ou recorre pessoalmente ao CMD: *“Eu normalmente não telefono, normalmente eu vou aos papéis”* (CF5); *“a gente prefere vir cá”* (CF8).

Foi ainda questionado se a equipa multidisciplinar do CMD poderia intervir proporcionando maior apoio ao cuidador familiar. Mais uma vez verifica-se uma dicotomia entre as respostas, enquanto uns demonstram satisfação:

“aqui nesta área não vejo nada que se possa fazer melhor. Com certeza haverá, não digo que não haja, mas para mim estou satisfeita” (CF5);

“Não, por enquanto não vejo...acho que as coisas estão muito bem organizadas” (CF12);

Outros, revelam que ainda poderia melhorar:

“o meu pai não teve um acompanhamento de uma psicóloga. Num doente oncológico acho que é essencial (...) acompanhar o doente no seu todo” (CF6)

“é insuficiente, deveria ser mais (pausa) consultas mais próximas, um acompanhamento ao doente, não é venha cá daqui a meio ano. Isso é que é mau” (CF8).

Verificamos que algumas das respostas são dispares, pelo que não podemos afirmar com convicção que os achados refltem os familiares cuidadores da pessoa idosa com dor crónica que frequentam o CMD. Enquanto a evidência mais recente nos revela que o familiar cuidador percepciona sobrecarga no cuidar da pessoa idosa (Muniz et al, 2016; Ribeiro et al, 2017; Elmståhl, Dahlrup, Ekströme Nordell, 2018; Del-Pino-Casado, Cardoso, López-Martínez e Orgeta, 2019; Isik, Soysal, Solmi e Veronese, 2019; Lopes, Oliveira, Stigger e Lemos, 2020), a análise das entrevistas não nos permitiu validar esse conhecimento para os familiares cuidadores do CMD uma vez que o apoio que estes prestam à pessoa idosa com dor crónica nas atividades de vida não é percepcionado como sobrecarga, tal como constatado num estudo mais antigo de Pereira e Paiva e Silva (2012). Por outro lado, é quase transversal o sentimento de apoio que os familiares cuidadores percepcionam, vendo o CMD como um recurso disponível a quem recorrer, o que poderá também influenciar na ausência de sobrecarga percepcionada indo ao encontro de outros estudos efetuados (Viscogliosi, Desrosiers e Belleville, 2019; Hartmann et al, 2019; Zhong, Wang e Nicholas,

2020; Isac, Lee e Arulappan, 2021; Jabbarinejad, Cohen-Zimmerman, Wagner e Grafman, 2021).

Seria pertinente continuar no tempo com o projeto para condução de mais entrevistas, ou até mesmo expandir o projeto a outros centros multidisciplinares de dor para aferição de resultados provenientes de uma maior amostra.

Consideramos que foram lançadas as pedras basilares de abordagem e reflexão ao tema do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica, em específico o que frequenta o CMD onde decorreu o estágio.

3.1.6. Participação no 1st Minispine Meeting, Minimally Invasive Techniques for the Treatment of Spinal Disorders

A 7 de dezembro de 2019 realizou-se o *1st Minispine Meeting, Minimally Invasive Techniques for the Treatment of Spinal Disorders* organizado pelo Hospital da Cruz Vermelha, hospital privado da região de Lisboa. Decorreu durante o período de estágio no CMD, tendo vindo a revelar-se pertinente a participação no mesmo uma vez que as temáticas abordadas incidiam na patologia da coluna com foco nas principais técnicas de tratamento minimamente invasivas e na abordagem e tratamento da dor a que dá origem (Anexo 2).

A patologia da coluna envolve uma série de especialidades no seu tratamento como a anestesiologia, neurorradiologia, neurocirurgia, ortopedia, psiquiatria e psicologia, entre outras. Contou com a presença de vários especialistas na área, nacionais e internacionais que partilharam as suas experiências e abordagens no tratamento das pessoas com este tipo de patologia, abordando temas desde a anatomia e imagiologia da coluna, passando pelas técnicas cirúrgicas convencionais até às mais recentes e minimamente invasivas, os desafios associados no tratamento da dor e síndromes específicos da coluna como o Síndrome da coluna falhada e a disfunção sacro-ilíaca (abordadas no estudo de caso da Sra. W.).

A participação no encontro permitiu constatar a complexidade associada ao tratamento das pessoas que possuem patologia da coluna e como se podem envolver diversas áreas de intervenção, muitas vezes a atuar em conjunto com a mesma finalidade. Foi uma partilha de experiências que embora sem incidência direta nos cuidados de enfermagem permitiu refletir sobre as diferentes

perspectivas de intervenção, de onde podemos retirar aprendizagens para a prática dos cuidados no dia-a-dia, tendo como principal foco o que a pessoa refere que sente, que dados se retiram da observação da mesma, o que os exames complementares de diagnóstico nos indicam, desenvolvendo assim estratégias de intervenção para o que pensamos que possa estar na origem ou a causar o problema manifestado.

Quando abordada a temática do tratamento da dor, o foco incidiu sobretudo na importância de uma visão multidisciplinar onde a gestão da dor deve basear-se nessa multidisciplinaridade, incidindo no alívio da dor e manutenção da funcionalidade para a pessoa, na melhoria da sua qualidade de vida e na redução da carga e custos associados à dor crónica. A avaliação da dor e o tratamento focado nos mecanismos da dor e na sua fisiopatologia a par de uma gestão realística de expectativas e objetivos sob supervisão de uma equipa multidisciplinar são componentes essenciais para compreender a dor de uma forma individualizada, permitindo assim estabelecer um tratamento singular e adequado a cada pessoa com dor, vindo a corroborar as experiências por mim vivenciadas em estágio no CMD junto das equipas por ele compostas. Foi mais um momento de crescimento e aprendizagem, alicerçando as aprendizagens trazidas da prática de cuidados no CMD.

3.1.7. Participação nas 1as Jornadas da Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde

A 18 de dezembro de 2019 decorreram no Auditório do pólo Artur Ravara as 1as Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde, organizadas pela ESEL (Anexo 3).

O incentivo à participação nas Jornadas partiu da Professora orientadora que nos fez compreender a oportunidade de demonstrar que o desenvolvimento de projetos de estágio no âmbito do curso de mestrado é uma forma de promoção e interligação de saberes de desenvolvimento da disciplina e da prática de Enfermagem, indispensáveis quando falamos em Enfermagem Avançada, neste caso na abordagem à pessoa idosa.

É imprescindível que os enfermeiros especialistas na área da saúde da pessoa idosa desenvolvam uma prática de enfermagem promovendo

intervenções que contribuam para o desenvolvimento e promoção de cuidados de enfermagem norteados por uma prática avançada de enfermagem com um quadro referencial de cuidados, como o é a promoção em parceria do cuidado de Si do Modelo de Parceria de Gomes. A Enfermagem Avançada procura assim o desenvolvimento da profissão e da disciplina enquanto ciência, contribuindo para a divulgação do conhecimento, garantindo cuidados especializados com intervenções baseadas em evidência.

A participação nas jornadas efetivou-se através da elaboração de um poster, demonstrativo do percurso que se pretendeu alcançar em campo de estágio com a implementação do projeto de estágio (Anexo 4).

3.2. Atividades e aprendizagens realizadas para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista e mestre no cuidado à Pessoa Idosa em contexto hospitalar – Parceria com a equipa de enfermagem para aquisição de competências na avaliação da dor da pessoa idosa internada

Esta fase do projeto decorreu durante cerca de cinco semanas, entre 6 de janeiro e 7 de fevereiro de 2020, num serviço de internamento médico- cirúrgico de um hospital particular da região da grande Lisboa. Tal como mencionado anteriormente, esta fase está mais relacionada com a capacitação de uma equipa de enfermagem no reconhecimento da dor com sinal vital e na necessidade da sua avaliação e registo sistemático. Teve como foco criar alicerces em que a divulgação e interiorização de conceitos sobre a dor, a importância da sua avaliação e registo, construa as bases para de futuro se poderem abraçar novos projetos na área da pessoa idosa com dor crónica e familiares cuidadores.

O objetivo principal deste estágio foi capacitar os enfermeiros com conhecimentos que permitam avaliar e monitorizar sistematicamente a dor na pessoa idosa em contexto hospitalar. Para tal, o projeto foi apresentado a nível organizacional nas pessoas do enfermeiro coordenador, enfermeiro orientador e dos enfermeiros responsáveis de equipa.

Foi realizado um diagnóstico de situação sobre a temática da dor junto da equipa prestadora de cuidados diretos sob a forma de um questionário informal que permitiu deixar a descoberto alguns pontos com necessidade de maior formação e apoio incidindo sobre as escalas disponíveis para avaliação da dor e como efetuar corretamente o registo da avaliação. Verificou-se que os registos não eram efetuados de forma sistemática. A partir daí foi elaborada uma formação em serviço que foi composta por várias sessões durante o estágio, com a duração de cerca de 15 minutos, entre a passagem de turno da manhã para a tarde de forma a tentar envolver o maior número de participantes possível (Apêndice IX). A participação envolveu toda a equipa (excepto os profissionais ausentes por doença ou férias), que se revelou motivada e com vontade de adquirir novos conhecimentos (ou aprofundar/relembrar os existentes).

Depois foi realizado um acompanhamento individual junto dos enfermeiros que já tinham assistido à sessão de formação com o intuito de verificar se os mesmos cumpriam com as diretrizes emanadas, que dúvidas remanesciam e prestação de apoio no esclarecimento de dúvidas e no correto registo junto do processo clínico. Foram ainda deixadas duas escalas numéricas junto dos aparelhos de avaliação de sinais vitais como adjuvante a recordar a necessidade de avaliação da dor.

Deu-se início à elaboração de um dossier pedagógico, com a sessão de formação realizada, mas também informações pertinentes, como documentos oficiais da DGS, artigos e estudos sobre a temática. Pretende-se que seja um dossier dinâmico em constante atualização, ao qual se pretende adicionar este relatório de estágio quando finalizado.

4. REFLEXÃO SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS, CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA E LIMITAÇÕES DO PROJETO

Neste capítulo iremos refletir sobre as competências desenvolvidas como enfermeira especialista e mestre, na área médico-cirúrgica na vertente da pessoa idosa. Abordaremos ainda os principais contributos para a prática e as limitações vivenciadas no decorrer do projeto.

As competências de enfermeiro especialista encontram-se devidamente regulamentadas pela entidade reguladora da nossa profissão, a Ordem dos Enfermeiros e devidamente publicadas em Diário da República. Segundo o Regulamento n.º 140/2019 publicado em Diário da República a 6 de fevereiro de 2019, 2.ª série, n.º 26, o enfermeiro especialista é definido como aquele enfermeiro “...a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem... envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (p.4744). Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, das competências comuns do enfermeiro especialista, que são: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Assim, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foram desenvolvidas competências na medida em que se adotou uma postura profissional responsável e ética, quer nas intervenções junto das equipas e instituições integradas nos respetivos campos de estágio, quer junto da pessoa idosa com dor crónica e seus familiares, respeitando os seus direitos e mantendo e garantindo a estes a segurança, a privacidade e a dignidade que a prática de cuidados requer.

As intervenções adotadas baseadas numa conduta ético-deontológica, permitiu que as tomadas de decisão se regessem pelas melhores práticas tendo

sempre em consideração os restantes elementos de equipa, orientando mas envolvendo a equipa nas tomadas de decisão, fomentando reflexão sobre as mesmas no decorrer de todo o processo, analisando os resultados obtidos.

No CMD, procurou-se suscitar o interesse para a abordagem não só da pessoa idosa com dor crónica e o seu contexto familiar, mas também no familiar cuidador como ser individual que requer cuidado sobre Si próprio. O cumprimento com as diretrizes institucionais para implementação do projeto, garantindo a confidencialidade de dados e a obtenção do consentimento informado do familiar cuidador para condução das entrevistas, ou da própria pessoa idosa em intervenções de enfermagem e educação para a saúde prestados, foram um exemplo dos cuidados especializados sem comprometer os diversos intervenientes. Na formação dos enfermeiros no serviço médico-cirúrgico adotou-se uma postura de orientador das tomadas de decisão abordando um tema descurado mas fundamental nos cuidados à pessoa idosa por meio da construção de estratégias de abordagem à equipa e à problemática detetada.

No domínio da melhoria da qualidade foram desenvolvidas competências através de um desempenho que procurou envolver áreas de intervenção como a pessoa idosa com dor crónica e o familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica enquadrando este projeto e colaborando em parceria num projeto major institucional denominado “instituições amigas das pessoas idosas” já em desenvolvimento na unidade hospitalar no CMD. Foram mobilizados conhecimentos para a prática, decorrentes da observação, aprendizagem adquirida em contexto de estágio e do trabalho de pesquisa e estudo autónomo. Na senda da adoção de práticas de qualidade foram identificadas oportunidades de melhoria nos cuidados à pessoa idosa com dor crónica e seus familiares, como a falta de integração do familiar cuidador no âmbito dos cuidados à pessoa idosa com dor crónica, tratando o ambiente e contexto familiar como uma unidade inseparável, interligada e interdependente, tal como a necessidade de sensibilização dos enfermeiros para a avaliação e registo sistemáticos da dor da pessoa idosa em contexto de internamento. Após estabelecidas as prioridades mencionadas, foram decididas estratégias e orientações para melhoria da qualidade dos cuidados prestados, monitorizando e acompanhando as

estratégias delineadas. Ao intervirmos na melhoria da qualidade propiciamos à pessoa idosa um ambiente terapêutico e seguro, visando o cuidado centrado na pessoa idosa e seus familiares, demonstrado neste projeto através do envolvimento da família e da consciencialização dos enfermeiros para a adoção de práticas seguras na avaliação e registo da dor como sinal vital.

As competências desenvolvidas no âmbito do domínio da gestão dos cuidados em que se pretende que o enfermeiro especialista faça a gestão dos cuidados por meio de adequadas respostas de enfermagem dentro da equipa priorizando a segurança e qualidade das mesmas, estão relacionadas no decorrer do projeto na forma como ambas as equipas de locais distintos foram envolvidas. No CMD, com uma equipa multidisciplinar fortemente treinda no cuidado à pessoa idosa com dor crónica que se pretendeu cativar para a temática da abordagem ao familiar cuidador, e no internamento, junto da equipa de enfermagem, que se procurou motivar para o cuidado centrado no procedimento de avaliação e registo da dor, com foco principal na pessoa idosa com dor crónica. A liderança adotada, embora diferente entre si, procurou-se em cada local específico adaptar quer aos recursos humanos (equipa especializada *versus* equipa não especializada) quer aos recursos materiais e organizacionais existentes em cada local motivando e procurando a melhor resposta de ambas as equipas para um desempenho coordenado, eficiente e de qualidade.

Por último, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foram desenvolvidas competências relacionadas com a capacidade de autoconhecimento na medida em que a área abordada era de interesse pessoal e profissional, sem que ambas as influências interferissem negativamente nas relações profissionais e terapêuticas estabelecidas no CMD e no internamento. O contexto pessoal e profissional de pressão vivenciado nos últimos momentos do estágio com alterações significativas do meu enquadramento dentro de uma equipa de enfermagem foi encarado com tranquilidade e capacidade de adaptação sem necessidade de resolver conflitos entre ambas as partes.

A prática de cuidados especializados, com aprendizagens e intervenções assentes em evidência científica permitiu alicerçar as aprendizagens

profissionais, caso da revisão de literatura efetuada e da revisão *scoping* por exemplo. Foram diagnosticadas necessidades formativas potenciadoras de gerar desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, e quando se procura novo conhecimento no âmbito dos cuidados de enfermagem falamos de ganhos em saúde. Acresce ainda que uma prática de cuidados especializada para além dos conhecimentos teóricos necessita de um suporte teórico que sustente e norteie as intervenções aplicadas, como o foi o modelo de Parceria de Gomes (Gomes, 2013, 2016).

No âmbito das competências do grau de mestre, atribuídas no 2º ciclo de estudos segundo os descritores de Dublin, esperamos ter alcançado os resultados e aptidões esperadas para este ciclo de estudos, nomeadamente através da: aquisição de conhecimento e capacidade de compreensão dos estudos de 1º ciclo como base de desenvolvimento em contexto de investigação; aplicação de conhecimentos e compreensão na resolução de situações novas; pensamento crítico e capacidade de tomada de decisões em situações complexas com responsabilidade ética e social; comunicação clara e objetiva e por último, desenvolvendo competências de aprendizagem de forma contínua, auto-orientada ou autónoma ao longo da vida. No decorrer do projeto foram aprofundados conhecimentos na área de intervenção especializada junto da pessoa idosa com dor crónica e seus familiares cuidadores, fazendo uso de tomadas de decisão fundamentadas e refletidas mobilizando a evidência científica na produção ou tentativa de produção de novo conhecimento através da investigação junto aos familiares cuidadores (ESEL, 2014).

As limitações verificadas no decorrer do estágio estiveram relacionadas com alguns aspetos alheios à nossa possibilidade de sobre eles intervir. Em primeiro lugar, a tardia autorização da Comissão de Ética, este atraso não permitiu que se iniciassem entrevistas desde as primeiras semanas de estágio no CMD, o que diminuiu a hipótese de uma amostra maior para análise. Outro aspeto relevante, prende-se com o curto espaço de tempo para a implementação deste projeto, que no nosso entender, carecia de mais tempo para ser desenvolvido e aprofundado, o que não foi possível. O segundo campo de estágio, apesar de abordar igualmente a temática da pessoa idosa com dor crónica, pretendeu incidir sobre conceitos elementais como “dor” junto dos

prestadores de cuidados, para a partir daí se poder despertar o interesse para este campo de intervenção, mobilizando uma equipa na procura e implementação dos melhores cuidados de excelência à pessoa idosa. Temos no entanto a convicção, que tal como a disciplina de Enfermagem, não sendo estanque, também este projeto o não é, pelo que poderá ser replicado, aprimorado e continuar a ser desenvolvido em projetos futuros.

CONCLUSÃO

Cuidar da pessoa idosa com dor crónica coloca desafios aos profissionais de saúde, mas também ao familiar cuidador, pelo que é importante envolver ambos na prática de cuidados. Assim é fundamental trabalhar em parceria com a pessoa idosa e familiar cuidador, pois permite ao enfermeiro conhecer a natureza das suas necessidades, dificuldades e problemas. Através de um processo de partilha e de ação conjunta, poder-se-á construir um projeto de cuidados que capacite ambos a assumir o Cuidado de Si (Gomes, 2016). É imprescindível que os enfermeiros especialistas e mestres na área da saúde da pessoa idosa desenvolvam uma prática de enfermagem avançada promovendo intervenções de enfermagem que contribuam para serviços mais amigos das pessoas idosas com dor crónica e dos seus familiares cuidadores, pelo que o CMD envolvido pretende dar o seu contributo tendo já em curso um projeto, em parceria com a ESEL, intitulado CMD Amigo das pessoas Idosas (Gomes & Santos, 2019). O desenvolvimento deste projeto em particular pretendeu dar o seu contributo para um serviço amigo das pessoas idosas com dor crónica e os seus familiares cuidadores.

Foram promovidos cuidados de enfermagem norteados por uma prática avançada de enfermagem com um quadro referencial de cuidados como a promoção em parceria do Cuidado de Si tanto à pessoa idosa com dor crónica como ao familiar cuidador (Gomes, 2013, 2016). Alicerçada na prática de Enfermagem Avançada foram desenvolvidos cuidados baseados na evidência, autónomos eficazes e eficientes à pessoa idosa com dor crónica e ao familiar cuidador, foram implementadas mudanças através de uma liderança assertiva mobilizando conhecimentos de investigação, teóricos, empíricos, éticos e da práxis, planeando, coordenando, implementando e avaliando o projeto durante a sua execução (CanadianNursesAssociation, 2008). A prática reflexiva e a adoção de um julgamento crítico permitiram contribuir para uma prática de cuidados baseados em evidência e influenciar tomadas de decisão em contexto formativo e profissional com benefícios para a pessoa idosa com dor crónica, os familiares cuidadores da pessoa idosa com dor crónica, profissionais e organizações de saúde e comunidade (Neto, Rewa, Leonello& Oliveira, 2017).

Não podemos deixar de mencionar as limitações do projeto como o curto tempo de realização do mesmo e a pequena amostra, lançando o desafio da continuidade do mesmo em projetos futuros que mantenham em desenvolvimento contínuo um serviço que se pretende amigo das pessoas idosas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ataka, F., Okoshi, R. & Abreu, Y. (2017). Perfil epidemiológico e psicossocial dos cuidadores informais de pacientes portadores de dor crônica. *Revista Dor*, 18(3), 238-244. <https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170108>

Bardin, L. (2019). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70

Bernfort, L., Gerdle, B., Rahmqvist, M., Husberg, M., & Levin, L.-Å. (2015). Severity of chronic pain in an elderly population in Sweden--impact on costs and quality of life. *Pain*, 156(3), 521–527. <https://doi.org/10.1097/01.j.pain.0000460336.31600.01>

Botelho, M.A.R. (2013) Desenho, preparação e aprovação de um projecto. 4º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Aulas de mestrado: Opção II. ESEL.

Canadian Nurses Association (2008). *Advanced Nursing Practice- A National Framework*. https://www.cna-aiic.ca/en/~media/nurseone/page-content/pdf-en/anp_national_framework_e

Corsi, N., Roberto, A., Cortesi, L., Nobili, A., Mannucci, P. M., & Corli, O. (2018). Prevalence, characteristics and treatment of chronic pain in elderly patients hospitalized in internal medicine wards. *European Journal of Internal Medicine*, 55, 35–39. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2018.05.031>

Direcção-Geral da Saúde, DGS (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Nº 015/2010

Direcção-Geral da Saúde, (2017). Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (2014). *Regulamento de Mestrado*. Lisboa: ESEL

Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação – Da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.

Gomes, I.D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Pereira Lopes (coord). *O cuidado de*

enfermagem à pessoa idosa- da investigação à prática (pp. 77-113). Loures: UI&DE e Lusociência

Gomes, I.D. (2016). *Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Lisboa: Novas Edições Acadêmicas.

Gomes, I.D. & Santos, V. (2019). A promoção do Cuidado de Si no Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com dor crónica. 10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa. Unidade Curricular Opção II- Projeto de Estágio. ESEL.

Gomes, I., Martins, M., Guerreiro, D., Lopes, P., & Gomes, B. (2020). Script for nursing intervention on elderly people with chronic pain by telephone consultation. *IWoG2019, Communications in Computer and Information Science, 1185*, 213-218. Gomes I. (2021). Partnership of Care in the Promotion of the Care-of-the-Self: An Implementation Guide with Elderly People. In: García-Alonso J., Fonseca C. (eds) *Gerontechnology III. IWoG 2020. Lecture Notes in Bioengineering*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-72567-9_32

Hartmann, M., De Almeida Mello, J., Anthierens, S., Declercq, A., Van Durme, T., Cès, S., Verhoeven, V., Wens, J., Macq, J., & Remmen, R. (2019). Caring for a frail older person: the association between informal caregiver burden and being unsatisfied with support from family and friends. *Age and Ageing, 48*(5), 658–664. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz054>

Hedler, H.C., Faleiros, V.P., Santos, M.J., Almeida, M. A. (2016) Representação social do cuidado e do cuidador familiar do idoso. *Revista Katálysis, 19* (1) 143-153. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00100015>>. ISSN 1982-0259. <https://doi.org/10.1590/1414-49802016.00100015>

Huang, A. R., Larente, N., & Morais, J. A. (2011). *Moving Toward the Age-friendly Hospital: A Paradigm Shift for the Hospital-based Care of the Elderly*. *Canadian Geriatrics Journal: CGJ, 14*(4), 100–103. <https://doi.org/10.57700/cgj.v14i4.8>

Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. Consultado em 07-11-2019 em <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2017). Estimativas de População Residente em Portugal 2016. Consultado em 07-11-2019 em <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2019). Tábuas de Mortalidade para Portugal 2016-2018. Consultado a 09-06-2019. Disponível em <http://www.ine.pt>

Kim, E.Y., &Yeom, H.E. (2016). *Influence of home care services on caregivers' burden and satisfaction*. Journal Of Clinical Nursing, 25(11–12), 1683–1692. <https://doi.org/10.1111/jocn.13188>

Lazkani,A., Delespierre, T., Bauduceau, B., Pasquier, F., Bertin, P., Berrut, G., Corruble, E., Doucet, J., Falissard, B., Forette, F., Hanon, O., Benattar-Zibi, L., Piedvache, C., &Becquemont, L. (2015). Healthcare costs associated with elderly chronic pain patients in primary care. *EuropeanJournalofClinicalPharmacology*, 71(8), 939–947. <https://doi.org/10.1007/s00228-015-1871-6>

Lemos, B.; Cunha, A.; Cesarino, C, & Martins, M. (2019). O impacto da dor crônica na funcionalidade e qualidade de vida de idosos. *BrJP* 2(3), 237-241. Consultado a 16/05/2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190042>

Lopes, M., Gomes, S.& Almada-Lobo, B. (2018). Os Cuidados de Enfermagem Especializados como Resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *Ordem dos Enfermeiros*. Consultado a 05/01/2020. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctec

Muniz, E., Freitas, C., Oliveira, E., & Lacerda, M. (2016). Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúdeem Debate*, 40 (110), 172-182. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611013>

Neto, M., Rewa T., Leonello V. & Oliveira M. (2018) Advanced practice nursing: a possibility for Primary Health Care?. *Revista Brasileira de Enfermagem* 71(Supl 1):716-21. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0672>

OMS (2004). *Towards Age-friendly Primary Health Care*. Geneva.

OMS (2007). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Ordem dos Enfermeiros (2000). *A cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Rapo-Pylkkö, S., Haanpää, M., & Liira, H. (2016). Chronic pain among community-dwelling elderly: a population-based clinical study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 34(2), 159–164. <https://doi.org/10.3109/02813432.2016.1160628>

Regier, N. G., Taylor, J. L., Szanton, S. L., Parmelee, P. A., Perrin, N., Liu, M., Jenkins, E., Hodgson, N. A., & Gitlin, L. N. (2021). Pain in persons with dementia and the direct and indirect impacts on caregiver burden. *Geriatric Nursing (New York, N. Y.)*, 42(2), 366–371. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.01.007>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.

<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Ribeiro, B., Oliveira, S., Tristão, F., Santos-Júnior, J. R., & Farias, T. (2017). Práticas de si de cuidadores familiares na atenção domiciliar. *Revista Cuidarte*, 8(3), 1809–1825. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.429>

Soveral, C., & Silveira, M. (2020). Qualidade de Vida e Prevalência de Sintomas Depressivos em Idosas com Dor Crônica. *Contextos Clínicos*, 13(2), 572–589. <https://doi.org/10.4013/ctc.2020.132.10>

Stompór, M., Grodzicki, T., Stompór, T., Wordliczek, J., Dubiel, M., & Kurowska, I. (2019). Prevalence of Chronic Pain, Particularly with Neuropathic Component, and Its Effect on Overall Functioning of Elderly Patients. *Medical Science Monitor: International Medical Journal Of Experimental And Clinical Research*, 25, 2695–2701. <https://doi.org/10.12659/MSM.911260>

Suhonen, M., & Paasivaara, L. (2011). Nurse managers' challenges in project management. *Journal Of Nursing Management*, 19(8), 1028-1036. Doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01324.x

Sunde, O. S., Øyen, K. R., & Ytrehus, S. (2018). Do nurses and other health professionals' in elderly care have education in family nursing? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 280–289. <https://doi.org/10.1111/scs.12459>

Tavares, João, Grácio, Joana, & Nunes, Lisa. (2017). Assessment of hospital environments and policies: seeking an age-friendly hospital. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(2), 254-258. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160095>

UI&DE (2017). Ficha de Projeto: Consulta telefónica na unidade de dor: Promoção do Cuidado de Si à PI com dor crónica em casa. Unidade de Investigação & Desenvolvimento em Enfermagem, Lisboa, Portugal.

Umegaki, H., Yanagawa, M., Nonogaki, Z., Nakashima, H., Kuzuya, M., & Endo, H. (2014). Burden reduction of caregivers for users of care services provided by the public long-term care insurance system in Japan. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 58(1), 130–133. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.08.010>

Willemann, J.R. Marques, F. R., Portugal, M. E., Souza, S. J., Weigert, S. P., Piemonte, M.R. (2016) Análise da qualidade de vida em idosos com dor crônica. *Revista Gestão & Saúde*, 14 (2) 20 – 27. <http://www.herrero.com.br/files/revista/file6253806e7eea3069e786c667408342b2.pdf>

World Health Organization (2020) Decade of Healthy Ageing (2020-2030). World Health Organization. Consultado a 16/05/2021. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf?sfvrsn=b4b75ebc>

Yamaguchi, M., Yamada, K., Iseki, M., Karasawa, Y., Murakami, Y., Enomoto, T., Kikuchi, N., Chiba, S., Hara, A., Yamaguchi, K., & Inada, E. (2020). Insomnia and caregiver burden in chronic pain patients: A cross-sectional clinical study. *PloSOne*, 15(4), e0230933. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230933>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Revisão *scoping*

PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING

Assistimos atualmente ao aumento da população idosa. Os avanços na área da saúde, a melhoria das condições de vida, sociais e económicas, traduzem-se pelo aumento da esperança média de vida, estando este aumento em crescendo como se constata através da consulta dos dados estatísticos disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE).

A diminuição da população jovem com menos de 15 anos e o aumento da população idosa com mais de 65 anos traduzem-se pelo agravamento do envelhecimento demográfico verificado nos últimos censos realizados em que o índice de envelhecimento cresceu de 27,3% em 1960 para 127,8% em 2011 e para 155,4% em 2017. Ou seja, para cada 100 pessoas entre os 0 e os 14 anos existem 155 pessoas com 65 ou mais anos. Os ganhos alcançados nos cuidados de saúde permitiram que entre 2012 e 2017 o número de pessoas idosas aumentasse em 180 000, comprovando o envelhecimento demográfico consequência da queda da natalidade e aumento da longevidade, entre outros, estimando-se que cresça de 2.2 milhões para 2.8 milhões entre 2017 e 2080 (INE, 2012 e 2017). Aguardemos com expectativa os resultados dos censos efetuados em 2021.

O envelhecimento da população traz consigo novos desafios no paradigma do cuidar, desde logo várias doenças crónicas e múltiplas comorbilidades causadoras de dependência. A doença crónica sendo uma doença prolongada, que não se resolve de forma espontânea e raramente é curada completamente, pode apresentar uma evolução lenta e que pode resultar numa alteração da qualidade de vida e até mesmo em morte. Das várias definições de doença crónica, a que Phipps menciona de 1949 da Comissão para as Doenças Crónicas, Estados Unidos da América, é ainda bastante actual e pertinente, definindo-a como “uma afecção ou desvio do normal com uma, ou mais, das seguintes características: a doença ou afecção é permanente; (...) deixa uma incapacidade residual; (...) é provocada por alteração patológica não reversível; (...) requer um longo período de supervisão, observação e cuidados.” (Phipps, 2003). Para a mesma autora, doença crónica “é a que tem uma causa que produz sintomas e sinais num período de tempo variável, de curso longo, e da

qual só há recuperação parcial”, à qual pode ainda estar ligada um determinado grau de incapacidade (Phipps, 2003).

Cada doença crónica é muito específica e tem um impacto próprio na pessoa, na família e na comunidade. A dor enquanto doença crónica abrange áreas fisiológicas, sensoriais, afetivas, cognitivas, comportamentais e socioculturais da pessoa idosa que afetam igualmente o seu familiar cuidador. Segundo um estudo da Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em 2015, constata-se que Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais prestados por um residente na mesma habitação a nível europeu, 12,4%. As conclusões apontam que a qualidade de vida dos cuidadores que residem na mesma habitação é mais baixa do que a dos não cuidadores, encontrando-se associada a sintomas de depressão (ERS, 2015).

Isto implica por parte dos profissionais de saúde a procura do saber e do saber fazer para dar resposta às necessidades, não apenas para a pessoa idosa que vive diariamente com dor crónica, mas igualmente dos seus familiares cuidadores que se encontram também numa situação frágil e com necessidade de intervenção. Para a construção de estratégias de intervenção adequadas à que melhor compreender esta problemática inerente ao familiar cuidador que advém de cuidar de alguém idoso com doença crónica, neste caso dor crónica. Como profissionais de saúde, ao intervirmos no familiar cuidador iremos melhorar o cuidado à pessoa idosa, promovendo o cuidado de Si e do Outro.

Decidimos realizar uma revisão de *scoping*, tendo por base a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (Peters et al., 2020; JBI, 2020), de modo a ampliarmos o nosso conhecimento sobre esta temática do familiar cuidador, das suas necessidades e dificuldades enquanto cuidador de uma pessoa idosa com dor crónica.

Esta revisão pretende dar resposta às seguintes questões:

- 1. Quais as dificuldades com que se depara o familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica?**

2. **Quais as necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica?**
3. **Quais as intervenções que permitirão melhorar as vivências da pessoa enquanto cuidadora de uma pessoa idosa com dor crónica?**

Objetivo

Temos por objetivo: mapear quais as evidências descritas, ou não, acerca das dificuldades com que se depara um familiar cuidador da uma pessoa idosa com dor crónica e que necessidades tem para suprimir ou atenuar essas mesmas dificuldades e analisar informação pertinente que contribua para melhorar os cuidados de enfermagem a ambos, familiar cuidador e pessoa idosa.

Metodologia

Esta revisão de *scoping* assenta na metodologia do *JoannaBriggsInstitute*, tendo-se definido a estratégia com base na terminologia PCC (População, Conceito e Contexto). No que diz respeito à **população**, serão incluídos todos os familiares cuidadores de pessoas idosas, ou seja com mais de 65 anos de idade. Relativamente ao **conceito**, envolveremos estudos focados nas experiências dos familiares cuidadores de pessoas idosas e que revelem de alguma forma em que se manifestam essas experiências para si enquanto pessoa. Em relação ao **contexto**, serão incluídos todos os contextos, hospitalares ou comunitários de qualquer área geográfica que envolvam pessoas idosas com dor crónica, permitindo aumentar o leque de estudos.

A questão de investigação formulada de acordo com esta terminologia (PCC) foi: “Quais as dificuldades e necessidades com que se depara o familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica?”

Após leitura de alguns artigos obtidos empiricamente na plataforma ESBCOhost sobre a temática, foram delineados os termos de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão, demonstrados no seguinte quadro:

Quadro 1: Critérios de inclusão e exclusão de artigos

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO		LINGUA DE PUBLICAÇÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
POPULAÇÃO	Familiares cuidadores de pessoas idosas com dor crônica (com mais de 65 anos de idade)	Português e Inglês	Cuidadores que sejam profissionais de saúde;
CONCEITO	Experiências/vivências dos familiares cuidadores resultantes de cuidarem de pessoas idosas com dor crônica manifestadas por dificuldades ou necessidades		Anteriores a 2018;
CONTEXTO	Cuidados à pessoa idosa com dor crônica		Ausência de texto integral; Ausência de resumo;

Protocolo de pesquisa:

Primeiramente foi feita uma pesquisa inicial via EBSCOhost nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete onde se analisaram as palavras contidas no título, resumo e palavras-chave. De seguida, definiram-se as palavras-chave para a questão de investigação com base na terminologia PCC, os descritores Medical SubjectHeadings (MeSH) e Headings. Os termos de pesquisa definidos (Quadro 2), foram agrupados através de operadores booleanos para a realização da pesquisa nas bases de dados eletrónicas: [(“caregiver”) OR (“familycaregiver”)] AND [(“burden”) OR (“needs”) OR (MH “stress”) OR (MH “caregiverburden”) OR (MH “needsassessment”)] AND [(“elder”) OR (“older”) OR (“elderly”) OR (“pain”) OR (“chronicpain”) OR (MH “Aged 65yearsandover”)].

Quadro 2: Termos de pesquisa

		Linguagem natural	Linguagem indexada
População	Familiares cuidadores	Caregiver Familycaregiver	
Conceito	Dificuldades e/ou necessidades	Burden Needs	Stress Caregiver burden Needs assessment
Contexto	Pessoa idosa com dor crónica	Elder Older Elderly Pain Chronic pain	Aged 65 years and over

Por último, foi realizada uma listagem dos resultados encontrados, dos últimos três anos. Após análise do título e resumo por parte de dois revisores ficam encontrados os artigos elegíveis de análise completa por meio da sua leitura integral. Se se registrar alguma divergência recorreremos a um terceiro revisor. Os resultados são demonstrados na Figura 1, segundo o diagrama PRISMA (Galvão, Pansani e Harrad, 2015).

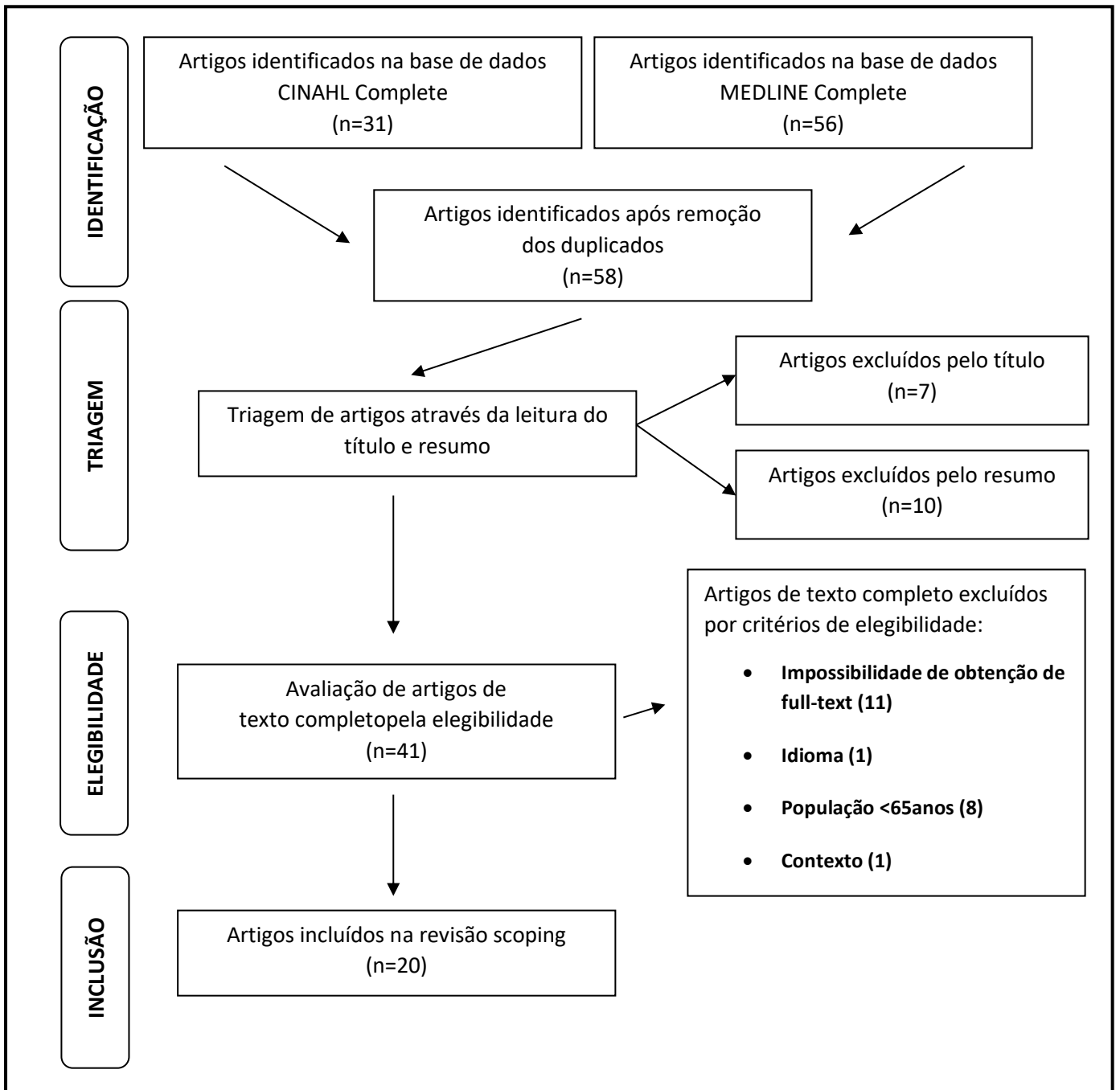


Figura 1- Fluxograma PRISMA do processo de seleção para inclusão de artigos

Fonte: Autores

Extração de dados

Para a extração de dados foi criado um instrumento, representado pelo quadro seguinte (Quadro 3) tendo por base a especificidade da temática em estudo, sua população, conceito e contexto. Instrumento que se for pertinente dado os achados no decorrer da análise, poderá ser revisto e alterado para dar resposta às necessidades encontradas neste percurso.

Quadro 3: Instrumento para extração de dados dos artigos analisados

TITULO	“Quais as dificuldades e necessidades com que se depara o familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica?”	
QUESTOES DE REVISÃO	<ul style="list-style-type: none">• Quais as dificuldades com que se depara o familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica?• Quais as necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica?• Quais as intervenções que permitirão melhorar as vivências da pessoa enquanto cuidadora de uma pessoa idosa com dor crónica?	
METODOLOGIA PCC	População Familiares cuidadores	Conceito Dificuldades e/ou necessidades
EXTRAÇÃO DE DETALHES E CARACTERÍSTICAS DOS ARTIGOS	Titulo:	
	Autores:	
	Ano:	
	País:	
	Objetivo:	
	População/Amostra:	
	Contexto:	
	Conclusões:	

Síntese dos dados

Os dados pretendem dar resposta à questão de investigação inicialmente formulada e serão descritos por um resumo narrativo, apresentados em quadro, individualizados para cada artigo.

O mapeamento alargado da revisão *scoping* sobre as dificuldades e necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica irá colocar em evidência os dados sobre esta problemática, contribuindo para o seu conhecimento mais aprofundado e sustentar futuras estratégias para abordar quer o familiar cuidador, quer a pessoa idosa.

Conclusão

A análise em específico sobre o familiar cuidador, suas dificuldades e necessidades, enquanto contribui para o cuidado do outro, coloca em vislumbre a necessidade do cuidado de si enquanto pessoa individual.

A análise destas características específicas do familiar cuidador e da sua sobrecarga vivenciada por meio do mapeamento da evidência científica disponível contribui para o conhecimento das necessidades reais obrigando a que os enfermeiros e os seus cuidados estejam em constante atualização e modernização para a melhoria e adequação das suas intervenções. Para além de permitirem dar suporte às intervenções na prática dos cuidados junto do familiar cuidador e da pessoa idosa, permitirá promover e implementar intervenções mais adequadas que facilmente o familiar cuidador transporte para a sua realidade dos seus cuidados à pessoa idosa com dor crónica.

Esperemos que o conhecimento proveniente de pesquisa de base científica releve a revisão *scoping* como o início da evolução de questões intrínsecas neste âmbito, apoiando o desenvolvimento de revisões sistemáticas sobre a promoção do cuidado de si ao familiar cuidador.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>.

<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Entidade Reguladora da Saúde, ERS. (2015). *Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos*. Consultado a 09-06-2019. Disponível em <http://www.ers.pt>

Galvão, Taís Freire, Pansani, Thais de Souza Andrade, &Harrad, David. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335-342. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>

Instituto Nacional de Estatística – INE (2017). Estatísticas demográficas 2017. Lisboa: INE. Consultado a 09-06-2019. Disponível em <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2019). Tábuas de Mortalidade para Portugal 2016-2018. Consultado a 09-06-2019. Disponível em <http://www.ine.pt>

Phipps, W., Sands, J., &Marek, J. (2003) *Enfermagem Médico-cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica*. 6ªEdição, Loures, Lusociência, 145-183.

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis, JBI, 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Quadros com resumo dos artigos (extração de detalhes e características)

Artigo 1

Título:	<i>Bidirectional relationship between caregiver burden and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease: A narrative review</i>
Autores:	Isik, A. T., Soysal, P., Solmi, M., & Veronese, N.
Ano:	2019
País:	Itália
Objetivo:	O objetivo desta revisão é fazer um estado da arte da influência potencial dos sintomas neuropsiquiátricos no stresse do cuidador e vice-versa.
População/Amostra:	Doentes com Doença de Alzheimer (DA) e seus familiares cuidadores
Contexto:	Doentes com DA geralmente precisam de altos níveis de cuidado em todas as atividades da vida diária, a maioria fornecida por familiares, amigos ou cuidadores informais. Os cuidadores têm que lidar com as condições relacionadas à idade e os fatores relacionados à demência. Portanto, cuidar na demência é mais difícil e stressante do que cuidar de idosos afetados por outras condições.
Conclusões:	Por causa da relação bidirecional entre a sobrecarga do cuidador e sintomas neuropsiquiátricos, as estratégias de gestão ativa do cuidado da demência devem incluir a identificação precoce e os fatores de risco do tratamento para o stresse do cuidador e dos sintomas neuropsiquiátricos dos internados com DA. Portanto, melhorar um deles pode ser benéfico para o outro.

Fonte: Isik, A. T., Soysal, P., Solmi, M., & Veronese, N. (2019). Bidirectional relationship between caregiver burden and neuropsychiatric symptoms in patients with Alzheimer's disease: A narrative review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(9), 1326–1334. <https://doi.org/10.1002/gps.4965>

Artigo 2

Título:	<i>Caregiver burden and stress in psychiatric hospital admission</i>
Autores:	Pedroso, T. G., Araújo, A. da S., Santos, M. T. S., Galera, S. A. F., & Cardoso, L.
Ano:	2019

País:	Brasil
Objetivo:	Avaliar a relação entre fatores sociodemográficos, stresse e sobrecarga de cuidado de cuidadores familiares de doentes na admissão de um hospital psiquiátrico
População/ Amostra:	112 Familiares cuidadores
Contexto:	A pesquisa abordou temas atuais e relevantes relacionados com a situação dos cuidadores familiares de doentes psiquiátricos, mais especificamente em relação à carga de cuidado e stresse que enfrentam diariamente. Esta é uma questão fundamental no planeamento em saúde, que trabalha em cooperação com os outros sujeitos deste complexo contexto, mas ainda sem o devido reconhecimento e cuidado.
Conclusões:	Os resultados obtidos confirmam o papel tradicional e permanente das mulheres como principais cuidadoras de saúde. Eles também confirmam a presença de sobrecarga de cuidado para quase todos os cuidadores, bem como a presença de sintomas de stresse. Os sintomas psicológicos de stresse, como preocupação, ansiedade, irritabilidade e depressão, entre outros, foram identificados como um fator de risco para carga “grave”. Os resultados deste estudo mostram a situação alarmante de cuidadores de doentes em internamento psiquiátrico, demonstrando a sua vulnerabilidade às doenças. Os resultados evidenciam que, na admissão do hospital psiquiátrico, não só os doentes precisam cuidados, mas também seus cuidadores familiares. Há uma necessidade consequente para intervenções e estudos voltados à ampliação e qualificação do cuidado à saúde desses cuidadores.

Fonte: Pedroso, T. G., Araújo, A. da S., Santos, M. T. S., Galera, S. A. F., & Cardoso, L. (2019). Caregiverburdenand stress in psychiatric hospital admission. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1699–1706. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0832>

Artigo 3

Título:	<i>Caregiver Needs Assessment in Primary Care: Views of Clinicians, Staff, Patients, and Caregivers.</i>
Autores:	Riffin, C., Wolff, J. L., Estill, M., Prabhu, S., & Pillemer, K. A.
Ano:	2020
País:	EUA

Objetivo:	Entender as práticas atuais, desafios e oportunidades para uma avaliação sistemática das necessidades e riscos dos cuidadores familiares nos cuidados de saúde primários.
População/Amostra:	Os doentes tinham idade média de 84,0 anos (desvio padrão [DP] = 9,7); os cuidadores tinham média de idade de 67,0 anos (DP = 9,3).
Contexto:	Houve grande variabilidade nas práticas atuais de identificação das necessidades e riscos dos cuidadores, englobando abordagens diretas e indiretas. Os participantes postularam que a integração da avaliação padronizada do cuidador na prestação de cuidados primários poderia ajudar a melhorar o atendimento ao doente, melhorar a comunicação médico-cuidador e validar os esforços dos cuidadores.
Conclusões:	A identificação das necessidades e riscos dos cuidadores na atenção primária é altamente variável. A integração da avaliação padronizada do cuidador na prática requer mudanças coordenadas na política, revisão dos fluxos de trabalho da prática e uma abordagem interdisciplinar para o desenvolvimento de ferramentas de avaliação apropriadas.

Fonte: Riffin, C., Wolff, J. L., Estill, M., Prabhu, S., & Pillemer, K. A. (2020). Caregiver Needs Assessment in Primary Care: Views of Clinicians, Staff, Patients, and Caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(6), 1262–1270. <https://doi.org/10.1111/jgs.16401>

Artigo 4

Título:	<i>Caring for a frail older person: the association between informal caregiver burden and being unsatisfied with support from family and friends</i>
Autores:	Lopez Hartmann, M., De Almeida Mello, J., Anthierens, S., Declercq, A., Van Durme, T., Cès, S., Verhoeven, V., Wens, J., Macq, J., & Remmen, R.
Ano:	2019
País:	Bélgica
Objetivo:	Analisar a relação entre o apoio social percebido e carga subjetiva na prestação de cuidados informais em idosos frágeis.
População/Amostra:	Pessoas com 65 anos ou mais eram elegíveis para serem incluídas no estudo em caso de fragilidade. Dos 13.229 idosos frágeis incluídos no estudo, 85,9% (N = 11.363) tiveram pelo menos um cuidador informal, e 42,3% também teve um cuidador informal secundário. O cuidador informal principal era principalmente um filho adulto (56,5%) ou cônjuge (29,3%).

Contexto:	Embora os cuidadores informais considerem que cuidar de um parente é acima de tudo satisfatório, pode ser difícil por vezes e pode levar a um estado de carga subjetiva caracterizado por, entre outros, fadiga e stresse.
Conclusões:	A associação entre a percepção de suporte social e sobrecarga subjetiva do cuidador foi explorada no contexto de cuidar de idosos frágeis. Cuidadores informais que estavam insatisfeitos com o suporte eram mais propensos a enfrentar problemas. Os resultados sublinham a importância do apoio social percebido em relação à redução da sobrecarga do cuidador. Portanto, é importante avaliar e reunir esforços para melhorar a percepção do suporte social.

Fonte: Lopez Hartmann, M., De Almeida Mello, J., Anthierens, S., Declercq, A., Van Durme, T., Cès, S., Verhoeven, V., Wens, J., Macq, J., & Remmen, R. (2019). Caring for a frail older person: the association between informal caregiver burden and being unsatisfied with support from family and friends. *Age and Ageing*, 48(5), 658–664. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz054>

Artigo 5

Título:	<i>Determinants of caregiver burden in male patients with epilepsy following penetrating traumatic brain injury</i>
Autores:	Jabbarinejad, R., Cohen-Zimmerman, S., Wagner, A.K., Grafman, J.
Ano:	2021
País:	EUA
Objetivo:	Determinar a carga de cuidar de pacientes com epilepsia pós-traumática (TEP) após traumatismo crânio-encefálico penetrante (TCEP) e identificar fatores que prevêm maior carga nesse cuidar.
População/ Amostra:	46 Díades no estudo de acompanhamento (18 veteranos com epilepsia pós-traumática, 19 veteranos sem epilepsia pós-traumática e 9 veteranos de controlo saudáveis)
Contexto:	A Fase 2 foi concluída entre 1981 e 1984. A Fase 3 foi concluída entre 2003 e 2006 e a Fase 4 (a fase final) entre 2008 e 2012. Embora os efeitos da epilepsia idiopática e do TCEP na sobrecarga do cuidador tenham sido estudados separadamente, nenhuma pesquisa enfocou a sobrecarga do cuidador associada a indivíduos com EPT. No presente estudo, examinou-se como os cuidadores de participantes com EPT após TCEP perceberam a carga em comparação com cuidadores de veteranos

	<p>sem epilepsia pós-traumática e veteranos saudáveis de controle em dois estudos transversais - cerca de 15 e 45 anos após a lesão. Por fim, verificou-se os fatores associados à sobrecarga dos cuidadores de EPT em um estudo de acompanhamento menor.</p> <p>Em 2017, enviaram-se cartas de recrutamento para os participantes da fase 3, a fim de conduzir um estudo de acompanhamento comparando a sobrecarga em cuidadores de pacientes com e sem epilepsia.</p>
Conclusões:	A sobrecarga elevada do cuidador de EPT é persistente ao longo da vida, sugerindo que os cuidadores poderiam beneficiar de aconselhamento e intervenções psicossociais direcionadas para reduzir sua sobrecarga.

Fonte: Jabbarinejad, R., Cohen-Zimmerman, S., Wagner, A. K., & Grafman, J. (2021). Determinants of caregiver burden in male patients with epilepsy following penetrating traumatic brain injury. *Epilepsy & Behavior: E&B*, 116, 107768. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2021.107768>

Artigo 6

Título:	<i>Do Income Supplemental Programs for Older Adults' Help Reduce Primary Caregiver Burden? Evidence from Mexico</i>
Autores:	Aguila, E., López-Ortega, M., & Angst, S.
Ano:	2019
País:	México
Objetivo:	Analisar os efeitos de um programa de renda suplementar para idosos adultos ao cuidado de um cuidador principal.
População/ Amostra:	433 adultos com 70 anos ou mais em duas comunidades, uma recebendo um programa de renda suplementar e o outro não.
Contexto:	Em países como o México, sem políticas públicas formais de cuidados de longo prazo, os cuidados informais tornam-se a principal fonte de apoio para os idosos. Programas sociais alternativos, como programas de renda suplementar, para adultos mais velhos, podem aliviar a carga do cuidador, especialmente se a renda suplementar for usada para cuidados remunerados ou para compensar cuidadores familiares não remunerados. Este trabalho é o primeiro a analisar os efeitos de um programa de suplementação de renda para idosos adultos ao cuidado de um cuidador principal.
Conclusões:	Mais de 98% dos cuidadores não são remunerados e a situação não mudou após a introdução do complemento de renda. Não se encontraram evidências consistentes com as hipóteses de que a renda adicional poderia permitir que

	adultos mais velhos recebessem um maior número de horas de cuidados ou transferissem para outros essa sobrecarga de cuidar de outras pessoas
--	--

Fonte: Aguila, E., López-Ortega, M., & Angst, S. (2019). Do Income Supplemental Programs for Older Adults' Help Reduce Primary Caregiver Burden? Evidence from Mexico. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 34(4), 385–402. <https://doi.org/10.1007/s10823-019-09374-8>

Artigo 7

Título:	<i>Effect of progressive muscle relaxation on the caregiver burden and level of depression among caregivers of older patients with a stroke: A randomized controlled trial.</i>
Autores:	Yilmaz, C. K., Aşiret, G. D., Çetinkaya, F., Oludağ, G., & Kapucu, S.
Ano:	2019
País:	Turquia
Objetivo:	Investigar o efeito do relaxamento muscular progressivo sobre a sobrecarga do cuidador e o nível de depressão entre cuidadores de doentes idosos com acidente vascular cerebral (AVC).
População/ Amostra:	Os cuidadores foram alocados aleatoriamente em grupos de intervenção (n = 23) e controle (n = 21), com base nos critérios de inclusão do estudo. Os cuidadores do grupo de intervenção praticavam exercícios de relaxamento muscular progressivo em casa 3 dias por semana durante 8 semanas. O grupo controle não teve intervenção.
Contexto:	Este estudo experimental randomizado e controlado foi realizado entre dezembro de 2015 e julho de 2017 com cuidadores de doentes idosos com AVC internados em unidade domiciliar de hospital estadual.
Conclusões:	Este estudo mostrou que houve uma diminuição estatisticamente significativa na sobrecarga do cuidador e nível de depressão entre os cuidadores no grupo de intervenção após exercícios de relaxamento muscular progressivo, mas que não houve diferença estatisticamente significativa quando os grupos intervenção e controle foram comparados.

Fonte: Yilmaz, C. K., Aşiret, G. D., Çetinkaya, F., Oludağ, G., & Kapucu, S. (2019). Effect of progressive muscle relaxation on the caregiver burden and level of depression among caregivers of older patients with a stroke: A randomized controlled trial. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, 16(2), 202–211. <https://doi.org/10.1111/jjns.12234>

Artigo 8

Título:	<i>Influence of caregiver burden on well-being of family member caregivers of older adults</i>
Autores:	Or, R., &Kartal, A.
Ano:	2019
País:	Turquia
Objetivo:	Examinar o efeito da carga de cuidados sobre o bem-estar dos membros da família no cuidar de adultos mais velhos.
População/ Amostra:	A amostra do estudo incluiu 363 cuidadores familiares de adultos mais velhos.
Contexto:	Cuidar de idosos é uma das atividades sociais mais importantes nas questões associadas ao envelhecimento. Enquanto cuidar fornece um cuidado adequado e ambiente de apoio para idosos, mudanças na vida dos cuidadores e membros da família também afetam a sua saúde.
Conclusões:	Os resultados mostraram que a sobrecarga do cuidador teve um efeito importante no bem-estar do cuidador. Por esta razão, a carga do cuidador deve ser considerada durante as intervenções para melhorar o bem-estar dos cuidadores familiares de adultos mais velhos. O estudo revelou a necessidade de mostrar atenção especial aos cuidadores por parte dos profissionais de saúde e a importância da realização de estudos intervencionistas que visem reduzir a sobrecarga do cuidador a fim de promover o seu bem-estar.

Fonte: Or, R., &Kartal, A. (2019). Influence of caregiver burden on well-being of family member caregivers of older adults. *Psychogeriatrics : The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society*, 19(5), 482–490. <https://doi.org/10.1111/psyg.12421>

Artigo 9

Título:	<i>Insomnia and caregiver burden in chronic pain patients: A cross-sectional clinical study</i>
Autores:	Yamaguchi, M., Yamada, K., Iseki, M., Karasawa, Y., Murakami, Y., Enomoto, T., Kikuchi, N., Chiba, S., Hara, A., Yamaguchi, K., &Inada, E.
Ano:	2020
País:	Japão

Objetivo:	Investigar a associação entre insónia em doentes com doenças crónicas com dor e sobrecarga do cuidador familiar.
População/ Amostra:	60 doentes com dor crónica de 3 meses de duração e familiares cuidadores que os acompanhavam ao hospital.
Contexto:	A insónia é um sintoma comórbido importante de dor crónica e pode afetar a sobrecarga do cuidador.
Conclusões:	As descobertas sugerem que em doentes com dor crónica, a insóniacomórbida e o funcionamento físico e mental diurno são associados à sobrecarga do cuidador familiar, independentemente da duração da dor, incapacidade relacionada à dor e intensidade da dor.

Fonte: Yamaguchi, M., Yamada, K., Iseki, M., Karasawa, Y., Murakami, Y., Enomoto, T., Kikuchi, N., Chiba, S., Hara, A., Yamaguchi, K., & Inada, E. (2020). Insomnia and caregiver burden in chronic pain patients: A cross-sectional clinical study. *PLoS One*, 15(4), e0230933. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230933>

Artigo 10

Título:	<i>Multifactorial Examination of Caregiver Burden in a National Sample of Family and Unpaid Caregivers.</i>
Autores:	Riffin, C., Van Ness, P. H., Wolff, J. L., & Fried, T.
Ano:	2019
País:	EUA
Objetivo:	Examinar os fatores associados à sobrecarga do cuidador de uma perspectiva multifatorial, examinando as características do cuidador e da pessoa cuidada.
População/ Amostra:	Idosos residentes na comunidade e seus cuidadores familiares.
Contexto:	Existem 2 lacunas importantes na literatura sobre a sobrecarga do cuidador. Em primeiro lugar, nenhum estudo examinou os vários tipos de assistência que os cuidadores fornecem ao mesmo tempo em que considerou outros determinantes potenciais da sobrecarga, como, as características do cuidador e do receptor de cuidados. Em segundo lugar, a maioria dos estudos que examinam os fatores de risco para sobrecarga concentram-se em coortes selecionados definidos de acordo com o diagnóstico do receptor de cuidados, limitando a compreensão da experiência de prestação de cuidados a certos subconjuntos da população de cuidadores mais ampla.
Conclusões:	As características do cuidador e a provisão de tarefas de cuidado determinam a sobrecarga do cuidador mais do que as características do receptor de cuidados. A ausência de associação entre o tipo de condições crónicas do

	destinatário de cuidados e a sobrecarga, excepto para demência, sugere que as tarefas que os cuidadores que atendem idosos com uma variedade de condições de saúde realizam, moldam a experiência de cuidar.
--	--

Fonte: Riffin, C., Van Ness, P. H., Wolff, J. L., & Fried, T. (2019). Multifactorial Examination of Caregiver Burden in a National Sample of Family and Unpaid Caregivers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(2), 277–283. <https://doi.org/10.1111/jgs.15664>

Artigo 11

Título:	<i>Older adults with chronic illness - Caregiver burden in the Asian context: A systematic review</i>
Autores:	Isac, C., Lee, P., & Arulappan, J.
Ano:	2021
País:	Omã e Índia
Objetivo:	Explorar o padrão de sobrecarga do cuidador entre cuidadores de idosos com doenças crónicas na Ásia.
População/ Amostra:	A revisão incluiu 12 artigos de pesquisa.
Contexto:	O aumento na expectativa de vida, a responsabilidade filial de cuidar e os avanços na saúde aumentaram a população de adultos mais velhos na Ásia. A última década testemunhou a proliferação de famílias nucleares na Ásia, deixando os cuidadores familiares com mais responsabilidade e responsabilidade.
Conclusões:	Níveis ideais de bem-estar emocional, apoio familiar/social significativo e autopreparação entre os cuidadores são motivos para a sua autonomia e afirmação enquanto cuidadores.

Fonte: Isac, C., Lee, P., & Arulappan, J. (2021). Older adults with chronic illness - Caregiver burden in the Asian context: A systematic review. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2021.04.021>

Artigo 12

Título:	<i>Optimizing Participation of Older Adults with Cognitive Deficits Post-stroke: Types of Help and Caregiver Burden.</i>
----------------	---

Autores:	Viscogliosi, C., Desrosiers, J., & Belleville, S.
Ano:	2019
País:	Canadá
Objetivo:	Determinar de que modo a ajuda prestada às pessoas idosas com défices cognitivos pós AVC influencia a sobrecarga do cuidador
População/ Amostra:	12 cuidadores familiares de destinatários de cuidados pós AVC responderam a um questionário de sobrecarga e entrevistas semiestruturadas um mês, três meses e seis meses após a alta do receptor de cuidados.
Contexto:	Este estudo longitudinal de método misto examinou os tipos de ajuda fornecida pelos cuidadores para otimizar a participação de adultos mais velhos com défices cognitivos pós AVC (destinatários de cuidados), e como esses tipos de ajuda interferiram com a sobrecarga do cuidador
Conclusões:	Tipos da ajuda prestada pelos cuidadores diferiam de acordo com a quantidade de suporte diário, grau de preocupação com o destinatário do cuidado, bem-estar e impacto na vida social dos cuidadores. Os tipos de ajuda que promovem a participação social do receptor de cuidados, auto-estima e habilidades não estavam relacionados a um impacto negativo na vida social dos cuidadores. A importância de como diferentes tipos de ajuda relacionados à sobrecarga do cuidador pode otimizar a participação social dos destinatários dos cuidados sem sobrecarregar os cuidadores.

Fonte: Viscogliosi, C., Desrosiers, J., & Belleville, S. (2019). Optimizing Participation of Older Adults with Cognitive Deficits Post-stroke: Types of Help and Caregiver Burden. *Canadian Journal on Aging = La Revue Canadienne Du Vieillessement*, 38(2), 222–235. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000521>

Artigo 13

Título:	<i>Pain in persons with dementia and the direct and indirect impacts on caregiver burden.</i>
Autores:	Regier, N. G., Taylor, J. L., Szanton, S. L., Parmelee, P. A., Perrin, N., Liu, M., Jenkins, E., Hodgson, N. A., & Gitlin, L. N.
Ano:	2021
País:	EUA

Objetivo:	Examinar se a dor da pessoa que vive com demência está relacionada à sobrecarga do cuidador e se o transtorno do cuidador com os sintomas neuropsiquiátricos afeta essa relação.
População/ Amostra:	272 residentes da área da Filadélfia com demência que foram inscritos em um ensaio clínico randomizado que testou a eficácia de uma intervenção domiciliar não farmacológica para reduzir os sintomas neuropsiquiátricos e a angústia do cuidador.
Contexto:	A preocupação do cuidador com os sintomas neuropsiquiátricos ajuda a explicar a relação entre a dor em pessoas com demência e a sobrecarga em seus cuidadores. Dor e sintomas neuropsiquiátricos são passíveis de modificação, assim como a sobrecarga do cuidador, sugerindo uma grande oportunidade de impactar a vida de quem vive com demência e de seus cuidadores.
Conclusões:	Os resultados do estudo sugerem várias áreas potenciais de intervenção para reduzir a sobrecarga do cuidador. É necessário abordar adequadamente os sintomas neuropsiquiátricos para minimizar a sobrecarga do cuidador. Abordagens não farmacológicas são recomendadas pela maioria das associações médicas como tratamento de primeira linha para os sintomas neuropsiquiátricos relacionados com demência e podem incluir atividades significativas, como exercícios físicos e tocar música, e modificações ambientais, como ajuste de níveis de ruído ou iluminação. Também intervenções focadas no cuidador, que vão desde o ensino de habilidades do cuidador até ao treino do cuidador na administração de intervenções não farmacológicas, podem diminuir a sobrecarga e/ou sofrimento.

Fonte: Regier, N. G., Taylor, J. L., Szanton, S. L., Parmelee, P. A., Perrin, N., Liu, M., Jenkins, E., Hodgson, N. A., & Gitlin, L. N. (2021). Pain in persons with dementia and the direct and indirect impacts on caregiver burden. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 42(2), 366–371. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.01.007>

Artigo 14

Título:	<i>Poor patient health is associated with higher caregiver burden for older adults with advanced cancer</i>
Autores:	Semere, W., Althouse, A. D., Rosland, A.-M., White, D., Arnold, R., Chu, E., Smith, T. J., & Schenker, Y.
Ano:	2021
País:	EUA

Objetivo:	Identificar os fatores do doente associados à sobrecarga do cuidador e examinar como a quantidade de tempo que o cuidado exige modifica essas relações.
População/ Amostra:	441 Díades doente-cuidador, a média de idade dos pacientes foi de 70 ± 10 anos e a idade do cuidador foi de 62 ± 13 anos.
Contexto:	A sobrecarga do cuidador familiar entre os idosos com cancro avançado continua mal compreendida.
Conclusões:	No cancro avançado, a má saúde física e mental do doente está associada a uma carga maior do cuidador, independentemente das horas de cuidado. Estudos futuros devem examinar intervenções adaptadas para aliviar a sobrecarga do cuidador para este grupo.

Fonte: Semere, W., Althouse, A. D., Rosland, A.-M., White, D., Arnold, R., Chu, E., Smith, T. J., & Schenker, Y. (2021). Poor patient health is associated with higher caregiver burden for older adults with advanced cancer. *Journal of Geriatric Oncology*. <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.01.002>

Artigo 15

Título:	<i>Predicting Caregiver Burden in Informal Caregivers for the Elderly in Ecuador</i>
Autores:	Ruisoto, P., Ramírez, M., Paladines-Costa, B., Vaca, S., & Clemente-Suárez, V. J.
Ano:	2020
País:	Equador
Objetivo:	Examinar o valor preditivo de diferentes variáveis em relação aos cuidadores e pessoas idosas com relação à carga do cuidador
População/ Amostra:	688 Cuidadores informais e 688 idosos do Equador
Contexto:	Os melhores preditores de sobrecarga em cuidadores informais de idosos no Equador permanecem pouco estudados e evasivos. Esta pesquisa pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções voltadas à melhoria do bem-estar dos cuidadores de pessoas idosas.
Conclusões:	As mulheres estavam sobre-representadas como cuidadores e relataram níveis de sobrecarga significativamente mais elevados do que os do sexo masculino. Tanto em homens como em cuidadoras do sexo feminino, a sobrecarga foi melhor prevista pelo tempo de cuidar, neuroticismo e idosos com comprometimento cognitivo. No entanto, alguns preditores de carga foram ponderados de forma diferente em homens e mulheres.

	A independência funcional dos idosos foi um preditor significativo de sobrecarga para os cuidadores do sexo masculino, mas não mulheres, enquanto a competência do cuidador foi um preditor significativo para mulheres, mas não para os cuidadores homens. Essas variáveis foram responsáveis por mais de 88% da variabilidade em cuidadores informais.
--	--

Fonte: Ruisoto, P., Ramírez, M., Paladines-Costa, B., Vaca, S., & Clemente-Suárez, V. J. (2020). Predicting Caregiver Burden in Informal Caregivers for the Elderly in Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph17197338>

Artigo 16

Título:	<i>Predictors of caregiver burden in aged caregivers of demented older patients</i>
Autores:	Tsai, C.-F., Hwang, W.-S., Lee, J.-J., Wang, W.-F., Huang, L.-C., Huang, L.-K., Lee, W.-J., Sung, P.-S., Liu, Y.-C., Hsu, C.-C., &Fuh, J.-L.
Ano:	2021
País:	Taiwan
Objetivo:	Investigar quais fatores estão associados à sobrecarga dos cuidadores mais velhos no atendimento de doentes em ambulatório com demência.
População/ Amostra:	328 Díades cuidador-doentes com idade ≥ 65 anos. A idade média dos cuidadores foi $73,7 \pm 7,0$ anos, com predomínio do gênero feminino (66,8%), e a média de idade dos pacientes foi de $78,8 \pm 6,9$ anos, com predomínio do gênero masculino (61,0%).
Contexto:	Projeta-se que a demência em idosos mais velhos aumente exponencialmente, assim como a carga de seus cuidadores que podem enfrentar desafios e sofrimentos únicos.
Conclusões:	Cuidadores mais velhos de idosos com demência experimentam uma sobrecarga maior quando os idosos têm uma autonomia funcional débil e quando apresentam sintomas de apatia e irritabilidade. Os resultados visam fornecer orientação para a necessidade de identificar cuidadores mais velhos em risco, a quem devemos prestar mais atenção e fornecer apoio dada a sua exaustão.

Fonte: Tsai, C.-F., Hwang, W.-S., Lee, J.-J., Wang, W.-F., Huang, L.-C., Huang, L.-K., Lee, W.-J., Sung, P.-S., Liu, Y.-C., Hsu, C.-C., &Fuh, J.-L. (2021). Predictors of caregiver burden in aged caregivers of demented older patients. *BMC Geriatrics*, 21(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02007-1>

Artigo 17

Título:	<i>Self-care needs and practices for the older adult caregiver: An integrative review</i>
Autores:	Sabo, K., & Chin, E.
Ano:	2021
País:	EUA
Objetivo:	Explorar as necessidades e práticas de autocuidado de cuidadores de idosos.
População/ Amostra:	15 Artigos foram incluídos na revisão integrativa segundo os critérios estabelecidos.
Contexto:	Cuidadores de idosos vivenciam riscos à saúde devido às demandas da função, maior prevalência de doenças crônicas, processo de envelhecimento e tempo insuficiente para o autocuidado.
Conclusões:	Atividade física, gestão de stresse, suporte social e recursos de suporte foram identificados como necessidades de autocuidado. As práticas de autocuidado incluíram auto-representação, estratégias de confronto, priorização de si mesmo, construção de legado e ativismo. É necessária uma exploração mais aprofundada sobre a melhor forma de apoiar os cuidadores idosos no cumprimento de seu papel de cuidador, enquanto promovem a sua própria saúde.

Fonte: Sabo, K., & Chin, E. (2021). Self-care needs and practices for the older adult caregiver: An integrative review. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, 42(2), 570–581. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.10.013>

Artigo 18

Título:	<i>Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: the mediating role of caregiver burden</i>
Autores:	Zhong, Y., Wang, J., & Nicholas, S.
Ano:	2020
País:	China
Objetivo:	Examinar a relação entre o apoio social e os sintomas depressivos dos cuidadores de pessoas idosas com deficiência e avaliar o papel da sobrecarga do cuidador como um mediador potencial desse relacionamento.

População/ Amostra:	567 Cuidadores familiares de pessoas idosas
Contexto:	O estudo usa uma abordagem de modelo mediado para examinar as relações entre o apoio social, a carga do cuidador e depressão na China. Avalia se o suporte social diminui os sintomas depressivos e a sobrecarga do cuidador e se os cuidadores com uma carga menor de cuidados experimentam níveis mais baixos de depressão. Investiga se o apoio social para cuidadores familiares de pessoas idosas com todos os tipos de deficiência reduz a sobrecarga do cuidador e atenua a depressão em cuidadores.
Conclusões:	Os resultados indicaram que o apoio social foi negativamente associado a sintomas depressivos em cuidadores familiares e na sobrecarga do cuidador. As intervenções para os cuidadores familiares devem incluir o aumento do apoio social, apoio em saúde e monitorização e, intervenções estruturadas para reduzir a sobrecarga do cuidador e atenuar a depressão dos cuidadores familiares.

Fonte: Zhong, Y., Wang, J., & Nicholas, S. (2020). Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: the mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1403-9>

Artigo 19

Título:	<i>The association between medical diagnosis and caregiver burden: a cross-sectional study of recipients of informal support and caregivers from the general population study 'Good Aging in Skåne', Sweden</i>
Autores:	Elmståhl, S., Dahlrup, B., Ekström, H., & Nordell, E.
Ano:	2018
País:	Suécia
Objetivo:	O objetivo principal foi examinar as diferenças de sobrecarga entre os cuidadores de pessoas com diagnósticos diferentes.
População/ Amostra:	343 cuidadores de pessoas com diagnósticos diferentes.
Contexto:	Diferentes tipos de doenças crônicas podem implicar em diferentes dimensões de sobrecarga do cuidador, não previamente descritas entre os cuidadores da população idosa em geral.

Conclusões:	Cuidadores de pessoas com demência experimentam alta carga, e uma nova contribuição é a descoberta de que uma carga elevada também é vivenciada por cuidadores de pessoas com depressão. É, portanto, importante que os profissionais de saúde também prestem atenção a essas famílias e ofereçam o suficiente apoio e suporte.
--------------------	---

Fonte: Elmståhl, S., Dahlrup, B., Ekström, H., & Nordell, E. (2018). The association between medical diagnosis and caregiver burden: a cross-sectional study of recipients of informal support and caregivers from the general population study 'Good Aging in Skåne', Sweden. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30(9), 1023–1032. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0870-0>

Artigo 20

Título:	<i>The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis.</i>
Autores:	Del-Pino-Casado, R., Rodríguez Cardosa, M., López-Martínez, C., & Orgeta, V.
Ano:	2019
País:	EUA
Objetivo:	Estabelecer até que ponto a sobrecarga subjetiva do cuidador está associada a sintomas depressivos e se essa associação varia de acordo com o estudo ou as características do cuidado.
População/ Amostra:	55 Estudos foram incluídos, fornecendo um total de 56 comparações independentes com um total de 9.847 cuidadores de dados recolhidos em 20 países
Contexto:	Os cuidadores familiares são uma importante fonte de cuidados para os idosos. Apesar de vários estudos relatarem que a sobrecarga subjetiva do cuidador está relacionada com sintomas depressivos, nenhuma revisão sistemática quantifica esta associação.
Conclusões:	A sobrecarga subjetiva do cuidador é um fator de risco significativo para sintomas depressivos em cuidadores de idosos e pode precipitar depressão clínica. Aqueles que cuidam de pessoas com demência experimentam uma carga maior. Há uma necessidade de avaliações longitudinais examinando os efeitos de potenciais mediadores da associação de carga subjetiva e sintomas depressivos.

	Intervenções futuras devem testar se a minimização da carga subjetiva pode modificar o risco de desenvolver depressão em cuidadores de parentes mais velhos.
--	--

Fonte: Del-Pino-Casado, R., Rodríguez Cardosa, M., López-Martínez, C., &Orgeta, V. (2019). The association between subjective caregiver burden and depressive symptoms in carers of older relatives: A systematic review and meta-analysis. *PloSOne*, 14(5), e0217648.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0217648>

APÊNDICE II- Projeto de estágio Unidade Curricular Opção II



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa

UNIDADE CURRICULAR-OPÇÃO II

PROJECTO DE ESTÁGIO

A PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI
NO FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA IDOSA
COM DOR CRÓNICA

ALUNA: VERA CRISTINA CRESPO DOS SANTOS Nº3879

LISBOA, JULHO DE 2019



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa

UNIDADE CURRICULAR-OPÇÃO II

PROJECTO DE ESTÁGIO

A PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI
NO FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA IDOSA
COM DOR CRÓNICA

PROFESSOR ORIENTADOR: PROFESSORA DOUTORA IDALINA GOMES

ALUNA: VERA CRISTINA CRESPO DOS SANTOS Nº3879

JULHO DE 2019

ABREVIATURAS E SIGLAS

CMD - Centro Multidisciplinar da Dor

DGS- Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EMAF - Estimulação muscular de alta frequência

FC - Familiar Cuidador

■ - Hospital da ■

■ - Hospital ■

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial De Saúde

PI - Pessoa Idosa

UD - Unidade de Dor

UI&DE- Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

INDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO	109
2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	109
2.1. Centro Multidisciplinar da Dor- Unidade de Dor do HGO	109
2.2. Hospital da Cruz Vermelha (HCV) – Internamento Piso 4.....	110
3. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA	111
3.1. Sumário.....	111
3.2. Descrição Técnica	113
3.2.1. Revisão crítica da literatura.....	113
3.2.2. Plano de Trabalho e Métodos	119
3.3. Descrição das tarefas e resultados esperados	121
3.4 Cronograma de actividades.....	129
3.4.1. Cronograma do 2º Semestre	129
3.4.2. Cronograma do 3º Semestre	129
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	131
ANEXOS	136

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

Título: A promoção do Cuidado de Si no familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Familiar Cuidador; Dor Crónica; Cuidado de Si

Data de início: 23 de Setembro de 2019

Duração: 18 semanas

2. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Para o alcance dos objetivos a que me proporei neste projeto, ele será concretizado em dois locais de estágio: a Unidade de Dor (UD) do Hospital [REDACTED] ([REDACTED]) em [REDACTED] e o serviço de internamento do Piso [REDACTED] do Hospital da [REDACTED] ([REDACTED]) em [REDACTED]. O motivo desta escolha prende-se com o fato de a primeira ser uma unidade interessada e entusiasta na inclusão de projectos académicos bem como ser uma referência a nível de conhecimentos na área do tratamento e controlo da dor crónica no âmbito da pessoa idosa. O segundo, sendo o meu local de trabalho, desperta em mim uma vontade pessoal, quase um compromisso ético, de dar o meu modesto contributo na melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa com dor crónica.

2.1. Centro Multidisciplinar da Dor- Unidade de Dor do [REDACTED]

A UD do [REDACTED] vigora desde 1993 tendo como objectivo principal a prestação de cuidados a pessoas de todos os grupos etários, que são referenciados à UD por dor crónica oncológica e não oncológica, sendo a população abrangida a residente na área de influência do Hospital ([REDACTED]) mas não só, acolhe também utentes provenientes do Alentejo por exemplo, desde que devidamente referenciados a esta unidade. Insere-se num Centro Multidisciplinar da Dor (CMD) no qual prestam cuidados em parceria uma equipa de cinco enfermeiras, cinco anestesistas, um fisiatra, uma psicóloga, um neurologista, uma dietista, uma assistente de serviço social, uma farmacêutica, duas assistentes operacionais e ainda dois voluntários que realizam tratamentos de mesoterapia (uma médica) e reiki (um terapeuta holístico). O serviço funciona em quatro salas dispersas num corredor no 8º piso da unidade hospitalar. Funciona entre as 8h às 18h30 de segunda-feira a quinta-feira e à sexta-feira até às 17h. O apoio aos utentes é oferecido por meio de consultas (médica, de enfermagem, de psicologia clínica, de nutrição e dietética) presenciais e telefónicas, e procedimentos farmacológicos e não farmacológicos realizados em hospital de dia por ambas as equipas. Os procedimentos

realizados pelas equipas médica e de enfermagem são: bloqueio de nervos periféricos ecoguiados; bloqueio central; neuroestimulação medular; infiltrações locais; radiofrequência; ozonoterapia; mesoterapia; eletroacupuntura; ondas de choque; diatermia; estimulação muscular de alta frequência (EMAF), bandas neuromusculares; reiki; psicoterapia e psicomotricidade. Estes tratamentos podem ser realizados tanto a doentes externos, em regime de ambulatório, bem como a doentes internados nos diversos serviços da unidade hospitalar.

O projeto que pretendo desenvolver integra-se num projeto mais alargado que está a ser desenvolvido em parceria com a Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Esta parceria começou com um projeto de investigação-ação denominado: “Consulta telefónica na unidade de dor: Promoção do cuidado de Si à pessoa idosa com dor crónica em casa”, que decorreu entre abril de 2017 e dezembro de 2018 (UI&DE, 2017) e que agora terá continuidade no projeto “Instituições de Ensino e de Saúde amigas das pessoas idosas”, coordenado pela professora Idalina Gomes. Desta forma, com a realização do nosso trabalho, iremos ter uma participação ativa neste projeto, desenvolvendo o tema da promoção do cuidado de Si ao familiar cuidador da pessoa idosa com dor.

2.2. Hospital da [REDACTED] ([REDACTED]) – Internamento Piso [REDACTED]

O [REDACTED] assume-se hoje como um centro hospitalar de excelência em várias especialidades e está equipado com os mais modernos meios tecnológicos de última geração. É uma instituição hospitalar privada que cuida de utentes de todas as valências médicas e cirúrgicas, em regime privado, através de acordos com os mais variados subsistemas públicos ou seguros. Tem como missão prestar os melhores cuidados de saúde ao utente através dos mais prestigiados meios técnicos e humanos, baseados no rigor e na melhor prática clínica, e os seus valores assentam nos princípios fundamentais da [REDACTED]: Humanidade, Imparcialidade, Neutralidade, Independência, Voluntariado, Unidade, Universalidade.

O meu percurso profissional está desde sempre ligado ao internamento médico-cirúrgico do piso [REDACTED] do [REDACTED] onde desde que terminei o curso presto cuidados de enfermagem a todos os doentes destas especialidades. Desta forma compreende-se a ligação que tenho com este serviço e com esta instituição e a vontade que tenho de dar o meu modesto contributo na melhoria dos cuidados prestados à pessoa idosa com dor crónica.

Embora este serviço que atualmente tem uma dotação de 30 camas, dê resposta a todas as faixas etárias, constato de uma forma empírica (pois não disponho de dados estatísticos para consultar) que os utentes idosos são os mais prevalentes no internamento do piso 4. Num retrato efetuado em 12 de Junho, num total de 16 utentes internados, 15 tinham mais de 65

anos, correspondendo estes a 93% da totalidade dos internamentos neste dia em concreto) e de todos estes, oito tinham dor crónica.

O meu desempenho como chefe de uma das equipas de enfermagem sempre me permitiu ter um contacto próximo com a coordenação do serviço bem como com os meus pares. Esta constante interação, em conjunto com os cuidados prestados aos utentes e seus familiares, tornou mais fácil identificar as necessidades sentidas por todos, nomeadamente no que ao tema central deste projeto diz respeito, encontrando assim um dos fios condutores que delineou o meu interesse para o estudar. Apesar de a temática da dor ser um tema amplamente difundido, por vezes ainda não se lhe é dada a devida importância, quer nas avaliações e sistematizações de intervenção, quer também na capacitação dos doentes com dor crónica, existindo seguramente uma lacuna importante na abordagem aos cuidadores de doentes com dor crónica, principalmente no que ao seu próprio cuidado diz respeito.

Pretende-se então que este projeto académico traga um contributo relevante na abordagem aos doentes idosos com dor crónica e essencialmente aos seus cuidadores, melhorando por conseguinte os cuidados de enfermagem que prestamos diariamente.

3. COMPONENTE CIENTIFICA E FORMATIVA

3.1. Sumário

O presente projeto insere-se na Unidade Curricular Opção II do curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente Pessoa Idosa.

Com o crescente aumento da população idosa, do qual Portugal não é exceção, torna-se necessária a implementação de condutas de boas práticas no que diz respeito ao cuidado da pessoa idosa por forma a conseguir dar resposta às necessidades emergentes deste grupo populacional (INE, 2019). O enfermeiro, responsável pelos cuidados centrados na pessoa em todo o seu ciclo de vida, não pode ficar assim alheado de uma população em contínua mudança. Sendo o âmbito desta área de especialização a pessoa idosa, somos remetidos para um olhar mais atento para as suas necessidades, assegurando a qualidade dos cuidados de enfermagem e uma conduta de boas práticas, ao mesmo tempo que se enfatizam as qualidades e potencialidades também presentes na pessoa, uma vez que estas não desaparecem apenas por ser idosa.

Uma das maiores mudanças no paradigma de actuação em enfermagem passa por incluir e não dissociar a pessoa do seu contexto de vida/ambiente. Desta forma, estamos perante uma era de cuidado em enfermagem em que a pessoa alvo dos nossos cuidados é abordada holisticamente, como pertença a todo um contexto e onde a família é encarada como um vetor fundamental da sua existência. Este cuidar numa perspetiva holística passa

por prestar cuidados de enfermagem, não só ao doente *per si*, mas igualmente à sua família/familiar cuidador uma vez que o indivíduo existe pela sua família e na sua família (OE, 2000).

As temáticas desenvolvidas em cada unidade curricular criaram os alicerces teóricos que hoje me permitiram fazer a ponte para o contexto prático. Segundo o regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros sobre as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República (DR) a 6 de Fevereiro de 2019, 2.ª série, n.º 26, Especialista é definido como aquele enfermeiro "(...) a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade (...) pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respectiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem." (DR, 2019, p.4744).

É por meio de uma base educacional consistente, onde se capacitam os enfermeiros de conhecimentos, habilidades e compreensão de cuidados específicos aos utentes que estes poderão evoluir para especialistas (Benner, 1984). Segundo esta autora e a sua classificação de competências adquiridas, atualmente encontro-me no nível de "competente" porque no âmbito da minha evolução e situação profissional atual, com mais de dezasseis anos de profissão, sou capaz de estabelecer intervenções com o objetivo de resolver problema de saúde em causa no momento, sendo capaz de o realizar de uma forma consciente, planeada e organizada. Para tal, faço uso de uma comunicação efetiva e eficaz com os utentes, famílias, bem como com os pares e restantes elementos da equipa multidisciplinar. No entanto tenho a consciência que, ao me propor abordar a pessoa idosa, o familiar cuidador e a dor crónica, os meus conhecimentos e competências têm ainda um longo caminho a percorrer, podendo definir-me como enfermeira iniciada avançada no que concerne a esta temática. É meu intuito ao delinear este projeto continuar a evoluir no meu processo de aprendizagem, e que a sua implementação me permita desenvolver competências de enfermeira perita.

A minha meta será alcançar os pontos aqui referidos e assim, consequentemente, alcançar os domínios do enfermeiro especialista e mestre no saber-ser, saber-saber e no saber-fazer transpondo para a prática todos estes saberes, através de um acréscimo no julgamento clínico e tomada de decisão especializadas no campo de atuação da pessoa idosa e seu familiar cuidador. Espero também tornar-me competente quando possuir o saber mobilizar, o saber integrar e o saber transferir de conhecimentos que se adquirem não apenas por meio de

formação, mas igualmente, de todos os conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida e que me darão as habilidades para agir em situação (LeBoterf, 1994).

Em suma, no final deste processo espero deter mais conhecimentos, capacidades e habilidades transponíveis para a praxis.

Este projeto reveste-se ainda de outra particularidade importante, o crescente interesse e necessidade de trabalhar o ambiente em que a pessoa idosa se insere, nomeadamente dar um contributo no âmbito das instituições amigas das pessoas idosas dando continuidade a um projeto já desenvolvido em parceria entre a UI&DE e o HGO. Assente em pressupostos que visam o envelhecimento ativo e saudável da população idosa, a OMS tem lançado várias orientações que visam a pessoa idosa. Falamos por exemplo das cidades e dos cuidados de saúde primários amigos das pessoas idosas (OMS, 2004 e 2007). No entanto o conceito amigo dos idosos presente nas orientações emanadas pela OMS vai muito além de apenas cidades e cuidados de saúde primários, podendo ser adaptado para o ambiente hospitalar. O conceito de hospitais amigos das pessoas idosas surge na medida em que se pretende alterar os comportamentos existentes não adequados às pessoas idosas, fazendo uso de processos e cuidados humanos e tecnológicos, evitando o excesso de morbilidade e mortalidade das pessoas idosas que se verifica aumentar quando estas são hospitalizadas (Huang, Larente e Morais, 2011). Assim, o hospital amigo das pessoas idosas visa igualmente capacitar os profissionais de saúde, informando, educando e treinando competências no cuidado específico às pessoas idosas; sistemas de gestão adequados a este ciclo de vida específico e por último, ambiente físico capaz de dar acesso facilitado a quem tem alterações na mobilidade, visão e audição resultantes do envelhecimento. Em suma todas estas medidas, sendo implementadas irão beneficiar a pessoa idosa, a sua família, os profissionais de saúde e o hospital envolvido (Chiou e Chen, 2009; Tavares, Grácio e Nunes, 2017).

3.2. Descrição Técnica

3.2.1. Revisão crítica da literatura

Assistimos atualmente, quer a nível nacional, quer a nível mundial, ao aumento da população idosa. Os avanços na área da saúde, a melhoria das condições de vida, sociais e económicas, traduzem-se pelo aumento da esperança média de vida, estando este aumento em crescendo como se constata pelos dados estatísticos consultados.

Em Portugal, o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar significativamente, passou de 27,3% em 1960 para 127,8% em 2011 e para 155,4% em 2017. Ou seja, para cada 100 pessoas entre os 0 e os 14 anos existem 155 pessoas com 65 ou mais anos. Entre 2012 e

2017 o número de pessoas idosas aumentou em 180 000, comprovando o envelhecimento demográfico consequência da queda da natalidade e aumento da longevidade, entre outros, estimando-se que cresça de 2.2 milhões para 2.8 milhões entre 2017 e 2080 (INE, 2012 e 2017).

A pessoa idosa é considerada aquela com idade igual ou superior a 65 anos de idade (INE, 2019; Pordata, 2019), similar à idade de reforma atual no nosso país (66 anos). Em países desenvolvidos também esta é a idade de referência que designa a pessoa de idosa, no entanto nos países em desenvolvimento, a idade de referência é 60 anos ou mais, uma vez que apresentam uma menor esperança média de vida com menor acesso aos serviços de saúde e menores condições de vida (Montanholi, Tavares, Oliveira & Simões, 2006).

A pessoa passa a ser considerada como idosa maioritariamente devido à sua idade cronológica embora não exista um consenso mundial sobre o assunto (DGS, 2004). A idade cronológica exerce assim uma grande influência no que diz respeito a caracterizar a pessoa como idosa, embora não seja este o único aspeto que a define como tal. Para o presente projeto decidiu-se utilizar a definição de pessoa idosa como aquela com idade igual ou superior a 65 anos.

O envelhecimento da população traz consigo novos desafios no paradigma do cuidar, desde logo várias doenças crónicas e múltiplas comorbilidades causadoras de dependência.

Cuidar a pessoa numa perspectiva holística passa por reconhecer nessa pessoa o contexto em que se insere como parte interactuante do seu processo de saúde/doença, bem como a identificação das pessoas de referência que possam necessitar de ser chamadas a intervir. Habitualmente a primeira linha de apoio no cuidar passa pelo seio familiar. Um dos cuidados de enfermagem inerente a este cuidado familiar deve passar por constituir e capacitar um elemento familiar como familiar cuidador (FC)¹ (Pereira e Silva, 2012).

Desde há largos anos que se tenta combater o desconhecimento do meio em que a pessoa alvo dos cuidados se insere, existindo um crescente interesse nacional e internacional sobre a rede familiar e o seu meio ambiente por forma a combater a perda de eficácia dos cuidados, potenciando a promoção e prevenção em saúde por meio da colaboração, formação e interligação privilegiada por parte dos profissionais de saúde, o doente e a sua família (OE, 2000; Mulatilo, Taupau, Enoka & Petrini, 2000; Garcia, 2009; Rodrigues, Watanabe & Derntl, 2005; Pereira, 2012; Vieira, Freitas, Brito, Teófilo & Silva, 2013; Teixeira,

¹ O conceito de familiar cuidador será utilizado ao longo do projeto dizendo respeito àquele que cuida da pessoa idosa que em grande parte são membros da família mas não só. Esta designação é muito mais alargada na medida em que pode envolver um cuidador, ou mais, dentro da mesma família, mas também pode dizer respeito a qualquer parente, amigo, parceiro ou vizinho que tem uma relação pessoal significativa e fornece assistência a uma pessoa mais velha ou um adulto com uma condição crónica ou incapacitado (Pereira, citando Caregiver Alliance, 2012).

2015; Ribeiro, Oliveira, Tristão, Santos-Júnior & Farias, 2017; Ris, Schnepf&Imhof, 2018). Este interesse adquire particular relevância com o aumento dos cuidados informais/familiares no domicílio, tal como o estudo promovido pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS) em 2015, em que se constata que Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais prestados por um residente na mesma habitação a nível europeu, 12,4%. De acordo com as conclusões de um estudo empreendido em 2014, a qualidade de vida dos cuidadores que residem na mesma habitação é mais baixa do que a dos não cuidadores, encontrando-se associada a sintomas de depressão (ERS, 2015).

Com a aprovação da proposta de lei nº186/XIII em março deste ano, na qual se reconhece e consagra o papel importante do cuidador informal no apoio à pessoa cuidada² torna-se imperativo cumprir os seus desígnios, nos quais a Enfermagem assume um papel de destaque. A nossa classe profissional pode dar um grande impulso e contributo na medida em que há muito que reconhecemos a importância do papel do cuidador familiar/informal e há muito que promovemos a capacitação para a prestação de cuidados por parte do cuidador.

É sabido que estes cuidadores apresentam uma maior sobrecarga, física e emocional, existindo já diversos estudos que o comprovam (Rodrigues et al., 2005; Muniz, Freitas, Oliveira & Lacerda, 2016). Existe no entanto ainda pouco conhecimento acerca da especificidade dessa sobrecarga no que concerne ao FC que cuida da pessoa idosa com dor crónica. É com base nesta problemática que nasce o interesse em direccionar este projeto para esta temática: quais as necessidades com que se deparam os familiares cuidadores da pessoa idosa com dor crónica. Este conhecimento mais específico irá permitir que nós, enfermeiros, possamos conhecer melhor o familiar cuidador para junto destes intervir, implementando por exemplo medidas que visem manter ou melhorar a sua qualidade de vida, diminuindo potenciais necessidades e/ou sobrecarga detectadas. Como resultado final pretende-se promover não só o cuidado ao FC, mas também, por inerência, à pessoa idosa com dor crónica.

A subjetividade e multidimensionalidade inerente à dor fazem deste um fenómeno que abrange áreas fisiológicas, sensoriais, afetivas, cognitivas, comportamentais e socioculturais da pessoa idosa podendo afetar igualmente o seu FC. Esta multidimensionalidade presente na dor implica por parte dos profissionais de saúde a procura do saber e do saber fazer para dar resposta às necessidades daí emergentes. Este saber deverá ter reflexo nas políticas de saúde junto de instituições, organizações e nos seus principais intervenientes, pessoa idosa e FC. Assim, para além da intervenção junto dos FC através da recolha de dados que permitam detetar as suas necessidades, proponho igualmente dar resposta a uma

² Aquela que necessita de cuidados permanentes por se encontrar em situação de dependência quer seja por doença crónica, deficiência e ou com dependência total ou parcial, transitória ou definitiva, ou qualquer outra situação de fragilidade importante (DR, 2019).

necessidade que passados dezasseis anos sobre a classificação da dor como sinal vital, ainda muitos serviços se deparam: avaliação e registos rigorosos e sistematizados da dor.

A pessoa idosa tem tendência a relatar menor dor do que aquela que está a experienciar, em parte devido à conceção errada de que é normal sentir dor à medida que se envelhece, mas também porque não quer ser “criticada” como queixosa, porque receia submeter-se a mais exames e até mesmo ter de aumentar a medicação a tomar, bem como, receia perder ainda mais a sua independência (Cherubino, Sarzi-Puttini, Zuccaro e Labianca, 2012).

A dor presente em 25% a 50% da população idosa (Stompóretal., 2019; Cravelloetal., 2019) não é uma característica natural e normal do processo de envelhecimento apesar de ser encarada desta forma por muitos profissionais de saúde bem como pela pessoa idosa. A pessoa idosa embora sujeita a experienciar dor aguda, é mais frequentemente sujeita à dor crónica devido ao processo de envelhecimento e das alterações biológicas e fisiológicas que deste advêm.

O enfermeiro pela proximidade e pelo maior contacto que possui com a pessoa idosa durante o seu internamento, deve estar desperto para estas questões, nomeadamente para as repercussões negativas que um ineficaz controlo da dor acarreta. Quando se fala de dor neste grupo etário, emerge como ponto fulcral e crítico a sua avaliação, que deve estar presente na admissão dos doentes em qualquer unidade de saúde. Esta primeira etapa para um ótimo controlo da dor é fundamental, no entanto, os passos seguintes como os registos, intervenções, monitorização e reavaliação possuem igual importância. Numa fase mais avançada deve intervir-se na capacitação da pessoa idosa e do FC para os cuidados no domicílio.

De acordo com os conceitos que foram introduzidos anteriormente, torna-se pertinente a abordagem da temática do FC da pessoa idosa, uma vez que estes cuidadores são um recurso importante nos cuidados à pessoa idosa que reside em casa. É importante que os profissionais de saúde estabeleçam interações com os cuidadores, por forma a adquirir conhecimentos da sua situação do familiar, como sejam as suas necessidades educacionais para cuidar da pessoa idosa, ou as suas necessidades pessoais enquanto pessoas também fragilizadas pelas suas próprias carências em saúde e pelo cuidar do outro (Sunde, Øyen, e Ytrehus, 2018).

Constata-se e tem sido alvo de diversos estudos a sobrecarga do FC da pessoa idosa, manifestada por fenómenos de doença e vulnerabilidade, na medida em que prestam cuidados sem qualquer ensino personalizado, cuidando de uma forma leiga e solidária para com o outro. Quando assumem este papel potenciam alterações à rotina familiar e ao cuidado de si, que conduzem a mudanças na sua própria saúde, repercutindo-se em cansaço, stress, aumento de co-morbilidades às já eventualmente existentes, diminuição da auto-estima, entre outras (Rodrigues, Watanabe e Derntl, 2005; Munizetal, 2016; Ribeiro etal, 2017).

Numa orientação para o cuidado de si ao FC torna-se fundamental no âmbito da enfermagem contribuir para o estudo deste grupo de cuidadores, incluindo-os e envolvendo-os nos planos de cuidados, quer para com eles, quer para a pessoa idosa, tendo como meta final uma prática baseada na evidência que vise promover o desenvolvimento de estratégias de apoio e capacitação através da formulação de políticas de saúde efetivas que contemplem as potencialidades e limitações dos sujeitos envolvidos: pessoa idosa, FC e enfermeiros (Pereira, 2012).

Todas estas reflexões nortearam o propósito e objectivo deste projeto que passará por identificar os problemas dos familiares cuidadores visando promover o seu bem-estar e o cuidado de si para então assegurar sem prejuízo e com eficácia o cuidado do outro, neste caso a pessoa idosa com dor crónica.

Para melhor percebermos o estado da arte relativamente à temática em estudo realizou-se uma revisão integrativa da literatura na medida em que se trata de um método que permite a síntese de conhecimento e a incorporação dos resultados de estudos significativos na prática com base na mais recente evidência científica. O método de revisão integrativa em enfermagem traz rigor no que diz respeito à análise e síntese de dados, e através deste rigor tem o potencial de permitir que conclusões de diversas metodologias sejam aplicadas à prática clínica e a iniciativas de práticas baseadas em evidência. Revisões integrativas rigorosamente desenvolvidas permitem que diversas perspectivas sobre um fenómeno sejam sintetizadas numa base sistemática de conhecimento, formando assim uma base para a prática de enfermagem (Sousa et al, 2017).

Desta forma realizou-se uma leitura aprofundada dos artigos seleccionados que cabiam nos critérios de inclusão (para melhor compreensão e análise foi construída uma tabela com as ideias chave dos artigos e a sua síntese, Tabela I, que pode ser consultada em anexo) a partir da qual se sintetizam a seguir as principais ideias.

A pessoa idosa que carece de cuidados no domicílio apoia os cuidados na pessoa familiar mais próxima, podendo este trabalho não recompensado monetariamente recair sobre uma esposa, marido, filho(a), ou outros (Umegaki et al., 2013; Kim e Yeom, 2016).

É de extrema importância a manutenção de uma boa convivência familiar para ultrapassar as dificuldades emergentes de um processo de doença. Se o suporte emocional de base da família for forte previamente à necessidade do cuidar, será mais fácil para o FC lidar com sintomas depressivos e sobrecarga proveniente desses cuidados, mantendo ou melhorando o seu conceito de saúde e não experienciando vivências negativas quer para si, quer para e com a pessoa idosa (Okamoto e Harasaka, 2009).

Um outro achado prende-se com a rede de apoio formal, que se constata existir nos mais diversos contextos analisados, mas com falhas na interligação com as pessoas envolvidas (FC e pessoa idosa). Essas falhas devem-se a fragmentação da informação sobre os apoios

existentes aos que dele necessitam (Willemseetal., 2016) ou por ausência de reconhecimento dessa necessidade de apoio por parte do FC e da pessoa idosa (Friedmanetal, 2013).

Para Kim e Yeom (2016) não são estas redes de apoio formal que potenciam ou não a sobrecarga do FC no cuidar mas sim o bom funcionamento/convivência familiar. As redes de apoio surgem não como aliviadores dessa sobrecarga mas sim como agentes que podem ter a sapiência para criar o bom funcionamento familiar perante a doença, de onde então emergirão díades de cuidados benéficos para ambos. Essa mesma díade pode ser potenciada segundo o modelo do *SharedCare* que assenta na interação do cuidado familiar com base em três premissas sobre o cuidar: comunicação, tomada de decisão e reciprocidade, não agindo um sem o conhecimento e aprovação do outro (Sebern, 2005).

Por outro lado, para Umegakieta. (2013), é a introdução dessa rede de apoio formal que potencia a diminuição dos sentimentos de sobrecarga.

É pertinente afirmar que a díade FC e pessoa idosa é de extrema importância no cuidar, mas não menos importante é o estudo e determinação de qual a importância do apoio formal que lhes pode ser fornecido, neste caso, pelos enfermeiros. Poderemos falar inclusive em uma tríade de cuidados que assenta num modelo relacional de interação e reciprocidade entre FC, pessoa idosa e enfermeiro. É nesta tríade que se podem desenvolver abordagens do cuidar centradas na família mas que capacitem o FC de manter as anteriores rotinas familiares, a intimidade para com a pessoa idosa pré-existente à doença, permitindo igualmente uma partilha de cuidados com o enfermeiro no qual se tornam mais seguros e com perícia no cuidar do outro e, inevitavelmente, no cuidado de Si (Gomes, 2016; Ris etal, 2017). O futuro dos cuidados em enfermagem passará por envolver de forma mais assídua e hábil o FC, cabendo aos enfermeiros um papel crucial nesta tríade de cuidados através do desenvolvimento de estratégias e políticas de saúde capacitadoras para todos. Mas para poder criar todas estas medidas é necessário trabalhar em parceria não apenas com a pessoa idosa, mas principalmente com o FC que se vê perante um novo papel na sua vida para o qual poderá não estar preparado. Embora para alguns esse papel possa ser recompensador, para outros torna-se desgastante na medida em que afeta o seu dia-a-dia, a sua saúde e bem-estar, exigindo de si esforços físicos e psicológicos (Pereira e Silva, 2012). Compreender as suas vivências e sentimentos face ao papel que exerce perante a pessoa idosa carente de cuidados é também uma necessidade em Enfermagem para uma abordagem holística do cuidar, ao qual espero dar o contributo com a realização deste projeto enfatizando a promoção do Cuidado de Si actuando em parceria perante o FC e a pessoa idosa.

Com o envelhecimento populacional surgem novas formas de cuidar, novas filosofias que tendem a ser centradas na pessoa e na sua família onde se promove o respeito, partilha, participação e colaboração de todos visando cuidados adequados às necessidades das pessoas idosas e dos seus familiares cuidadores. O conceito de parceria surge como o

expoente desse cuidar assente na tríade pessoa idosa, FC e enfermeiro. É através de cuidados em parceria que se desenvolvem ambientes capacitadores para todos fomentando o envelhecimento ativo (Lopes, 2013). Ao falarmos em processo de parceria faz todo o sentido falar em Cuidado de Si. A parceria que se estabelece permitirá o cuidado de Si (como Si próprio) e o Cuidado de Si (como um cuidado do Outro) mantendo sempre a individualidade da pessoa e o do seu projeto de vida, sem nunca esquecer a sua autonomia nas tomadas de decisão. O papel do enfermeiro passa por criar essa parceria de cuidados entre todos os intervenientes promovendo e capacitando cada um para o Cuidado de Si, que se reflecte no assumir e assegurar o cuidado de si próprio e do outro. Este processo desenrola-se em cinco fases: **revelar-se, envolver-se, capacitar ou possibilitar, comprometer-se e assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro**. O desenvolvimento destas fases por meio de uma acção conjunta entre os intervenientes, permite à pessoa assumir o controlo do seu projeto de vida e saúde, prosseguindo a sua trajectória de vida (Lopes, 2013; Gomes, 2016). Com este projeto pretende-se promover o Cuidado de Si do FC, e que este assuma o cuidado de si próprio para então conseguir assegurar com mestria o cuidado do outro - a pessoa idosa com dor crónica.

3.2.2. Plano de Trabalho e Métodos

- Metodologia

Para a concretização do projeto, são vários os desenhos mentais que esperamos transpor para a realidade. Pretendemos que seja um projeto que possa sair do papel e ter uma aplicabilidade diária no contexto de prática de cuidados, aumentando e enaltecendo o cuidar em enfermagem, pois julgamos que se traduzirá na prática, por ganhos em aprendizagem para a Enfermagem, mas essencialmente por ganhos em saúde para a pessoa idosa e o FC. Um projeto que é definido como um “planeamento de um trabalho a ser executado, tem como função elaborar estratégias, definir ações para solucionar um determinado problema e perspetivar resultados” (Botelho, 2013). O presente projeto terá por base a metodologia de projeto na medida em que sustenta e empreende a concretização de cinco etapas (Botelho, 2013):

- 6. Diagnóstico de situação: identificação e definição do problema com análise da situação e aprofundamento do tema;**
- 7. Planeamento: após identificação do problema, são delineadas actividades/estratégias e critérios de avaliação para dar resposta aos objetivos propostos, bem como o cronograma do projeto;**

8. **Execução:** será a operacionalização do projeto (por meio da realização de estágio que decorrerá entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020);
9. **Avaliação:** no decorrer do projeto e no final do mesmo, permitindo uma constante melhoria e alteração, quando necessário, entre a execução e os objetivos delineados para atingir os resultados esperados;
10. **Divulgação dos resultados:** no final é esperado que sejam divulgados os resultados por forma a dar visibilidade ao mesmo, bem como o contributo e impacto que teve no grupo de intervenção visado, mas também em termos de cuidados de enfermagem e melhoria na prestação de cuidados a nível organizacional. Passa por desenvolver os cuidados em saúde na medida em que abraça naturalmente, sem obrigatoriedade mas com sentido de responsabilidade, as funções desempenhadas por cada enfermeiro (Suhonen&Paasivaara, 2011).

- Diagnóstico do problema/ situação clínica - ANÁLISE SWOT

Uma das análises mais frequentemente usadas em gestão é a análise *SWOT* (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*). Esta técnica, permite-nos olhar para uma problemática sob diversos prismas, analisando os pontos fortes, fracos, as oportunidades e ameaças ao projeto e assim, delinear áreas de intervenção de modo a melhorar ou eliminar esse dado problema. Assim, deparo-me com o seguinte:

SWOT

PONTOS FORTES (*Strengths*):

PONTOS FRACOS (*Weaknesses*):

FATORES INTERNOS

(Organização)

Problema identificado a nível organizacional (■■■■ e ■■■■);

Equipa dinâmica (■■■■) e jovem (■■■■), receptivas a novos projetos;

Coordenação de enfermagem receptiva na implementação do projeto (■■■■ e ■■■■);

Interação e relacionamento positivos entre equipas de enfermagem e médica;

Existência de espaço físico para realização de intervenções educativas (■■■■);

Sem custoeconómico para as instituições envolvidas;

Défices nos conhecimentos da equipa de enfermagem sobre a especificidade da pessoa idosa com dor crónica (■■■■);

Possibilidade de renitência na adesão por alguns elementos (■■■■);

Limitação no tempo disponível para a participação em intervenções educativas;

Espaço físico limitado para recolha de dados (■■■■);

Equipa pouco experiente/jovem (■■■■) e com elevada rotatividade;

Oportunidades (Opportunities):

Ameaças (Threats):

FATORES EXTERNOS

(Ambiente)

Elevada percentagem de utentes com mais de 65 anos de idade em ambas as instituições;

Oportunidade de continuidade de projeto já existente, agora no âmbito do FC;

Capacidade de dar resposta às indicações emanadas pelos estudos/artigos consultados que referem ser necessário um maior contributo na área de intervenção que recai sobre o FC;

Promoção de cuidados centrados na pessoa, em particular ao FC e à pessoa idosa com dor crónica;

Curto espaço de tempo para desenvolvimento do projeto;

Possibilidade de renitência na participação do projeto pelos FC (■■■■);

Despreocupação para com a temática;

Ausência do FC no acompanhamento da pessoa idosa à UD;

Limitação no tempo disponível do FC para recolha de dados;

3.3. Descrição das tarefas e resultados esperados

Da lacuna existente entre: os cuidados para com o FC que cuida da pessoa idosa com dor, neste caso crónica, no domicílio, e o desconhecimento e tratamento ineficazes da dor em

alguns contextos do nosso quotidiano profissional, emergiu a problemática que este projeto visa abordar. Reconhecer o papel fulcral do FC e investigar as suas necessidades/dificuldades emergentes que alteram o cuidado de Si, bem como avaliar, monitorizar e intervir sobre a dor equiparando-a ao quinto sinal vital permite, não apenas dignificar a pessoa idosa, melhorando a sua qualidade de vida, bem como aquele que cuida, criando uma prática de cuidados de enfermagem de qualidade que creio todos almejarmos através da promoção do Cuidado de Si.

Deste modo, proponho como objetivos gerais/principais para este projeto, os seguintes:

- 1. Desenvolver competências de Enfermeira Mestre e Especialista nos cuidados ao FC e à Pessoa Idosa através de uma intervenção em parceria que promova o Cuidado de Si;**
- 2. Avaliar as necessidades do FC da Pessoa Idosa com dor crónica;**
- 3. Capacitar os enfermeiros com conhecimentos que permitam avaliar e monitorizar sistematicamente a dor na pessoa idosa em contexto hospitalar;**

De seguida, sob a forma de quadro, são apresentados os objetivos específicos, actividades e estratégias e critérios de avaliação para cada objetivo geral delineado.

OBJETIVO GERAL		
1. Desenvolver competências de Enfermeira Mestre e Especialista nos cuidados ao FC e à Pessoa Idosa através de uma intervenção em parceria que promova o Cuidado de Si		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES E ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
Aprofundar conhecimentos sobre a pessoa idosa e pessoa idosa com dor crónica	Pesquisa bibliográfica e revisão integrativa da literatura sobre: o processo de envelhecimento; a pessoa idosa, dor, dor crónica, intervenções e cuidados específicos neste grupo etário e sobre FC;	Realiza pesquisa bibliográfica e revisão integrativa de literatura pertinente e actual; Reflecte e interioriza conhecimentos adquiridos;
Aprofundar conhecimentos sobre o FC da pessoa idosa com dor crónica	Realização de estágio em UD (■■■■);	Mobiliza, integra e transfere conhecimentos para a prática;
Intervir em parceria junto do FC e da pessoa idosa com dor crónica promovendo o Cuidado de Si	Realização de estágios em UD (■■■■) e Serviço de Internamento (Piso ■■■■); Prestação de cuidados à pessoa idosa e ao FC por meio de promoção da saúde, colheita de dados, planeamento, execução e avaliação das intervenções delineadas; Promoção do Cuidado de Si através do diagnóstico e caracterização do FC e da pessoa idosa com dor crónica; Planeamento de cuidados em parceria com o FC e a pessoa idosa com dor crónica visando o projeto de vida e de saúde individuais; Promoção do desenvolvimento profissional e cultura organizacionais no que diz respeito aos cuidados à pessoa idosa e FC; Aquisição de competências de Enfermeiro Especialista no cuidado ao FC e à pessoa idosa com dor crónica;	Cumprir os tempos de estágio definidos em cada local; Integra diferentes dimensões do exercício profissional; Mobiliza, integra e transfere conhecimentos para a prática; Valida com enfermeira e docente orientadora o seu percurso e conhecimentos; Promove ambiente calmo e seguro com base numa conduta profissional responsável, ética e legal; Faz uso de uma comunicação clara e objectiva que permita recolha de informações para caracterização do FC e pessoa idosa com dor; Constrói um processo de parceria com o FC e pessoa idosa com dor, adotando o modelo de parceria como modelo de cuidados de enfermagem;

	<p>Aquisição de competências de Mestre orientado por quadros de referência de Enfermagem e de modelos de cuidados de Enfermagem na área da Pessoa Idosa;</p>	<p>Desenvolve competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados de enfermagem especializados na área médico-cirúrgica, na vertente da pessoa idosa; desenvolve investigação pertinente e relevante contribuindo para a prática de enfermagem;</p> <p>Desenvolve competências de mestre por meio de aquisição de conhecimentos aprofundados sobre o FC e a pessoa idosa com dor crónica; contempla os projetos de vida; revela julgamento clínico e tomada de decisões pertinentes específicas perante este grupo populacional;</p> <p>Acrescenta conhecimento em enfermagem no domínio do FC e pessoa idosa com dor crónica;</p> <p>Presta cuidados tendo por base o processo de parceria com vista a promover o Cuidado de Si;</p>
--	--	--

OBJETIVO GERAL

2. Avaliar as necessidades do FC da Pessoa Idosa com dor crónica

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES E ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>Realizar diagnóstico de situação com a equipa de enfermagem e/ou multidisciplinar sobre a temática do FC e as suas necessidades</p>	<p>Pesquisa bibliográfica e revisão integrativa da literatura sobre FC e as suas necessidades/dificuldade;</p> <p>Realização de estágio em UD (██████);</p>	<p>Realiza pesquisa bibliográfica e revisão de literatura pertinente e actual;</p> <p>Usa pensamento crítico e método de trabalho científico;</p> <p>Recolhe com eficácia e pertinência as necessidades/dificuldades da equipa de enfermagem da UD nos cuidados ao FC e as necessidades do FC da pessoa idosa com dor crónica;</p>

<p>Realizar diagnóstico de situação sobre as necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica</p>	<p>Continuidade de projeto já desenvolvido anteriormente na UD em parceria com a UI&DE na pessoa da Professora Idalina Gomes, no âmbito das Instituições de Ensino e de Saúde amigas das pessoas idosas, e que agora terá continuidade pela vertente da promoção do cuidado de Si ao FC da pessoa idosa com dor crónica;</p> <p>Abordagem ao FC para participação no projeto;</p> <p>Colheita de dados (recolha de dados por meio de entrevista/questionário/escala – a definir);</p> <p>Elaboração de um guia com os resultados da colheita de dados para posterior análise e futura formulação de intervenções perante o FC;</p> <p>Apresentação de resultados à equipa multidisciplinar da UD (e equipa académica na pessoa da professora orientadora);</p>	<p>Mobiliza, integra e transfere conhecimentos para a praxis;</p> <p>Dá continuidade a projeto de parceria entre UI&DE e UD;</p> <p>Promove uma UD amiga das pessoas idosas;</p> <p>Aborda o FC usando comunicação clara e objectiva em ambiente que transmita segurança que obedeça a uma prática profissional responsável, ética e legal;</p> <p>Elabora guia com resultados do diagnóstico realizado junto dos FC;</p> <p>Atua junto dos pares como um modelo de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e da Enfermagem apresentando resultados do seu projeto;</p>
<p>Intervir junto do FC da pessoa idosa com dor crónica em parceria promovendo o Cuidado de Si</p> <p>Promover o desenvolvimento profissional e a cultura organizacional das instituições por meio de cuidados ao FC da pessoa idosa com dor crónica com práticas baseadas na evidência</p>	<p>Aplicação dos resultados encontrados na formulação de estratégias da promoção do Cuidado de Si no FC;</p> <p>Elaboração de estudo de caso;</p> <p>Prestação de cuidados de enfermagem ao FC da pessoa idosa com dor crónica;</p> <p>Capacitação do FC para desempenhada tarefa de cuidador;</p> <p>Prestação de suporte emocional; promoção, divulgação e se necessário instituição de medidas formais de suporte;</p>	<p>Intervém em parceria junto do FC;</p> <p>Formula estratégias para a promoção do Cuidado de Si do FC;</p> <p>Reúne com enfermeira e docente orientadora para validação de estratégias promotoras do Cuidado de Si;</p> <p>Reflete sobre as práticas;</p> <p>Elabora estudo de caso;</p> <p>Presta cuidados de enfermagem ao FC, capacita-o e apoia-o nas suas necessidades enquanto cuidador;</p> <p>Promove e divulga medidas formais de suporte ao FC;</p>

OBJETIVO GERAL		
3. Capacitar os enfermeiros com conhecimentos que permitam avaliar e monitorizar sistematicamente a dor na pessoa idosa em contexto hospitalar		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES E ESTRATÉGIAS	CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO
<p>Aprofundar conhecimentos sobre avaliação e monitorização da dor na pessoa idosa</p> <p>Integrar uma equipa especializada no tratamento da dor crónica (UD do [REDACTED])</p>	<p>Pesquisa bibliográfica e revisão da literatura sobre dor na pessoa idosa;</p> <p>Aquisição de conhecimentos sobre os instrumentos de avaliação de dor;</p> <p>Realização de estágio em UD ([REDACTED]);</p>	<p>Reúne artigos pertinentes, atuais e de interesse sobre a temática;</p> <p>Reconhece os instrumentos de avaliação da dor;</p> <p>Mobiliza conhecimentos para agir em situação de prestação de cuidados;</p>
<p>Apresentar e divulgar o projeto a nível organizacional perante a equipa de enfermagem ([REDACTED])</p> <p>Realizar diagnóstico de situação com a equipa de enfermagem sobre a temática da dor ([REDACTED])</p>	<p>Realização de reunião com enfermeiro coordenador, orientador e responsáveis de equipa (elo de ligação para os restantes pares);</p> <p>Realização de estágio em serviço de internamento ([REDACTED]);</p> <p>Formulação e aplicação de pequeno questionário sobre a temática da dor aos enfermeiros no local de trabalho (permite assim despertar o interesse para a temática da dor através da auto-reflexão);</p>	<p>Promove uma prática profissional responsável, ética e legal;</p> <p>Cativa o interesse dos pares;</p> <p>Reúne pontos de apoio junto dos restantes responsáveis de equipa- agentes facilitadores;</p> <p>Analisa as respostas, identifica as dificuldades sentidas pelos enfermeiros em relação aos conhecimentos sobre dor;</p>
<p>Intervenções educativas aos enfermeiros (formação em serviço)</p>	<p>Planeamento e realização de intervenções educativas aos enfermeiros sobre dor (a delinear mediante as necessidades encontradas);</p>	<p>Planeia as intervenções dando resposta às principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros;</p> <p>Realiza as intervenções educativas com habilidade comunicacional, cativa os participantes, transmite informação pertinente e adequada (pessoa idosa, fisiopatologia, instrumentos de avaliação, tratamento e controlo da dor,...)</p>

<p>Promover a avaliação e monitorização sistemáticas da dor</p> <p>Avaliar da aplicabilidade do instrumento escolhido (avaliação e monitorização sistemáticas da dor pelos enfermeiros)</p>	<p>Implementação de escala de avaliação da dor no serviço de internamento;</p> <p>Elaboração de um dossier disponível para consulta com uma recolha de toda a informação pertinente sobre a temática: fisiopatologia, dor, a pessoa idosa com dor, instrumentos de avaliação, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, artigos e estudos....</p> <p>Monitorização dos registos e das intervenções dos enfermeiros junto da pessoa idosa com dor por meio de consulta de processo clínico, entrevista e observação direta, identificando as lacunas;</p> <p>Planeamento e realização de intervenções educativas aos enfermeiros sobre dor (a delinear mediante as necessidades encontradas);</p>	<p>Identifica as diversas escalas de avaliação da dor. Escolhe uma adequada ao serviço e contexto de formação;</p> <p>Elabora dossier de fácil acesso e consulta para esclarecimento de dúvidas;</p> <p>Elabora e implementa (mediante aprovação) norma orientadora e clarificadora para consulta sobre a avaliação e registo sistemáticos da dor;</p> <p>Consulta processos clínicos, monitorizando os registos efetuados e intervenções dos pares perante a dor;</p> <p>Identifica necessidades de novas intervenções educativas; Realiza novas intervenções educativas se necessário;</p> <p>Aborda os enfermeiros encorajando-os a manter o projeto ativo.</p> <p>Melhora a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor, reduzindo o impacto desta em contexto de internamento e conseqüentemente nos restantes síndromes geriátricos;</p> <p>Cria grelha/questionário de avaliação do projeto para aplicar nos enfermeiros;</p>
<p>Avaliação do projeto</p>	<p>Formulação de ficha avaliativa junto dos enfermeiros de modo a perceber as mudanças geradas através da implementação do projeto (pessoais, profissionais e organizacionais);</p> <p>Realização de sessão formal de apresentação dos resultados no serviço de internamento;</p> <p>Elaboração de relatório final de estágio;</p>	<p>Reflete imparcialmente sobre o impacto do projeto;</p> <p>Promove a auto avaliação e auto reflexão;</p> <p>Promove a melhoria da cultura organizacional;</p> <p>Contribui para a reflexão conjunta das práticas de enfermagem e qualidade dos cuidados perante a pessoa idosa;</p>

		<p>Mobiliza os modelos conceituais para a praxis, e a praxis para o desenvolvimento de competências relatadas por meio do relatório final;</p> <p>Atua junto dos pares como um modelo de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem e da Enfermagem</p> <p>Reúne com enfermeira e docente orientadora para validação de estratégias;</p> <p>Elabora e entrega relatório final de estágio no tempo delineado;</p>
--	--	--

3.4 Cronograma de actividades

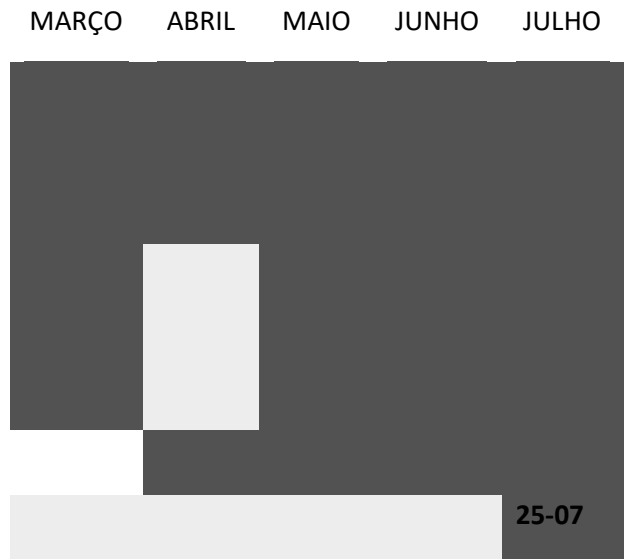
3.4.1. Cronograma do 2º Semestre

- Aprofundar conhecimentos capacitando a agir em situação na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor crónica e ao familiar cuidador (abordagem holística)
- Contacto com os locais de estágio:

Trabalho de Campo

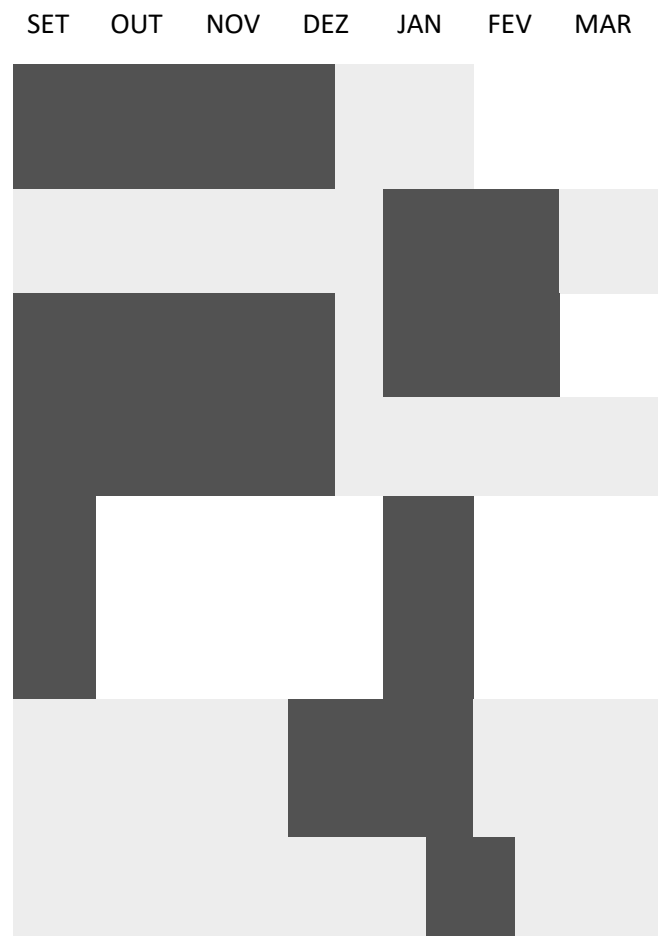
Orientação Tutorial

- Elaboração do Projeto de Estágio
- Entrega do Projeto de Estágio



3.4.2. Cronograma do 3º Semestre

- Realização de Estágio em local especializado em dor (UD - [REDACTED])
- Realização de Estágio em contexto hospitalar ([REDACTED])
- Prestação de cuidados à pessoa idosa (mobilização de conhecimentos)
- Prestação de cuidados ao FC (recolha de dados e mobilização de conhecimentos)
- Apresentação e divulgação do projeto perante a equipa de enfermagem
- Aplicação de questionário para diagnóstico da situação
- Elaboração de um guia com os resultados da colheita de dados sobre os familiares cuidadores
- Realização de intervenções educativas aos enfermeiros



- Elaboração e implementação de norma sobre a avaliação e registo sistemático da dor
- Avaliação dos registos e intervenções de enfermagem à pessoa idosa com dor
- Novas ações educativas se registos e intervenções ineficazes
- Apresentação dos resultados
- Elaboração do relatório final de estágio
- Entrega do relatório final de estágio



4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto
- Botelho, M.A.R. (2013) Desenho, preparação e aprovação de um projecto. 4º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Aulas de mestrado: Opção II. ESEL.
- Cherubino, P., Sarzi-Puttini, P., Zuccaro, S. M., & Labianca, R. (2012). The management of chronic pain in important patient subgroups. *Clinical Drug Investigation*, 32 Suppl 1, 35–44. <https://doi.org/10.2165/11630060-000000000-00000>
- Chiou, S.-T., & Chen, L.-K. (2009). Towards age-friendly hospitals and health services. *Archives of Gerontology & Geriatrics*, 49, S3–S6. [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(09\)70004-4](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(09)70004-4)
- Cravello, L., Di Santo, S., Varrassi, G., Benincasa, D., Marchettini, P., de Tommaso, M., ... Caltagirone, C. (2019). Chronic Pain in the Elderly with Cognitive Decline: A Narrative Review. *Pain and Therapy*, 8(1), 53–65. doi:10.1007/s40122-019-0111-7
- Collière, M.F. (1999). *Promover a Vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: LIDEL.
- Direcção-Geral da Saúde, DGS. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Divisão de Doenças genéticas, Crónicas e Geriátricas. Circular normativa nº13
- Entidade Reguladora da Saúde, ERS. (2015). *Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos*. Consultado a 09-06-2019. Disponível em <http://www.ers.pt>
- Friedemann, M.-L., Newman, F. L., Buckwalter, K. C., & Montgomery, R. J. V. (2014). Resource need and use of multiethnic caregivers of elders in their homes. *Journal of Advanced Nursing*, 70(3), 662–673. <https://doi.org/10.1111/jan.12230>
- Garcia, C.I.R.S. (2009) Tradução e Validação do Consequences of Care Index Um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga do familiar cuidador. *Pensar Enfermagem*. 13, 39-48.
- Gomes, I.D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Pereira Lopes (coord). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa-da investigação à prática* (pp. 77-113). Loures: UI&DE e Lusociência.

Gomes, I.D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

Huang, A. R., Larente, N., & Morais, J. A. (2011). Moving Toward the Age-friendly Hospital: A Paradigm Shift for the Hospital-based Care of the Elderly. *Canadian Geriatrics Journal: CGJ*, 14(4), 100–103. <https://doi.org/10.57700/cgj.v14i4.8>

Instituto Nacional de Estatística – INE (2017). Estatísticas demográficas 2017. Lisboa: INE. Consultado a 09-06-2019. Disponível em <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2019). Tábuas de Mortalidade para Portugal 2016-2018. Consultado a 09-06-2019. Disponível em <http://www.ine.pt>

Le Boterf, G. (1994). Modelos de aprendizagem em alternância na comunidade: cinco desafios a enfrentar. *Revista Formar: revista de formadores*. (10). 40-46.

Lopes, M.J. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Coimbra: Formasau.

Lopes, A.P. (2013) O cuidado de enfermagem à pessoa idosa- da investigação à prática. Loures: UI&DE e Lusociência.

Kim, E.Y., & Yeom, H.E. (2016). Influence of home care services on caregivers' burden and satisfaction. *Journal of Clinical Nursing*, 25(11–12), 1683–1692. <https://doi.org/10.1111/jocn.13188>

Montanholi, L., Tavares, D., Oliveira, G., Simões, A. (2006). Ensino sobre idoso e gerontologia: visão do discente de enfermagem no estado de Minas Gerais. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(4): 663-671. Florianópolis.

Mulatilo, M. A., Taupau, T., & Enoke, I. (2000). Teaching families to be caregivers for the elderly. *Nursing & Health Sciences*, 2(1), 51–58. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2000.00039.x>

Muniz, Emanuel Avelar, Freitas, Cibelly Aliny Siqueira Lima, Oliveira, Eliany Nazaré, & Lacerda, Maria Ribeiro. (2016). Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 40(110), 172-182. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611013>

Okamoto, K., & Harasawa, Y. (2009). Emotional support from family members and subjective health in caregivers of the frail elderly at home in Japan. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 49(1), 138–141. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.06.003>

Ordem dos Enfermeiros (2000). *A cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

OMS (2004). *Towards Age-friendly Primary Health Care*. Geneva.

OMS (2007). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Pereira, D. C. (2012). Avaliação inicial do familiar cuidador: estudo de adequação de um instrumento. (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,shib,uid&db=edsrca&AN=rcaap.com.esep.10400.26.9341&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>

Pereira, I. e Silva, A. (2012). Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel. *Pensar Enfermagem*. 16, 42-54.

Pordata (2019). Indicadores de Envelhecimento. Consultado a 12-06-2019 em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

Regulamento nº140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Ordem dos Enfermeiros, *Diário da República*, 2ª Série (Nº26 de 06-02-2019). 4744-4750. Consultado a 17/07/2019 em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Ribeiro, B., Oliveira, S., Tristão, F., Santos-Júnior, J. R., & Farias, T. (2017). Práticas de si de cuidadores familiares na atenção domiciliar. *Revista Cuidarte*, 8(3), 1809–1825. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.429>

Rodrigues, S. L. A., Watanabe, H. A. W., & Derntl, A. M. (2006). [The health of the elderly that care for elders]. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 40(4), 493–500. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=17310565&lang=pt-pt&site=ehost-live>

Pereira, D. (2012). *Avaliação inicial do familiar cuidador: estudo de adequação de um instrumento*. (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,shib,uid&db=edsrca&AN=rcaap.com.esep.10400.26.9341&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>

Pereira, D. C. (2015). Avaliação inicial do familiar cuidador : estudo de adequação de um instrumento.

Ris, I., Schnepf, W., &MahrerImhof, R. (2019).An integrative review on family caregivers' involvement in care of home-dwelling elderly. *Health & Social Care In The Community*, 27(3), e95–e111. <https://doi.org/10.1111/hsc.12663>

Sebern M. (2005). Shared care, elder and family member skills used to manage burden. *Journal of Advanced Nursing (Wiley-Blackwell)*, 52(2), 170–179. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03580.x>

Sousa, Lia et al. Necessidades dos cuidadoresfamiliares de pessoas com demência a residir no domicílio: revisãointegrativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [online]. 2017, n.spe5 [citado 2019-04-10], pp.45-50. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602017000200008&lng=pt&nrm=iso>.ISSN16472160. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0166>.

Stompór, M., Grodzicki, T., Stompór, T., Wordliczek, J., Dubiel, M., &Kurowska, I. (2019).Prevalence of Chronic Pain, Particularly with Neuropathic Component, and Its Effect on Overall Functioning of Elderly Patients. *Medical Science Monitor: International Medical Journal Of Experimental And Clinical Research*, 25, 2695–2701. <https://doi.org/10.12659/MSM.911260>

Suhonen, M., &Paasivaara, L. (2011). Nurse managers' challenges in project management. *Journal Of Nursing Management*, 19(8), 1028-1036. Doi:10.1111/j.1365-2834.2011.01324.x

Sunde, O. S., Øyen, K. R., &Ytrehus, S. (2018). Do nurses and other health professionals' in elderly care have education in family nursing? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 280–289.<https://doi.org/10.1111/scs.12459>

Tavares, João, Grácio, Joana, &Nunes, Lisa. (2017). Assessment of hospital environments and policies: seeking an age-friendly hospital. *RevistaBrasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20(2), 254-258. <https://dx.doi.org/10.1590/1981-22562017020.160095>

Teixeira, M.J.C. (2015) Impacto dos ProgramasEducativosnosMembros da FamíliaPrestadores de Cuidados de Pessoas em Fase Terminal - RevisãoIntegrativa.*PensarEnfermagem* 19, 2-18.

Umegaki, H., Yanagawa, M., Nonogaki, Z., Nakashima, H., Kuzuya, M., & Endo, H. (2014). Burden reduction of caregivers for users of care services provided by the public long-term care

insurance system in Japan. *Archives Of Gerontology And Geriatrics*, 58(1), 130–133. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.08.010>

Vieira, L., Freitas, C., Brito, M., Teófilo, F. K., & Silva, M. J. (2013). The Elderly and the Family Caregiver: The Home Care in the Light of Imogene King. *Journal of Nursing UFPE / Revista de Enfermagem UFPE*, 7(9), 5500–5509. <https://doi.org/10.5205/reuol.3529-29105-1-SM.0709201318>

Willemse, E., Anthierens, S., Farfan-Portet, M. I., Schmitz, O., Macq, J., Bastiaens, H., ...Remmen, R. (2016). Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. *BMC Health Services Research*, 16, 270. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1487-2>

ANEXOS

APÊNDICE III- Projeto de Investigação submetido à Comissão de Ética

Exmo. Presidente do Conselho de Administração do Hospital ██████████

Assunto: Pedido de autorização para a realização de projeto de investigação denominado: “*A Promoção do Cuidado de Si no Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com Dor Crónica*”

Eu, Idalina Delfina Gomes, docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e investigadora da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) na qualidade de Investigadora Principal venho por este meio solicitar a autorização do projeto de investigação acima referido, da estudante Vera Santos, que se encontra a frequentar o 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa da ESEL. A referida estudante irá desenvolver um projeto de estágio com trabalho de investigação, com o título “*A Promoção do Cuidado de Si no Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com Dor Crónica*”.

O projeto de investigação decorrerá entre novembro de 2019 e fevereiro de 2020 no Centro Multidisciplinar Dor ██████████ (CMD ██████████), integrando o projeto “Centro Multidisciplinar Dor Amigo das Pessoas Idosas” a decorrer no CMD ██████████.

O projeto “*A Promoção do Cuidado de Si no Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com Dor Crónica*” terá como **objetivo geral**: Identificar as dificuldades/necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica que recorre ao CMD ██████████ para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam o cuidado de Si. Definiram-se como **objetivos específicos**:

- Caracterizar o familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica;
- Identificar as dificuldades/necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica;
- Intervir no familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica para a promoção do Cuidado de Si e do Outro.

Junto anexo os seguintes documentos:

- Resumo do Projeto de Investigação
- Consentimento esclarecido aos participantes
- Resumo Biográfico dos investigadores

Lisboa, ____ de _____ de 2019

Atenciosamente e com os melhores cumprimentos,

Pede deferimento

(Idalina Delfina Gomes)

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Eu, Alexandra Reis, Diretora Clínica do Centro Multidisciplinar de Dor [REDACTED] do [REDACTED], autorizo que seja realizado o estudo intitulado “*A promoção do Cuidado de Si no familiar da pessoa idosa com dor crónica*”, integrado no projeto denominado “Centro Multidisciplinar Dor Amigo das Pessoas Idosas”, que se encontra a decorrer no Centro Multidisciplinar de Dor [REDACTED] do Hospital [REDACTED].

[REDACTED], ____ de _____ de _____

AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Eu, Madalena Mela, Enfermeira Responsável do Centro Multidisciplinar de Dor [REDACTED] do [REDACTED], autorizo que seja realizado o estudo intitulado “*A promoção do Cuidado de Si no familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica*”, integrado no projeto denominado “Centro Multidisciplinar Dor Amigo das Pessoas Idosas”, que se encontra a decorrer no Centro Multidisciplinar de Dor [REDACTED] do Hospital [REDACTED].

[REDACTED], ____ de _____ de _____

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Título: A Promoção do Cuidado De Si no Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com Dor Crónica

Data de início: Novembro de 2019

Data de término: Fevereiro de 2020

Entidades Envolvidas:

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE)

Centro Multidisciplinar Dor (CMD) do Hospital

Identificação dos Investigadores:

- **Professora Doutora Idalina Delfina Gomes**
(docente da ESEL, investigadora da UI&DE; Doutoramento em Enfermagem, Mestrado em Comunicação e Saúde)
- **Vera Cristina Crespo dos Santos**
(aluna do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa ministrado na ESEL; Mestrado Gestão em Enfermagem- ESEL)

Contato dos investigadores:

- **Idalina Delfina Gomes**
Endereço eletrónico: idgomes@esel.pt
- **Vera Cristina Crespo Santos**
Endereço eletrónico: verasantos@campus.esel.pt

INTRODUÇÃO:

Assistimos atualmente ao aumento da população idosa quer a nível nacional, quer a nível internacional. Em Portugal, o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar significativamente, passou de 27,3% em 1960 para 127,8% em 2011 e para 155.4% em 2017,

ou seja, em cada 100 pessoas entre os 0 e os 14 anos existem 155 pessoas com 65 ou mais anos (INE, 2017 e 2019).

O envelhecimento da população traz novos desafios no paradigma do cuidar, um deles prende-se como aumento de pessoas idosas portadoras de doenças crónicas como seja a dor crónica.

Os cuidados de enfermagem que a pessoa idosa com dor crónica necessita devem incluir e não dissociar a pessoa do seu contexto de vida/ambiente. Este cuidar numa perspectiva holística passa por prestar cuidados de enfermagem, não só à pessoa idosa com dor crónica *per si*, mas igualmente à sua família/familiar cuidador uma vez que o indivíduo existe pela sua família e na sua família (OE, 2000).

Os cuidadores familiares no geral são tidos como parceiros no cuidar, usados como recurso para benefício do doente, não sendo ainda encarados como alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde. O familiar cuidador³ da pessoa idosa com dor crónica é relegado para segundo plano face às queixas de dor com poucos dados em literatura sobre a temática, nacional e internacionalmente, daí a importância de avaliar quais as suas dificuldades/necessidades enquanto pessoa e cuidador (Ataka, Okoshi & Abreu, 2017).

Estudos referem que muitos cuidadores apresentam uma maior sobrecarga física e emocional e embora, para alguns cuidares familiares, esse papel possa ser recompensador, para outros torna-se desgastante na medida em que afeta o seu dia-a-dia, a sua saúde e bem-estar, exigindo de si esforços físicos e psicológicos (Pereira e Silva, 2012; Muniz, Freitas, Oliveira & Lacerda, 2016).

Quando se assume o papel de familiar cuidador potenciam-se alterações à rotina do indivíduo e ao cuidado de Si, podendo conduzir a mudanças na sua própria saúde que se repercutem em cansaço, stress, aumento de co-morbilidades às já eventualmente existentes, diminuição da auto-estima, entre outras (Rodrigues, Watanabe & Derntl, 2006; Muniz, Freitas, Oliveira & Lacerda, 2016; Ribeiro et al, 2017).

O funcionamento familiar é considerado importante para a diminuição do sentimento de sobrecarga e aumento da satisfação do familiar cuidador (Kim & Yeom, 2016).

³O conceito de familiar cuidador será utilizado ao longo do projeto dizendo respeito àquele que cuida da pessoa idosa que em grande parte são membros da família mas não só. Esta designação é muito mais alargada na medida em que pode envolver um cuidador, ou mais, dentro da mesma família, mas também pode dizer respeito a qualquer parente, amigo, parceiro ou vizinho que tem uma relação pessoal significativa e fornece assistência a uma pessoa mais velha ou um adulto com uma condição crónica ou incapacitado (Pereira, citando Caregiver Alliance, 2012).

Devem assim privilegiar-se para a pessoa idosa com dor crónica e familiar cuidador, o desenvolvimento de serviços de saúde e intervenções de enfermagem que reforcem e promovam o funcionamento familiar saudável (Kim & Yeom, 2016).

Cuidar da pessoa idosa com dor crónica coloca desafios perante o familiar cuidador mas também aos profissionais de saúde que ao abordarem a pessoa holisticamente, devem envolver ambos na sua prática de cuidados. Descrever e analisar a experiência do cuidador permite aos profissionais de saúde adotar estratégias com intervenções específicas centradas no familiar cuidador diminuindo a sua sobrecarga através da promoção do seu bem-estar, tendo por meta contribuir para melhorar os cuidados ao familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica e conseqüentemente à própria pessoa idosa com dor crónica (Ferreira, Pereira & Martins, 2016).

O conceito de parceria surge como o expoente desse cuidar assente na tríade pessoa idosa, familiar cuidador e enfermeiro. O papel do enfermeiro passa por promover a parceria de cuidados entre todos os intervenientes capacitando cada um para o Cuidado de Si, que se reflecte no assumir e assegurar o cuidado de Si próprio e do Outro (Gomes, 2013 e 2016).

A reflexão sobre esta realidade, aliada à lacuna existente sobre a especificidade do familiar cuidador que cuida da pessoa idosa com dor crónica em artigos/literatura de interesse científico, suscitou o interesse em desenvolver este projecto em que se pretende aprofundar o conhecimento sobre as necessidades com que se deparam os familiares cuidadores da pessoa idosa com dor crónica.

Delineou-se assim a seguinte **questão de investigação**:

- *Quais as dificuldades/necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica?*

Perante este enquadramento pretende-se desenvolver um estudo de investigação - integrado no projeto a decorrer no CMD [REDACTED] "Centro Multidisciplinar Dor Amigo das Pessoas Idosas" - com o título "***A Promoção do Cuidado de Si no Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com Dor Crónica***".

Definiu-se como **finalidade** a implementação de intervenções que visem a promoção do cuidado de Si no familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica.

Objectivo geral:

- Identificar as dificuldades/necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica que recorre ao CMD [REDACTED] para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam o cuidado de Si.

Objetivos específicos:

- Caracterizar o familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica;
- Identificar as dificuldades/necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica;
- Intervir no familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica para a promoção do Cuidado de Si e do Outro.

METODOLOGIA:

Tipo de Estudo: Investigação-acção. A exploração reflexiva das práticas exercidas proporciona a resolução de problemas, bem como o planeamento e introdução de alterações nessas mesmas práticas (Coutinho et al, 2009).

População alvo: Familiares cuidadores de pessoas idosas com dor crónica acompanhadas no CMD [REDACTED]

Amostra: Amostragem não-casual/ não-probabilística por conveniência (os participantes escolhidos serão os que se encontrarem à disposição para colheita de dados).

- **Critérios de inclusão:**

- Familiar cuidador com idade igual ou superior a 18 anos;
- Familiar cuidador que acompanhe presencialmente a pessoa idosa com dor crónica ao CMD [REDACTED]
- Familiar cuidador com capacidade de comunicação oral, auditiva e cognitiva.

- **Critérios de exclusão**

- Familiar cuidador com idade inferior a 18 anos;
- Familiar cuidador que não acompanhe presencialmente a pessoa idosa com dor crónica ao CMD [REDACTED]

- Familiar cuidador com défice da capacidade de comunicação oral e auditiva;
- Familiares cuidadores com défice cognitivo (*Mini Mental State Examination*- MMSE- **Anexo I**);

Princípios éticos:

- Os participantes serão incluídos no estudo após concordância e assinatura por escrito do Consentimento Informado Livre e Esclarecido (**Anexo II**);
- Os participantes podem em qualquer momento abandonar o estudo, sem qualquer penalização e sem interferência com os cuidados de saúde a receber;
- A informação e dados serão recolhidos de acordo com os princípios éticos e deontológicos que assegurem o anonimato, o respeito pela autodeterminação e intimidade, garantia de protecção contra qualquer desconforto ou prejuízo, e tratamento justo e equitativo.
- O anonimato dos dados será garantido mediante procedimentos que cumpram o Regulamento Geral de Protecção de Dados (RGPD), de 25 de maio de 2018 e o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016.
- Os dados recolhidos serão arquivados em dossier próprio e formato digital. A responsabilidade por garantir o anonimato e a protecção do acesso aos dados é dos investigadores do estudo. Concluído o período estipulado para a investigação todos os dados documentados em formato papel e digital, que conduziram aos resultados e conclusões da investigação serão destruídos.

Instrumentos de colheita de dados:

- Escala de avaliação da função cognitiva *Mini Mental State Examination*- MMSE (**Anexo I**)
- Guião de entrevista ao familiar cuidador (**Anexo III**)

Análise dos dados: A análise dos dados será efectuada com base em métodos/técnicas que permitam uma análise qualitativa e quantitativa dos dados recolhidos.

- **Plano de análise estatística:** o estudo irá adotar o método de análise estatística descritiva em que o instrumento de análise estatística será a utilização do Software Microsoft Excel® e o SPSS®.
- **Plano de análise qualitativa:** as entrevistas serão gravadas e serão recolhidas notas durante a mesma. Proceder-se-á à transcrição e análise qualitativa dos dados da entrevista, tendo em conta um processo de codificação de categorias.

Recursos:

- Físicos: local de estágio (CMD [REDACTED])
- Monetários: 500€ da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE) da ESEL para despesas de publicação de artigos e despesas de deslocação para apresentações em conferências.
- Não haverá qualquer custo acrescido ao Hospital [REDACTED]. O material usado para aplicação do instrumento de avaliação (MMSE) e entrevista será suportado pelos investigadores.

CRONOGRAMA:

ESPAÇO TEMPORAL	ATIVIDADES
Setembro 2019 a novembro de 2019	Preparação de Projeto de Investigação em CMD [REDACTED]
Novembro 2019	Pedido de autorização do projeto ao Conselho de Administração do [REDACTED] após parecer da Comissão de Ética do [REDACTED]
Novembro 2019	Apresentação do projeto de investigação à equipa multidisciplinar do CMD [REDACTED]
Novembro 2019 a fevereiro 2020	Implementação do projeto no CMD [REDACTED] [REDACTED] Prestação de cuidados à pessoa idosa com dor crónica e familiar cuidador no CMD [REDACTED] <ul style="list-style-type: none">• Prestação de cuidados centrados na pessoa norteados pelo modelo de parceria para a promoção do cuidado de Si;• Realização das entrevistas aos familiares cuidadores da pessoa idosa com dor crónica seguidos no CMD [REDACTED] (após aprovação do projeto de investigação)
Janeiro 2020	Análise dos dados;
a fevereiro 2020	Apresentação dos resultados/conclusões;

Elaboração de plano de intervenções ao familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica para a promoção do Cuidado de Si e do Outro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ataka, Flávia Yumi, Okoshi, Raquel Lie, & Abreu, Yuri Louro Bruno de. (2017). Perfil epidemiológico e psicossocial dos cuidadores informais de pacientes portadores de dor crônica. *Revista Dor*, 18(3), 238-244. <https://dx.doi.org/10.5935/1806-0013.20170108>

Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Ferreira, M. & Vieira, S. (2009). Investigação-ação: metodologia preferencial nas práticas educativas. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, 2 (XIII), 455-479.

Ferreira, Maria Amélia Leite, Pereira, Alexandra Manuela Nogueira de Andrade, & Martins, José Carlos Amado. (2016). Cuidar da Pessoa com Doença Avançada na Comunidade: Estudo Fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(8), 45-53. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV15029>

GERMI (s.d.). Avaliação Geriátrica. Núcleo de Estudos de Geriatria da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. Disponível em: https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/GERMI_36.pdf

Gomes, I.D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Pereira Lopes (coord). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa-da investigação à prática* (pp. 77-113). Loures: UI&DE e Lusociência.

Gomes, I.D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. *A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência*. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.

Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. Consultado em 07-11-2019 em <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2017). Estimativas de População Residente em Portugal 2016. Consultado em 07-11-2019 em <http://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística (2019). Tábuas de Mortalidade para Portugal 2016-2018. Consultado a 09-06-2019. Disponível em <http://www.ine.pt>

Kim, E.Y., & Yeom, H.E. (2016). Influence of home care services on caregivers' burden and satisfaction. *JournalOfClinicalNursing*, 25(11–12), 1683–1692. <https://doi.org/10.1111/jocn.13188>

Muniz, Emanuel Avelar, Freitas, Cibelly Aliny Siqueira Lima, Oliveira, Eliany Nazaré, & Lacerda, Maria Ribeiro. (2016). Grau de sobrecarga dos cuidadores de idosos atendidos em domicílio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 40 (110), 172-182. <https://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611013>

Ordem dos Enfermeiros (2000). *A cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, D. (2012). *Avaliação inicial do familiar cuidador: estudo de adequação de um instrumento*. (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,shib,uid&db=edsrc&AN=rcaap.com.esep.10400.26.9341&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>

Pereira, I. e Silva, A. (2012). Ser Cuidador Familiar: A Perceção do Exercício do Papel. *Pensar Enfermagem*. 16, 42-54.

Ribeiro, B., Oliveira, S., Tristão, F., Santos-Júnior, J. R., & Farias, T. (2017). Práticas de si de cuidadores familiares na atenção domiciliar. *Revista Cuidarte*, 8(3), 1809–1825. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.429>

Rodrigues, S. L. A., Watanabe, H. A. W., & Derntl, A. M. (2006). [The health of the elderly that care for elders]. *Revista Da Escola De Enfermagem Da U S P*, 40(4), 493–500.

Consultado em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=17310565&lang=pt-pt&site=ehost-live>

ANEXO I

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: _____

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: _____

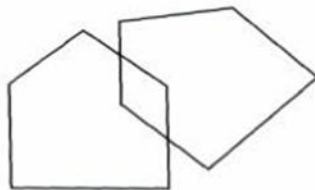
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

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 \leq 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade \leq 22
- com escolaridade superior a 11 anos \leq 27

ANEXO II

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do projeto de investigação: A Promoção do Cuidado de Si no Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com Dor Crónica

Equipa de projeto: Idalina Delfina Gomes (investigadora principal) e Vera Santos

Objetivo: Identificar as dificuldades/necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica que recorre ao Centro Multidisciplinar Dor [REDACTED] (CMD [REDACTED]) para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam o cuidado de Si.

Procedimento de investigação: É pedida a sua colaboração através da realização de uma entrevista com questões relacionadas com as dificuldades/necessidades recorrentes de cuidar de uma pessoa idosa com dor crónica. As questões poderão ser gravadas e serão tomadas notas escritas. As gravações serão utilizadas apenas para efeitos de análise das opiniões do participante e servirão apenas como material informativo sem referência às respostas de qualquer pessoa específica. A finalidade é a implementação de intervenções que visem a promoção do projeto de vida e saúde- cuidado de Si- no familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica no CMD [REDACTED].

Riscos: O projeto não envolve qualquer risco físico ou outro (social, legal ou financeiro).

Participação voluntária: É inteiramente livre de participar ou não neste estudo. Se se voluntariar para participar no estudo, é livre de se retirar a qualquer momento sem consequências de qualquer tipo. Também é livre de recusar a resposta a qualquer pergunta.

Confidencialidade e anonimato: A informação e dados serão recolhidos de acordo com os princípios éticos e deontológicos que assegurem o anonimato, o respeito pela autodeterminação e intimidade, garantia de proteção contra qualquer desconforto ou prejuízo, e tratamento justo e equitativo. O anonimato dos dados será garantido mediante procedimentos que cumpram o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), de 25 de maio de 2018 e o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016.

IDENTIFICAÇÃO DE INVESTIGADORES

Se tiver qualquer questão ou apreensão com este estudo, poderá contactar:

Vera Santos, estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa da Escola

Superior de Enfermagem de Lisboa, através do correio electrónico:
verasantos@campus.esel.pt.

Assinatura de quem pede o consentimento:

[REDACTED], __/__/__

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura do participante:

[REDACTED], __/__/__

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

ANEXO III

GUIÃO DE ENTREVISTA A REALIZAR AOS FAMILIARES CUIDADORES (FC) DE PESSOAS IDOSAS (PI) COM DOR CRÓNICA SEGUIDAS NO CMD [REDACTED] DO [REDACTED]

INTRODUÇÃO PARA A ENTREVISTA
Apresentação pessoal (com explicação do porquê da minha presença no CMD [REDACTED]) Apresentação do projeto de investigação Apresentação dos objetivos da entrevista que pretendo realizar
<ul style="list-style-type: none">• Entregar o <i>Consentimento Informado, Livre e Esclarecido Para Participação Em Investigação</i>, dando tempo para leitura, explicitação de eventuais dúvidas e assinatura do mesmo se concordância em participar;• Solicitar autorização para gravação áudio da entrevista;• Reforçar a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos;• Garantir disponibilidade para o esclarecimento de qualquer dúvida antes, durante e após a entrevista.

Entrevista	Nº _____
Local da entrevista _____	Data ____/____/____

OBJETIVOS

Caracterização do FC

QUESTÃO

- Género
- Idade
- Estado civil
- Profissão
- Escolaridade
- Grau de afinidade com a PI
- Porque é que é o FC?

OBJETIVOS	QUESTÃO
Caracterização do agregado familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Vive com a PI? Qual a composição do seu agregado familiar?
Caracterização da relação temporal com a PI face à dor crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Há quanto tempo acompanha/cuida da PI? • Este cuidar surgiu desde a dor crónica ou é anterior?
Exploração da perceção e conhecimentos do FC em relação à dor e à dor da PI (tipo de dor, cronicidade,...)	<ul style="list-style-type: none"> • O que é para si <i>DOR</i>? • Tem conhecimento do diagnóstico de dor crónica da PI? (Porque julga que a PI tem dor? Como descreve a dor da PI?)
Exploração das dificuldades na gestão do plano terapêutico integrado da PI com dor crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Tem conhecimento dos tratamentos realizados pela PI no CMD [REDACTED]? (Acredita que esses tratamentos o estão a ajudar? Tem algum medo relativamente a esses tratamentos? O que mais o preocupa quando a PI faz os tratamentos? E no domicílio, adotam outras medidas complementares para o tratamento da dor?)
<p>Exploração e Perceção do impacto da dor crónica da PI na vida diária do FC</p> <p>(quais as mudanças/ alterações que a dor crónica da PI provocou no dia-a-dia do FC desde que assumiu este papel, nomeadamente profissionais, familiares, sociais, económicas, físicas, mentais)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como lida com a dor da PI? • A dor da PI tem impacto nas suas atividades de vida diárias? (Interfere na disposição e na relação com os outros, na sua atividade profissional, no cuidado de si próprio no seu projeto de vida, na sua saúde?- dor, cansaço, sono, humor,...) • Quais as dificuldades/necessidades com que se depara quando cuida da PI? (Técnicas/conhecimentos, económicas, emocionais, físicas)
Exploração da perspectiva do FC sobre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde no CMD [REDACTED] e de como a consulta telefónica intervém nas eventuais dificuldades referidas	<ul style="list-style-type: none"> • O que é que os profissionais de saúde lhe disseram sobre a dor? • Como procede quando tem dúvidas? (a quem recorre?) • Conhece a consulta telefónica do CMD [REDACTED]? • Como os profissionais de saúde do CMD [REDACTED] do [REDACTED] o poderiam ajudar mais?

CURRICULUM VITAE - Resumo

Nome: Vera Cristina Crespo Dos Santos

Morada: [REDACTED]

Contacto: Telemóvel [REDACTED] **Endereço eletrónico:** verasantos@campus.esel.pt

Nacionalidade: Portuguesa **Data de nascimento:** 26/12/1980

FORMAÇÃO:

5/11/1998 - 22/2/2002 Bacharelato em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa (15 Valores)

27/02/2002 - 28/02/2003 Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem da Cruz Vermelha Portuguesa (15 Valores)

01/09/2010- 30/06/2012 Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Gestão em Enfermagem na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:

Desde 02 Dezembro 2002 até à presente data desempenho funções no Hospital da Cruz Vermelha Portuguesa. Comecei o meu percurso no serviço de internamento médico-cirúrgico (cirurgia cardiotorácica-adulta e pediátrica, cirurgia vascular, cirurgia geral, ortopedia e medicina interna). Em 2006 fui convidada a responsável de uma das equipas de enfermagem. Em Agosto de 2018 fui convidada para coordenadora do Laboratório de Hemodinâmica, com o qual acumulo a prestação de cuidados (a clientes adultos e pediátricos das mais diversas valências - cardíaca, vascular, cerebral, neurorradiologia, radiologia de intervenção, cardiologia estrutural e cirurgia minimamente invasiva) com a função de gestão do laboratório (procedimentos, equipamentos, gestão de stocks de fármacos, gestão de material de apoio aos procedimentos, entre outros inerentes à área em causa). Participação na abertura de um segundo laboratório de hemodinâmica ao abrigo do projeto institucional denominado HeartCenter, ficando desde a sua abertura também por ele responsável.

OUTRAS ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS:

Participação como formadora do módulo "Higiene e Prevenção de Infeções e Medidas de Segurança" inserido no Curso interno de Auxiliares de Ação Médica do Hospital da Cruz Vermelha (2008);

Participação no projeto de formação de profissionais e prestação de cuidados em Luanda, Angola, na Clínica Girassol, nos serviços de Hemodinâmica e Cuidados Intensivos Pediátricos- Cirurgia Cardiotorácica (2011 a 2016);

Participação como formadora na ação de formação "Carro de Urgência" inserida no âmbito da formação em serviço interna do Hospital da Cruz Vermelha (2016);

Participação como formadora na ação de formação "Laboratório de Hemodinâmica" inserida no âmbito da formação em serviço interna do Hospital da Cruz Vermelha (2017 e 2018);

Participação como professora externa em módulo do curso de Licenciatura em Enfermagem 2º Ano (aulas teórico-práticas na UC de Enfermagem de Especialidades Cirúrgicas) da ESSCVP (2017 e 2018);

Trabalho de Investigação: Tese de Mestrado, no âmbito do Mestrado em Enfermagem na Especialização de Gestão com o tema: "A Relação com a Chefia e o Burnout nos Enfermeiros", defendida publicamente na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa em Junho de 2012.

Resumo Curricular

Idalina Delfina Gomes possui o Doutoramento em Enfermagem (Universidade Católica Portuguesa), o Mestrado em Comunicação em Saúde e o Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem à Pessoa Adulta e Idosa em Situação de Doença Crónica. Tem uma experiência de 18 anos em prática clínica (como Enfermeira e Enfermeira especialista) e é Professora adjunta na ESEL desde 2000, onde desde 2009 leciona a Unidade Curricular Enfermagem Avançada e lecionou na Unidade Curricular Intervenção em enfermagem à pessoa vítima de Violência Doméstica. De 2009-2017 Coordenou o Curso de Pós licenciatura e Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa. Desenvolve atividades de investigação na UIDE, onde coordenou a linha de investigação intervenções em enfermagem. Interesses em Investigação: Processo de Cuidados em parceria para promoção do cuidado- de- SI na pessoa idosa, Promoção de Cuidados Seguros em enfermagem, Violência domestica e de género com destaque para a Violência na pessoa idosa, e tem orientado vários trabalhos de Mestrado, além de ter sido Presidente e Arguente em júris de várias teses de Doutoramento e Mestrado. Além disto, participou como autora em 5 livros de que destaca a promoção do Cuidado de Si, e tem inúmeras publicações em revistas e atas de congressos. Nas atividades que tem desenvolvido destacam-se também as seguintes: Membro do Conselho Científico da ESEMFR e da ESEL; Membro da Assembleia de representantes da ESEMFR como representante dos docentes; Membro do Grupo de trabalho de prevenção e combate a violência domestica e de género; Vogal da Comissão de Formação da Ordem dos Enfermeiros; Membro do Conselho Científico da Revista Portuguesa de Enfermagem e Revisora da revista Pensar Enfermagem e colaboração com a RTP África no Programa viva Saúde, magazine de informação especializada.

APÊNDICE IV- Plano de sessão de apresentação do Projeto de investigação

PLANO DA SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Tema: A Promoção do Cuidado De Si no Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com Dor Crónica

Investigadores: Professora Doutora Idalina Gomes; Enfermeira Especialista Dulce Guerreiro; Aluna de Mestrado Vera Santos

Destinatários: Equipa Multidisciplinar do Centro Multidisciplinar de Dor [REDACTED] (CMD [REDACTED])

Local: Gabinete 5 do CMD [REDACTED]

Data: 25 de Novembro de 2019 **Horário:** A definir **Duração:** 10m

Objetivo geral: Apresentação do projeto de investigação à equipa multidisciplinar do CMD [REDACTED]

	OBJETIVO ESPECIFICO	CONTEÚDOS	DURAÇÃO
INTRODUÇÃO	1. Apresentação	1.1 Apresentação dos investigadores	2 minutos
		1.2 Apresentação do tema	
DESENVOLVIMENTO	2. Justificação do tema	2.1 Enquadramento da problemática	5 minutos
	1. Caracterização do projeto	1.1 Objetivos: geral; específicos. 1.2 Metodologia: população; tipo de estudo; amostra; critérios de inclusão e exclusão; princípios éticos; instrumentos de colheita de dados; análise dos dados.	
CONCLUSÃO	1. Síntese	1.1 Suma dos conteúdos 1.2 Esclarecimentos de dúvidas	3 minutos

APÊNDICE V- Memória descritiva a divulgar a sessão de apresentação no CMD

A PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI NO FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA

DESTINATÁRIOS: EQUIPA
MULTIDISCIPLINAR DO CENTRO
MULTIDISCIPLINAR DE DOR [REDACTED]
[REDACTED] (CMD [REDACTED])

LOCAL: GABINETE 5 DO CMD BCL
DATA: 25 DE NOVEMBRO DE 2019
HORÁRIO: A DEFINIR
DURAÇÃO: 10M

OBJETIVO:

Apresentação do Projeto de Investigação
à equipa multidisciplinar do CMD [REDACTED]

INVESTIGADORES:

PROFESSORA DOUTORA
IDALINA GOMES
ENFERMEIRA ESPECIALISTA
DULCE GUERREIRO
ALUNA DE MESTRADO
VERA SANTOS

ORADORA:

ALUNA DE MESTRADO
VERA SANTOS

Cuidar da pessoa idosa (PI) com dor crónica coloca desafios perante o familiar cuidador (FC) mas também aos profissionais de saúde que devem envolver ambos na sua prática de cuidados.

Descrever e analisar a experiência do cuidador permite aos profissionais de saúde adotar intervenções específicas em parceria com o FC, diminuindo a sua sobrecarga através da promoção do seu bem-estar (Ferreira, Pereira & Martins, 2016).

Pretende-se com este projeto contribuir para um serviço amigo das pessoas idosas e seus familiares capacitando os profissionais de saúde, informando, educando e treinando competências no cuidado específico à PI (OMS, 2004 e 2007, Gomes & Santos, 2019).

Ferreira, M., Pereira, A., & Martins, J. (2016). Cuidar da Pessoa com Doença Avançada na Comunidade: Estudo Fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência, serIV*(8), 45-53. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV15029>

OMS (2004). *Towards Age-friendly Primary Health Care*. Geneva.

OMS (2007). *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gomes, I.D. & Santos, V. (2019) A promoção do Cuidado de Si no Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com dor crónica. 10º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa. Unidade Curricular Opção II- Projeto de Estágio. ESEL.

APÊNDICE VI- Apresentação do projeto no CMD

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

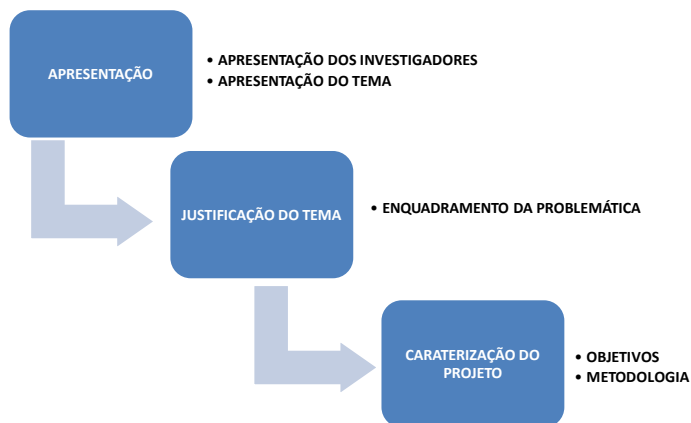
**A PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI
NO FAMILIAR CUIDADOR
DA PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA**

ALUNA: VERA SANTOS (Nº3879)

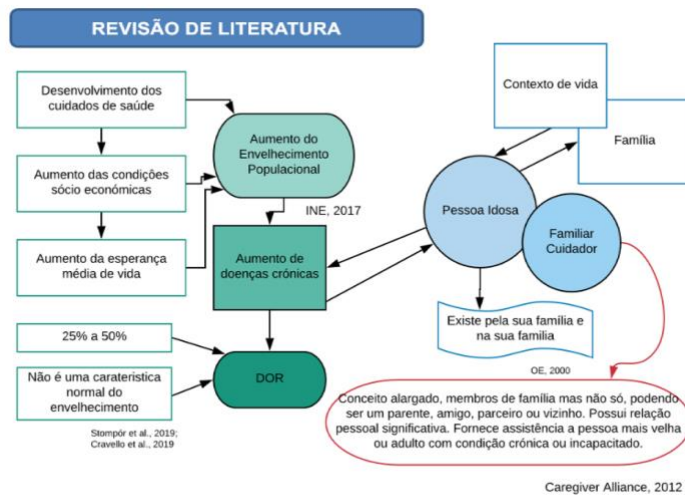
PROFESSORA ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA IDALINA GOMES

ENFERMEIRA ORIENTADORA: DULCE GUERREIRO

PROJETO DE INVESTIGAÇÃO



JUSTIFICAÇÃO DO TEMA ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA



JUSTIFICAÇÃO DO TEMA ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

RESUMINDO...

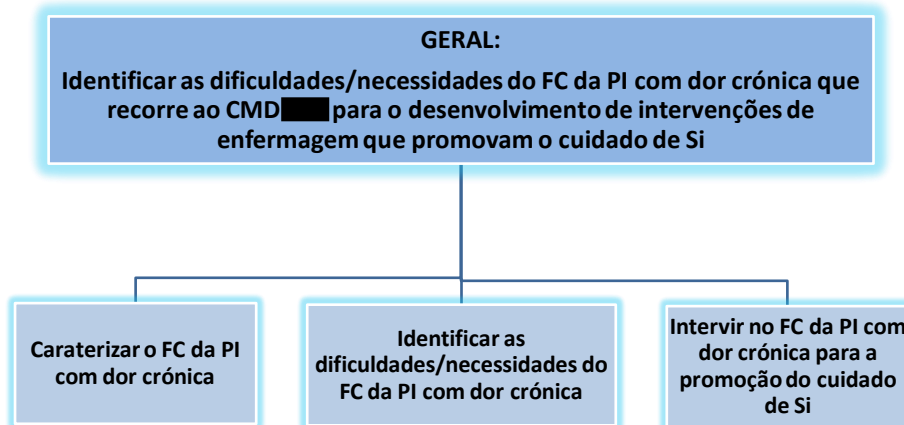
- **Cuidar da pessoa idosa (PI) com dor crónica é um desafio para os profissionais de saúde**
- **É um desafio ainda maior para o Familiar Cuidador (FC) da PI**
 - usados como recurso para benefício do doente
 - não são o alvo dos cuidados
 - relegados para segundo plano face às queixas de dor da PI
- **Défice de conhecimento sobre o FC que cuida da PI com dor crónica**
- **Descrever e analisar a experiência do FC permite aos profissionais de saúde adotar intervenções específicas em parceria com o FC**
 - ao contribuir para melhorar os cuidados ao FC da PI com dor crónica estamos a intervir e melhorar os cuidados à própria PI com dor crónica (Ferreira, Pereira & Martins, 2016).

JUSTIFICAÇÃO DO TEMA ENQUADRAMENTO DA PROBLEMÁTICA

- Integrado no projeto: “**Centro Multidisciplinar Dor Amigo das Pessoas Idosas**”
- Quadro conceptual de cuidados de enfermagem: **Modelo de Parceria de Gomes**
 - Parceria de cuidados entre: enfermeiro, familiar cuidador e pessoa idosa;
 - Objetivo: capacitar cada um para o Cuidado de Si, que se reflecte no assumir e assegurar do cuidado de Si próprio e do Outro;
 - Manutenção e promoção do projeto de vida e saúde individuais;
 - Envolve cinco fases:
 - **revelar-se;**
 - **envolver-se;**
 - **capacitar ou possibilitar;**
 - **comprometer-se;**
 - **assumir o controlo de Si ou assegurar o cuidado do Outro.**

(Gomes, 2013 e 2016)

CARATERIZAÇÃO DO PROJETO OBJETIVOS



CARATERIZAÇÃO DO PROJETO METODOLOGIA

População alvo: familiares cuidadores de pessoas idosas com dor crónica seguidas no CMD [REDACTED]

Amostra: por conveniência
Tipo de Estudo: Investigação-acção

Crítérios de Inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; acompanhe presencialmente a pessoa idosa com dor crónica ao CMD [REDACTED] com capacidade de comunicação oral, auditiva e cognitiva.

Crítérios de Exclusão: idade inferior a 18 anos; não acompanhe presencialmente a pessoa idosa com dor crónica ao CMD [REDACTED] com défice da capacidade de comunicação oral e auditiva; com défice cognitivo (Mini Mental State Examination- MMSE)

CARATERIZAÇÃO DO PROJETO METODOLOGIA

Princípios éticos:

- Consentimento Informado Livre e Esclarecido¹;
- Princípios éticos e deontológicos que assegurem o anonimato

Instrumentos de colheita de dados:

- Escala de avaliação da função cognitiva *Mini Mental State Examination- MMSE*
- Guião de entrevista semiestruturada ao familiar cuidador²

Análise dos dados:

- Transcrição e análise qualitativa das entrevistas através de análise de conteúdo

1 CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Título do projeto de investigação: A Promoção do Cuidado de Si no Familiar Cuidador da Pessoa Idosa com Dor Crónica

Equipa de projeto: Idalina Delfina Gomes (investigadora principal) e Vera Santos

Objetivo: Identificar as dificuldades/necessidades do familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica que recorre ao Centro Multidisciplinar Dor [REDACTED], para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem que promovam o cuidado de Si.

Procedimento de investigação: É pedida a sua colaboração através da realização de uma entrevista com questões relacionadas com as dificuldades/necessidades recorrentes de cuidar de uma pessoa idosa com dor crónica. As questões poderão ser gravadas e serão tomadas notas escritas. As gravações serão utilizadas apenas para efeitos de análise das opiniões do participante e servirão apenas como material informativo sem referência às respostas de qualquer pessoa específica. A finalidade é a implementação de intervenções que visem a promoção do projeto de vida e saúde do cuidado de Si- no familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica no CMD [REDACTED].

Riscos: O projeto não envolve qualquer risco físico ou outro (social, legal ou financeiro).

Participação voluntária: É inteiramente livre de participar ou não neste estudo. Se se voluntariar para participar no estudo, é livre de se retirar a qualquer momento sem consequências de qualquer tipo. Também é livre de recusar a resposta a qualquer pergunta.

Confidencialidade e anonimato: A informação e dados serão recolhidos de acordo com os princípios éticos e deontológicos que assegurem o anonimato, o respeito pela autodeterminação e intimidade, garantia de proteção contra qualquer desconforto ou prejuízo, e tratamento justo e equitativo. O anonimato dos dados será garantido mediante procedimentos que cumpram o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), de 25 de maio de 2018 e o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016.

IDENTIFICAÇÃO DE INVESTIGADORES

Se tiver qualquer questão ou apreensão com este estudo, poderá contactar:

Vera Santos, estudante do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa Idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, através do correio eletrónico: verasantos@campus.esel.pt.

Assinatura de quem pede o consentimento:

[REDACTED] / /

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Assinatura do participante

[REDACTED] / /

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO POR 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

GUIÃO DE ENTREVISTA A REALIZAR AOS FAMILIARES CUIDADORES (FC) DE PESSOAS IDOSAS (PI) COM DOR CRÓNICA SEGUIDAS NO CMD [REDACTED] DO [REDACTED]

INTRODUÇÃO PARA A ENTREVISTA	
Apresentação pessoal (com explicação do porquê da minha presença no CMD [REDACTED])	
Apresentação do projeto de investigação	
Apresentação dos objetivos da entrevista que pretendo realizar	
<ul style="list-style-type: none"> ● Entregar o <i>Consentimento Informado, Livre e Esclarecido Para Participação Em Investigação</i>, dando tempo para leitura, explicitação de eventuais dúvidas e assinatura do mesmo se concordância em participar; ● Solicitar autorização para gravação áudio da entrevista; ● Reforçar a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos; ● Garantir disponibilidade para o esclarecimento de qualquer dúvida antes, durante e após a entrevista. 	

Entrevista	Nº _____
Local da entrevista _____	Data ____/____/____

OBJETIVOS	QUESTÃO
Caracterização do FC	<ul style="list-style-type: none"> ● Género ● Idade ● Estado civil ● Profissão ● Escolaridade ● Grau de afinidade com a PI ● Porque é que é o FC?

OBJETIVOS	QUESTÃO
Caracterização do agregado familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Vive com a PI? Qual a composição do seu agregado familiar?
Caracterização da relação temporal com a PI face à dor crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Há quanto tempo acompanha/cuida da PI? • Este cuidar surgiu desde a dor crónica ou é anterior?
Exploração da perceção e conhecimentos do FC em relação à dor e à dor da PI (tipo de dor, cronicidade,...)	<ul style="list-style-type: none"> • O que é para si <i>DOR</i>? • Tem conhecimento do diagnóstico de dor crónica da PI? (Porque julga que a PI tem dor? Como descreve a dor da PI?)
Exploração das dificuldades na gestão do plano terapêutico integrado da PI com dor crónica	<ul style="list-style-type: none"> • Tem conhecimento dos tratamentos realizados pela PI no CMD? (Acredita que esses tratamentos o estão a ajudar? Tem algum medo relativamente a esses tratamentos? O que mais o preocupa quando a PI faz os tratamentos? E no domicílio, adotam outras medidas complementares para o tratamento da dor?)
<p>Exploração e Perceção do impacto da dor crónica da PI na vida diária do FC</p> <p>(quais as mudanças/ alterações que a dor crónica da PI provocou no dia-a-dia do FC desde que assumiu este papel, nomeadamente profissionais, familiares, sociais, económicas, físicas, mentais)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Como lida com a dor da PI? • A dor da PI tem impacto nas suas atividades de vida diárias? (Interfere na disposição e na relação com os outros, na sua atividade profissional, no cuidado de si próprio no seu projeto de vida, na sua saúde?- dor, cansaço, sono, humor,...) • Quais as dificuldades/necessidades com que se depara quando cuida da PI? (Técnicas/conhecimentos, económicas, emocionais, físicas)
Exploração da perspectiva do FC sobre os cuidados prestados pelos profissionais de saúde no CMD e de como a consulta telefónica intervém nas eventuais dificuldades referidas	<ul style="list-style-type: none"> • O que é que os profissionais de saúde lhe disseram sobre a dor? • Como procede quando tem dúvidas? (a quem recorre?) • Conhece a consulta telefónica do CMD? • Como os profissionais de saúde do CMD o poderiam ajudar mais?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cravello, L., Di Santo, S., Varrassi, G., Benincasa, D., Marchettini, P., de Tommaso, M., ... Caltagirone, C. (2019). Chronic Pain in the Elderly with Cognitive Decline: A Narrative Review. *Pain and therapy*, 8(1), 53–65. doi:10.1007/s40122-019-0111-7
- Ferreira, Maria Amélia Leite, Pereira, Alexandra Manuela Nogueira de Andrade, & Martins, José Carlos Amado. (2016). Cuidar da Pessoa com Doença Avançada na Comunidade: Estudo Fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(8), 45-53. <https://dx.doi.org/10.12707/RIV15029>
- Gomes, I.D. (2013). Promover o cuidado de Si: a natureza da parceria entre o enfermeiro e o doente idoso no domicílio. In Pereira Lopes (coord). *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa- da investigação à prática* (pp. 77-113). Loures: UI&DE e Lusociência.
- Gomes, I.D. (2016). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A construção do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. Saarbrücken/ Deutsche: Novas Edições Académicas.
- Instituto Nacional de Estatística – INE (2017). *Estatísticas demográficas 2017*. Lisboa: INE.
- Ordem dos Enfermeiros (2000). *A cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pereira, D. (2012). Avaliação inicial do familiar cuidador: estudo de adequação de um instrumento. (Dissertação de mestrado). Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,cookie,shib,uid&db=edsrca&AN=rcaap.com.esep.10400.26.9341&lang=pt-pt&site=eds-live&scope=site>
- Stompór, M., Grodzicki, T., Stompór, T., Wordliczek, J., Dubiel, M., & Kurowska, I. (2019). Prevalence of Chronic Pain, Particularly with Neuropathic Component, and Its Effect on Overall Functioning of Elderly Patients. *Medical Science Monitor: International Medical Journal Of Experimental And Clinical Research*, 25, 2695–2701. <https://doi.org/10.12659/MSM.911260>

APÊNDICE VII- Guião do Processo de Parceria na Pessoa Idosa com Dor Crónica em tratamento na Unidade de Dor do Centro Multidisciplinar de Dor e seu Familiar Cuidador: A Promoção do Cuidado de Si em cinco fases

Guião do Processo de Parceria na Pessoa Idosa (PI) com Dor Crónica em tratamento na Unidade de Dor (UD) do Centro Multidisciplinar de Dor (CMD) e seu Familiar Cuidador (FC):

A Promoção do Cuidado de Si em cinco fases

1ª FASE:

<i>REVELAR-SE</i>		
<i>“...caracteriza-se pelo dar-se a conhecer da pessoa (do doente e do enfermeiro) como ser de projeto e de cuidados.” (Gomes, 2016, p.231)</i>		
OBJETIVO: Mobilizar competências de comunicação, quer do enfermeiro quer da PI/FC; Identificar conhecimentos, recursos pessoais e contexto de vida da PI/FC nas suas múltiplas dimensões (físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas e existenciais) com o intuito de elucidar e expor o melhor meio de a cuidar.		
DAR-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA E FAMILIAR CUIDADOR	PI	FC
Cumprimentar a pessoa.	x	x
Apresentar-se (nome, desempenho profissional atual).	x	x
Explicar o intuito da conversação (objetivo da avaliação para: Continuidade de cuidados específicos à PI; Quem é o FC de referência; Obter consentimento).	x x x	x
Promover a afetividade (demonstrar simpatia/empatia).	x	x
Promover um ambiente relacional propício à interação (mostrar disponibilidade e respeito pela pessoa).	x	x
Promover a escuta ativa (capacidade de compreensão e avaliação da situação).	x	x

CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA (QUEM É?)	PI	FC
Nome	x	x
Nome pelo qual gosta de ser tratado	x	x
Sexo	x	x
Biótipo (ectomorfo, mesomorfo, endomorfo)	x	
Idade	x	x
Nacionalidade/naturalidade	x	x
Escolaridade	x	x
Contacto telefónico/eletrónico	x	x
Atividade profissional (atual e/ou anterior)	x	x
Estado civil	x	x
Religião e espiritualidade	x	x

CONHECER O CONTEXTO DE VIDA (O QUE É A PESSOA?)	PI	FC
Agregado familiar (com quem vive)	x	x
Pessoa de referência e/ou FC (nome, parentesco, contato telefónico).	x	
Rede familiar (quem são, relacionamento, tipo de apoio).	x	x
Condições habitacionais (tipo de casa, salubridade, se é própria ou alugada).	x	x
Situação económica (existem dificuldades, se sim, de que tipo).	x	x
Rede de apoio (médico família, apoio social, centro dia, familiar cuidador).	x	x
Atividades lazer/projeto vida (ocupação tempos livres, o que deseja para si)	x	x

Hábitos de vida/comportamentos aditivos (tabaco, álcool, jogo).	x	x
Experiências anteriores que podem influenciar a forma como vivencia a situação atual de dor crónica.	x	x
CONHECER A HISTÓRIA DA DOENÇA DA PESSOA IDOSA	PI	
Referenciação/Origem (Instituição/Especialidade/ Nome do médico)		
Diagnóstico primário (se existente)		
Tem conhecimento do seu diagnóstico? (compreende e aceita?)		
Tem conhecimento do seu prognóstico? (compreende e aceita?)		
Antecedentes pessoais		
Alergias		
Medicação domiciliária		
Uso de terapêutica não farmacológica/ terapias alternativas?		
Responsabilidade da gestão terapêutica (cumpre regime autonomamente?)		
CONHECER A HISTÓRIA DE DOR DA PESSOA IDOSA	PI	
Há quanto tempo é seguido no CMD?		
Localização da dor actual (Diagrama Corporal)		
Dor neuropática e/ ou dor nociceptiva (Descritores: Dormência, formigueiro, picada; Ardor, calor, queimadura; Compressão, aperto; Guinada, Dor lancinante, choque eléctrico; Frio doloroso;...).		

Temporalidade (Início, duração e padrão)	
Intensidade (Escala numérica; faces; visual analógica; qualitativa)	
Fatores de exacerbação	
Fatores de alívio	
Medicação prescrita pelo CMD	
Duração do efeito da medicação	
Impacto da dor nas atividades vida diárias (Inventário resumido da dor)	
CONHECER O FAMILIAR CUIDADOR	FC
Antecedentes pessoais (com relevância/limitações no cuidar do outro)	
Limitações que comprometam o apoio à PI	
A PI tem conhecimento das suas limitações/ dificuldades (compreende, aceita e apoia?)	
Contexto de vida (laboral, social, familiar)	
Vive com a PI?	
CONHECER O PERCURSO DO FAMILIAR CUIDADOR NO ACOMPANHAMENTO DA PESSOA IDOSA	FC
Tem conhecimento do diagnóstico da PI? (compreende e aceita?)	
Tem conhecimento do prognóstico da PI? (Compreende e aceita?)	
Há quanto tempo acompanha/cuida da PI?	
Em que situações verifica que a dor crónica condiciona a vida da PI?	
A dor crónica da PI tem impacto nas suas actividades de vida diárias ou	

profissionais? (Inventário resumido da dor; Escala do impacto da dor na família- FIPS)	
Quais as dificuldades/necessidades que tem face aos cuidados à PI com dor crónica?	

2ª FASE:

ENVOLVER-SE	
<i>“...caracteriza-se pela criação de um espaço de reciprocidade, que passa pelo estabelecimento de tempo e espaço para desenvolver uma relação de qualidade que permitir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança que vai para além do revelar-se.” (Gomes, 2016, p. 232)</i>	
OBJETIVO: Identificar a singularidade da PI/FC; recolher dados concretos a mobilizar na ação e relação com a PI/FC (atitude centrada na pessoa); Aprofundar o conhecimento das necessidades e potencialidades da PI/FC de forma a delinear quais os recursos a adotar para a sua realização e conseqüentemente, do Cuidado de Si.	
CONHECER A SINGULARIDADE NA PESSOA IDOSA	PI
Estado Mental (consciência/orientação: aplicação do Mini Exame do Estado Mental- MEEM)	Pontuação:
Estado funcional (Marcha: Escala de Holden ; Avaliação do risco de queda: Escala de Morse ; Atividades básicas vida: Escala de Barthel ; Atividades instrumentais vida: Índice de Lawton&Brody)	Pontuação: Pontuação: Pontuação: Pontuação:
Estado afectivo	Pontuação:

(estado emocional, solidão, isolamento: Escala Depressão Geriátrica abreviada GDS-15; Funcionamento familiar: Apgar Familiar)	Pontuação:
Estado nutricional (mucosa oral, problemas de mastigação, de deglutição, dentição, ingestão hídrica, tipo de alimentação; Mini NutritionalAssesment)	Pontuação:
Eliminação (vesical e intestinal, padrão medidas adaptativas)	
Sono (padrão, medidas adaptativas)	
Estado sensorial (visão, audição, tato, paladar alterações, próteses, medidas adaptativas)	
CONHECER A SINGULARIDADE NO FAMILIAR CUIDADOR	FC (aplicação dos campos face à idade do FC)
Estado Mental (consciência/orientação: eventual aplicação do Mini Exame do Estado Mental- MEEM)	Pontuação:
Estado funcional (Marcha: Escala de Holden; avaliação do risco de queda: Escala de Morse; atividades básicas vida: Escala de Barthel; atividades instrumentais vida: Índice de Lawton&Brody)	Pontuação: Pontuação: Pontuação: Pontuação:
Estado afetivo (Funcionamento familiar: Apgar Familiar; Sobrecarga do cuidador: Escala de Zarit; Estado emocional, solidão, isolamento:	Pontuação: Pontuação:

Escala Depressão Geriátrica abreviada GDS-15;	Pontuação:	
Sono (padrão, medidas adaptativas)		
Estado sensorial (visão, audição, tato, paladar alterações, próteses, medidas adaptativas)		
CONHECIMENTO MÚTUO DOS RECURSOS DA UNIDADE DE DOR	PI	FC
A enfermeira realiza acolhimento ao CMD e UD (espaço físico, equipa, organização, consultas e tratamentos disponíveis).	x	x
A enfermeira informa sobre a consulta telefónica (objetivos, número contato, horário, circuito de resolução).	x	x
A enfermeira fornece o guia de acolhimento.	x	x
A enfermeira procura saber quais as expectativas em relação à UD.	x	x
A enfermeira enquadra e explicita as expectativas dentro dos limites previsíveis.	x	x
A enfermeira mostra-se disponível para a pessoa (tem tempo para a ouvir, centra os cuidados na pessoa).	x	x
A enfermeira procura saber se a PI sabe reconhecer a sua dor e caracterizá-la.	x	
A enfermeira procura conhecer o que a PI sabe sobre autoavaliar a dor (escalas de auto-avaliação).	x	
A enfermeira procura conhecer o que o FC sabe sobre avaliação da dor à PI (como auxiliar na autoavaliação, como avaliar)		x

A enfermeira avalia a acessibilidade à UD (marcação de consulta presencial, consulta telefónica de enfermagem).	x	x
A enfermeira avalia o conhecimento e gestão do Plano Terapêutico Integrado da dor crónica, nomeadamente: regime terapêutico (terapêutica medicamentosa de base, de resgate); tratamento farmacológico e medidas não farmacológicas.	x	x
Sente que é ouvido na programação do seu Plano Integrado Terapêutico?	x	
<ul style="list-style-type: none"> Se não, o que pensa que deve ser alterado? 		
Sente-se envolvido nos cuidados à PI?		x
<ul style="list-style-type: none"> Se não, o que pensa que deve ser alterado? 		

3ª FASE:

CAPACITAR OU POSSIBILITAR: CAPACITAR	
<i>“...é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em conta a partilha dos significados da experiência da pessoa num acontecimento crítico, os conhecimentos de cada um para a definição de objetivos...nas atividades de manutenção de vida e de reparação.” (Gomes, 2016, p. 233-234)</i>	
OBJETIVO: Desenvolver um processo fundamentado e partilhado de responsabilidade e poder; Mobilizar a singularidade da PI transformando capacidades potenciais em reais que capacitem a PI no controlo do Cuidado de Si;	
PROMOVER O CUIDADO DE SI	PI
A enfermeira partilha conhecimento (educa para a saúde) sobre o Plano Terapêutico Integrado da dor crónica, nomeadamente: regime terapêutico	

(terapêutica medicamentosa de base, de resgate); tratamento farmacológico e medidas não farmacológicas.	
A enfermeira valida a aquisição e compreensão dos ensinamentos realizados sobre o Plano Terapêutico Integrado da dor crônica e incentiva à sua adesão.	
A enfermeira fornece folhetos informativos disponíveis na UD.	
A enfermeira partilha conhecimento (educa para a saúde) sobre os efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação).	
A enfermeira identifica as potenciais necessidades da PI e desenvolve estratégias de esclarecimento.	
A enfermeira articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades existentes.	
A enfermeira promove o Cuidado de Si, respeita os tempos da PI e respeita as suas preferências.	

CAPACITAR OU POSSIBILITAR: POSSIBILITAR

“...é uma experiência de ação, onde o enfermeiro e o doente idoso realizam o ser com, partilhando os significados da experiência, assumindo o enfermeiro a responsabilidade dos cuidados que o Outro devia ter consigo próprio se tivesse capacidade de autonomia.” (Gomes, 2016, p. 235)

OBJETIVO: Assumir a responsabilidade do cuidado que o Outro não pode ter consigo; Promover o cuidado por meio de princípios e valores que definem a identidade da pessoa, preservando ou dando sentido à sua vida e projeto de vida. Mobilizar a singularidade do FC transformando capacidades potenciais em reais que capacitem o FC no controlo do Cuidado do Outro; Capacitar a família/FC para cuidar da PI.

PROMOVER O CUIDADO DO OUTRO	FC
A enfermeira partilha conhecimento (educa para a saúde) sobre o Plano Terapêutico Integrado da dor crónica, nomeadamente: regime terapêutico (terapêutica medicamentosa de base, de resgate); tratamento farmacológico e medidas não farmacológicas.	
A enfermeira valida a aquisição e compreensão dos ensinamentos realizados sobre o Plano Terapêutico Integrado da dor crónica e incentiva o apoio do FC à adesão pela PI.	
A enfermeira fornece folhetos informativos disponíveis na UD.	
A enfermeira partilha conhecimento (educa para a saúde) sobre os efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação).	
A enfermeira identifica as necessidades enquanto pessoa singular e enquanto cuidador da PI.	
O enfermeiro articula-se com os diferentes profissionais conforme as necessidades que identifica de modo a ultrapassá-las.	
A enfermeira promove o Cuidado do Outro respeitando e preservando a identidade do FC.	

4ª FASE:

COMPROMETER-SE

“...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 saúdeda pessoa idosa,...” (Gomes, 2016, p. 236)

OBJETIVO: Manter o compromisso com o projeto de vida e saúde que a PI fez para si mesma; Atuar na transição das capacidades potenciais para reais com base nos conhecimentos que adquiriu da pessoa, situação e sua evolução; Capacitar e ajudar um familiar cuidador no cumprimento desta fase se tal for necessário;

Manter o compromisso com o projeto de vida e saúde que o FC fez para si mesmo; Atuar na transição das capacidades potenciais para reais com base nos conhecimentos que adquiriu da pessoa e situação do FC.

PROMOVER O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA AGIR E DECIDIR	PI	FC
	POSSIBILITAR O CUIDADO DE SI	POSSIBILITAR O CUIDADO DO OUTRO
A enfermeira valida as intervenções realizadas na promoção do Cuidado no controlo da dor crónica da PI.	x	x
A enfermeira ajuda a construir a capacidade de assumir ou assegurar o Cuidado no controlo da dor crónica (Cumprimento do Plano Terapêutico Integrado; recurso ao apoio dos profissionais: recorrer à UD- telefónica ou presencialmente).	x	x
A enfermeira valida/ implementa intervenções desenvolvidas na promoção do Cuidado de Si na manutenção do projeto de vida e saúde da pessoa.	x	x
A enfermeira ajuda o FC a construir a capacidade de assumir ou assegurar o Cuidado de Si enquanto cuidador de outrem.		x

5ª FASE:

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

“...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.” (Gomes, 2016, p. 236)

OBJETIVO: Garantir o Cuidado de Si; Intervir e Reformular o processo se necessário.

ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DE SI	PI
Detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao Cuidado de Si no controlo da dor crónica.	
Sabe reconhecer e avaliar a dor (escalas de auto-avaliação).	
Conhece e sabe gerir o Plano Terapêutico Integrado da dor crónica, nomeadamente: regime terapêutico (terapêutica medicamentosa de base, de resgate); tratamento farmacológico e medidas não farmacológicas.	
Tem conhecimento sobre possíveis efeitos secundários da terapêutica, vigilância e sua prevenção (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação).	
Reconhece e faz uso quando necessário dos recursos disponíveis na UD (consulta telefónica de enfermagem e presencial após marcação).	
Tem dor crónica controlada.	

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

“...a família adquire capacidade para ajudar a cuidar do doente.” (Gomes, 2016, p. 236)

OBJETIVO: Capacitar e garantir que o FC tem capacidade para cuidar da PI; Permanecer como recurso se necessário, desenvolvendo competências humanas, relacionais e técnicas.	
ASSUMIR OU ASSEGURAR O CUIDADO DO OUTRO	FC
Assume o papel de cuidador com agrado.	
O papel de cuidador permite-lhe manter em simultâneo o seu projeto de vida e saúde (componente social, profissional, familiar).	
Detém informação que lhe permite tomar decisões relativas ao Cuidado do Outro na sua multidimensionalidade.	
Conhece os recursos disponíveis na UD (consulta telefónica e presencial).	
Sabe aceitar e reconhecer a dor crónica da PI.	
Conhece e sabe gerir o Plano Terapêutico Integrado da dor crónica, nomeadamente: regime terapêutico (terapêutica medicamentosa de base, de resgate); tratamento farmacológico e medidas não farmacológicas.	
Tem conhecimento sobre os efeitos secundários da terapêutica na PI, auxilia na vigilância e prevenção dos mesmos (náuseas, vômitos, sonolência, obstipação).	
Participa ativamente junto da PI para que esta tenha dor crónica controlada.	
Reúne capacidades para assegurar o projeto de vida e saúde da PI.	

APÊNDICE VIII- Estudo de Caso de Pessoa Idosa com Dor Crónica

Estudo de Caso de Pessoa Idosa com Dor Crónica

Local: Centro Multidisciplinar de Dor

Espaço temporal: Outubro de 2019

REVELAR-SE

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

OBJETIVO: Mobilizar competências de comunicação, quer do enfermeiro quer da PI; Identificar conhecimentos, recursos pessoais e contexto de vida da PI nas suas múltiplas dimensões (físicas, biológicas, espirituais, culturais, sociológicas e existenciais) com o intuito de elucidar e expor o melhor meio de a cuidar.

DAR-SE A CONHECER À PESSOA IDOSA E FAMILIAR CUIDADOR

A pessoa idosa eleita para o estudo de caso já frequentava a UD em tratamento não farmacológico aquando do nosso primeiro contacto, pelo que fui apresentada pela enfermeira responsável quando chegou ao gabinete para mais uma sessão (o tratamento que se encontrava a realizar consistia na regeneração celular por meio de uma hipertermia profunda dos tecidos na região lesada através da circulação de correntes de alta frequência, chamando-se de diatermia. Este tratamento ao favorecer a regeneração celular, estimula a circulação sanguínea, provocando um relaxamento muscular e consequentemente, alivia a dor local). Continuei a apresentação explicando que era enfermeira, embora de momento na qualidade de aluna e quais os motivos que me levavam a estar presente na UD em estágio.

A Sra. W. com mais de 80 anos compreendeu os motivos da minha presença e mostrou-se sempre muito recetiva e disponível para responder a algumas questões e conversar comigo. Apesar de a conversa e tratamento serem realizados em gabinete com presença de outros profissionais e outras atividades em simultâneo (por exemplo a consulta telefónica de enfermagem), foi possível manter um ambiente calmo, sem ruído e intimista propício em promover uma escuta ativa demonstrando respeito e disponibilidade às necessidades da Sra. W. Este ambiente foi conseguido fazendo uso de um biombo disponível no gabinete, separando as áreas de trabalho e a sessão

foi realizada num dos cantos do gabinete o que permitiu que não houvesse interrupções nem distrações com a presença de outros. O tom de voz adequado à senhora, sereno e um olhar dirigido permitiu igualmente criar o ambiente para a nossa conversa. Pretendeu-se assim centrar toda a atenção na pessoa idosa, percebendo e aceitando a sua singularidade, demonstrando tempo e espaço para a construção de uma relação de qualidade que, segundo Gomes, é estabelecida mediante uma relação de confiança com a pessoa na qual o enfermeiro promove a afetividade na sua abordagem, explícita em que vai consistir a sua relação, demonstra disponibilidade e centra a sua atenção nas necessidades e contexto individual da pessoa. Este conhecimento mútuo providencia a relação de parceria entre ambos (Gomes, 2013).

CONHECER A IDENTIDADE DA PESSOA (QUEM É?)

A Sra. W. é uma senhora com mais de 80 anos de idade, biótipo mesomorfo e que após questionado, nos revelou que gosta de ser tratada pelo seu primeiro e segundo nome, passando a partir daí a ser assim tratada por nós. Tem nacionalidade portuguesa e é natural da região centro, residindo neste momento na região Sul. De momento reformada, desde há três décadas, foi professora do primeiro ciclo, algo que refere com muito carinho, revelando que gostava da sua profissão. É viúva desde o final dos anos 80. Estudou durante 12 anos na região centro onde também exerceu parte da sua profissão.

Revela quando questionada que já foi católica, quer pela sua educação/formação mas que, após a morte do marido, através de uma reflexão pessoal chegou à conclusão que prefere viver sem qualquer religião.

CONHECER O CONTEXTO DE VIDA (O QUE É A PESSOA?)

A Sra. W. após a morte do seu marido viveu sozinha, no entanto com o passar dos anos, decidiu refazer a sua vida emocional, vivendo atualmente, desde há quase duas décadas acompanhada por um senhor de seu nome Y., ambos da mesma faixa etária. Este senhor reformado de uma profissão ligada ao mar em que viajava muito tem quatro filhas, em que apenas uma se encontra no país, no entanto mantêm todas o contacto e visitas ao pai, sendo também próximas da Sra. W. A Sra. W., quando quer falar deste senhor refere-se a ele como “companheiro”, sempre com muito orgulho e carinho.

Do seu primeiro casamento teve os únicos filhos, uma filha e um filho, que estão agora na casa dos 50 anos de idade. A filha, divorciada, têm três filhas, e o filho duas filhas. Não vive perto dos filhos, tem uma boa relação com todos, embora seja mais próxima das netas que dos filhos. Visitam-se e telefonam-se com regularidade. Esta relação de proximidade com a família é notória quando revela por exemplo o caso desta semana: foi o seu aniversário e para comemorar decidiu receber a sua família num jantar de família que ela mesma preparou com ajuda do seu “companheiro”.

Vive num apartamento com elevador, tem ajuda para manutenção e limpeza da casa, e embora ainda realize algumas atividades ligeiras como limpar o pó, deixa para o companheiro algumas que considera mais difíceis, como varrer. A situação económica da Sra. W. é estável, bem como do seu companheiro pelo que a área financeira não é um problema. Revela que já não consegue realizar autonomamente as suas compras por dificuldade em caminhar longos percursos como ir até ao supermercado, motivo pelo qual optou por comprar já comida feita para as refeições diárias. Antes deslocava-se de viatura própria, mas desde alguns anos, quando acidentalmente lhe bateram no automóvel, optou por não o arranjar dada as suas idades (quer do automóvel, quer a sua própria idade).

Após a reforma revela que ainda se inscreveu em alguns cursos para se manter ativa, tais como pintura a óleo e guache, mas que acabou por abandonar, nem sabendo bem explicar o porquê. De momento sem nenhuma atividade formal, revela que ainda sai com algumas amigas para manterem a conversa em dia enquanto bebem um chá. Não tem quaisquer adições, nem ela nem o companheiro.

Quando questionada sobre experiências passadas com dor crónica, não se recorda de nenhuma específica em concreto, mas lembra com tristeza o apoio que dava ao seu falecido marido que “passou muito mal” os seus últimos dias de vida hospitalizado por um tumor de que viria a falecer.

Das informações reunidas após conversa com a Sra. W. foi possível representar graficamente a sua família e dinâmica familiar, através dos seguintes genograma e ecomapa respetivamente:

Genograma:

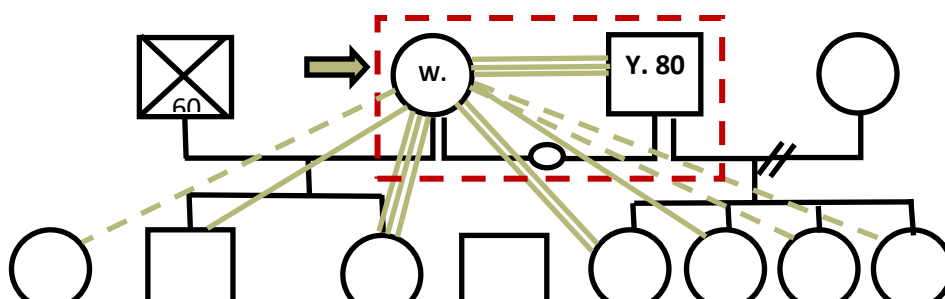
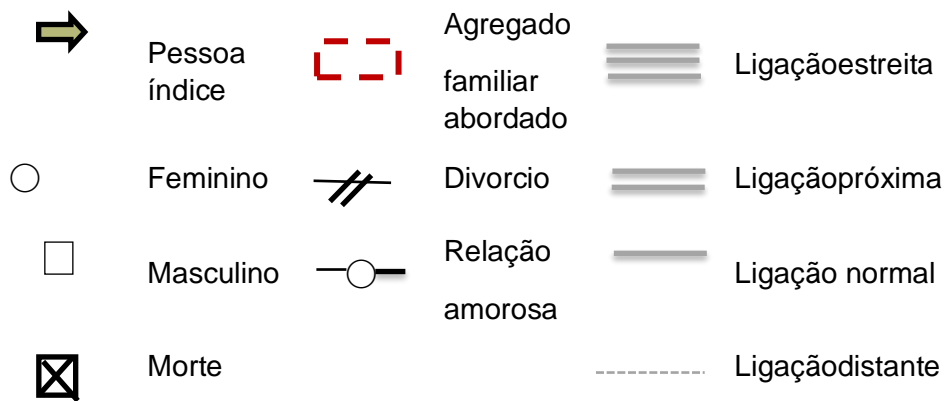


Figura 1- Genograma da Sra. W.

Legenda:



Ecomapa:

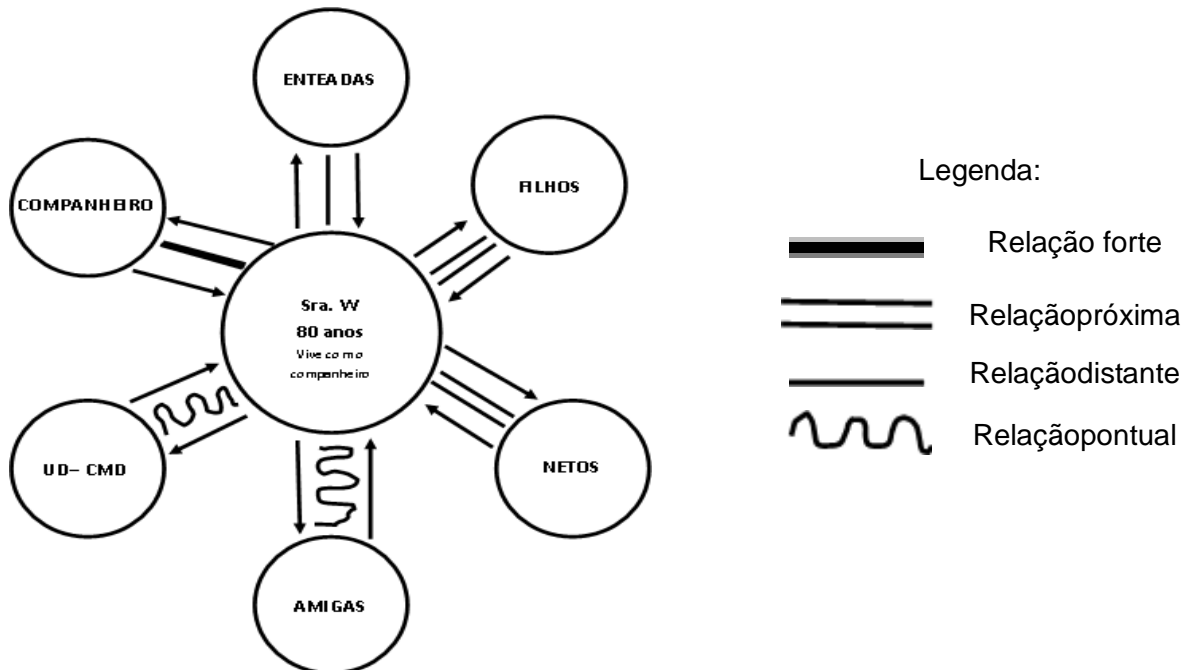


Figura 2- Ecomapa da Sra. W.

CONHECER A HISTÓRIA DA DOENÇA DA PESSOA IDOSA

A Sra W. teve o primeiro contacto com o CMD em 2013 após referência pelo ortopedista de um hospital privado da região centro onde até à data tinha realizado duas cirurgias à coluna lombar em 2004 e 2012.

Inicialmente foi encaminhada com o diagnóstico provisório de FBSS (*Failed Back Surgery Syndrome* ou traduzindo para português, Síndrome da Cirurgia Falhada à Coluna) que consiste na persistência de dores lombares após uma ou mais intervenções na coluna vertebral e que pode resultar de compressão da raiz nervosa durante o período pré-operatório, complicação cirúrgica ou lesão nervosa no intra-operatório ou ainda do desenvolvimento de fibrose pós-operatória. Após consulta e acompanhamento no CMD, o diagnóstico definitivo foi Síndrome Sacrílica (SI) bilateral, que consiste numa disfunção biomecânica da articulação sem uma patologia relacionada evidente. Por exemplo para a Associação Internacional para o Estudo da Dor os doentes devem possuir todas as seguintes características: dor na região da articulação SI, com possível irradiação nas zonas adjacentes; reprodução da dor por técnicas de exame físico que estimulam a articulação; eliminação completa da dor com injeção intra-articular de anestésico local e possuir uma articulação morfologicamente normal sem alterações radiográficas demonstráveis. Os fatores etiológicos envolvidos na génese da Síndrome SI incluem trauma, lesões sucessivas, cirurgia prévia à coluna ou causas idiopáticas. As pessoas com Síndrome SI descrevem como fatores de exacerbação quando se abaixam, se sentam ou andam de carro e de alívio, quando ficam em pé ou andam (Cheng e Ferrante, 2006; Krawczyk-Wasielewska et al, 2014). Da conversa resultante com a Sra. W. não constatei que a senhora dominasse os termos concretos/clínicos do seu diagnóstico embora esteja ciente de que não terá tratamento definitivo, apenas adjuvante no controlo da dor, ou seja, entende a cronicidade da sua dor.

Entretanto após recorrer ao CMD ao longo destes últimos anos, por períodos dispersos no tempo, a última referência partiu de uma consulta externa onde é seguida.

A Sra. W. tem como antecedentes pessoais:

- Três cirurgias lombares (Artrodese L4-S1 em 2004; Extensão de artrodese a L3-L4 em 2012 e extensão de artrodese a L3-L2 em 2014;
- Prótese Total da Anca (PTA) direita em 2006;
- Cirurgia a Hallux Valgus;
- Tireoidectomia total;

- Neoplasia benigna da língua (excisão de hemangioma da base da língua em 2015);
- Refluxo esofágico;
- Dislipidémia;
- Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) desde 2000 sem sintomas de imunodepressão (medicada com antirretrovirais com boa adesão, carga viral indetetável com boa resposta imunológica);
- Síndrome Vertiginoso;
- Doença osteoarticular;

Tem descrito alergia grave ao TenofovirDisoproxil (substância ativa: Fumarato de TenofovirDesoproxilo) e intolerância ao Lyrica® (substância ativa: Pregabalina) embora não saiba explicitar em detalhe cada uma.

De momento encontra-se a realizar sessões de diatermia, mas já realizou em 2017 infiltração local medicamentosa a nível da SI que refere na altura ter aliviado a sua dor. Não recorre a terapias alternativas para controlo da dor e o seu regime medicamentoso prescrito atualmente é o seguinte:

Medicamento	Grupo Farmacológico	Via	Dosagem	Horário
Metamizol de magnésio	Analgésico, antipirético e espasmolítico	Oral	575mg	1cp 2xdia
Clonixinato de lisina	Analgésico, antipirético	Oral	125mg	1cp 2xdia
Clonixina (Clonix®)	Analgésico, antipirético	Oral	300mg	1xdia
Atorvastatina+ Ezetimiba	Antidislipidémico (Estatina)	Oral	20+10mg	1xdia
Betahistina	Antiemético e antivertiginoso	Oral	16mg	1cp 2xdia

Dicloridrato de trimetazidina (Vastarel®)	Vasodilatador	Oral	20mg	1cp 1xdia
Nevirapina (Viramune®)	Antiviral (antirretroviral, análogo não nucleósido inibidor da transcriptase reversa)	Oral	200mg	1cp 1xdia
Abacavir / lamivudina (Kivexa®)	Antiviral (antirretroviral, análogo nucleósido inibidor da transcriptase reversa)	Oral	600/300mg	1cp 1xdia
Zolpidem*	Benzodiazepina	Oral	10mg	1cp 1xdia
Gabapentina	Antiepilético e Anticonvulsivante (adjuvante no tratamento da dor neuropática periférica)	Oral	300mg	1cp 1xdia
Trazadona**	Psicofármaco; Antidepressor	Oral	150mg	1cp 1xdia
*Medicação suspensa a 15/09/2019				
**Medicação prescrita a 15/09/2019				

A Sra. W. é parcialmente autónoma no seu regime medicamentoso, não se consegue lembrar do nome de todos os medicamentos, nem vem acompanhada à consulta/tratamento do seu guia terapêutico, no entanto sabe para que serve cada medicamento prescrito quando é mencionado pela enfermeira e tenta gerir o horário de acordo com as indicações dadas. Em jeito de confidência, que muito me surpreendeu por ser o nosso primeiro contacto, revelou-me que à parte de todos estes medicamentos ainda faz um outro que não lhe foi prescrito por nenhum médico mas

que faz porque se dá bem com ele, “melhor do que com o Zolpidem®” sic. Não se recorda do nome e refere que algumas vezes o faz à noite em substituição do Zolpidem®, mas não só, como hoje, que não se “sentia bem” e tomou o comprimido antes de vir ao tratamento agendado para as 13h30m. Ou seja, embora conheça o seu regime medicamentoso, não o cumpre rigorosamente conforme prescrito, fazendo algumas alterações que julga serem mais eficazes para si.

CONHECER A HISTÓRIA DE DOR DA PESSOA IDOSA

A Sra. W. aquando do nosso primeiro contacto referiu dor na região lombar com incidência central e com irradiação para os membros inferiores. Descreve uma dor tipo “picada” com sensação de “calor” que é constante, descritor de dor neuropática, com aumento de intensidade por períodos no final do dia ou após a realização de esforços. Neste dia de tratamento classificou a sua dor segundo a Escala Numérica (EN) de 9. Questionada sobre se realizou a terapêutica de resgate prescrita, vulgarmente conhecida por SOS, afirmou que não, nem se lembrando de qual seria e como e em que condição deveria ser tomada.

No segundo dia de contato, mantinha a dor na região lombar mas com irradiação para as regiões dorsal e sacroilíaca. Apresentava igualmente dor no joelho direito, mas que não irradiava da coluna. Nesse dia, classificou a sua dor segundo a EN entre o 4 e o 5.

Para melhor compreender a dor da Sra. W. foi utilizado o Inventário Resumido da Dor⁴ que nos permite avaliar e caracterizar a intensidade da dor e a sua interferência na

⁴ Foi traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa por Azevedo e colaboradores no contexto de um estudo da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto efetuado em unidades de dor crónica e publicado na revista *Dor* em 2007. “O Inventário Resumido da Dor foi concebido com o objetivo de ser fácil de aplicar, rápido e simples, constituindo um método de medição e avaliação da dor numa perspetiva multidimensional... Inclui 15 itens que avaliam a existência, severidade, localização, interferência funcional, estratégias terapêuticas aplicadas e eficácia do tratamento da dor. Contém um item dicotómico para verificação da existência de dor, um item para a localização da dor através da indicação das áreas de dor num diagrama representativo do corpo humano, uma escala de severidade da dor constituída por quatro itens (máximo, mínimo, em média e neste momento) com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10), um item para registo das estratégias terapêuticas aplicadas, um item que quantifica em termos percentuais a eficácia dos tratamentos aplicados e,

vida diária da pessoa. Este instrumento foi usado na terceira semana de Outubro de 2019, aquando do nosso segundo contato. A Sra. W foi capaz de localizar no diagrama corporal as áreas onde sentia dor, nomeadamente na região posterior do corpo, área lombo-sagrada com irradiação para os membros inferiores até ao joelho. Nesta última semana classifica a sua dor da seguinte forma (em que 0 corresponde a sem dor e 10 à pior dor que se pode imaginar):

- Dor máxima de 9;
- Dor mínima de 3;
- Dor média de 4/5;
- Dor no momento da avaliação 4/5.

Reconhece uma melhoria em 50% na diminuição da sua dor através dos tratamentos e medicamentos que realiza, no entanto no momento, não soube enunciar quais os medicamentos. Refere que a dor interfere com a sua vida diária, em algumas áreas mais que outras, nomeadamente (em que 0 não interferiu e 10 interferiu completamente):

- Atividade geral em 5;
- Disposição em 5;
- Capacidade para andar a pé em 8;
- Trabalho normal em 8;
- Relações com as outras pessoas em 5;
- Sono em 4 e,
- Prazer de viver em 1.

Pudemos assim verificar que a dor tem vindo a melhorar gradualmente face ao Plano Integrado Terapêutico (PIT) e que interfere maioritariamente com a sua capacidade funcional motora e não afetiva. Nesta fase conseguiu-se espelhar o que é a pessoa idosa na qual vamos centrar a nossa atenção e cuidado, foi-nos permitido recolher

finalmente, uma escala de interferência funcional constituída por sete itens com escalas numéricas de classificação (de 0 a 10) que avaliam a interferência da dor nas atividades gerais, humor, mobilidade, trabalho, relações pessoais, sono e prazer de viver. A evidência existente demonstra que este é um instrumento válido, reprodutível e sensível na deteção, acompanhamento e caracterização da dor. A qualidade e importância deste questionário são evidenciadas pela existência de versões validadas em mais de 10 línguas e pelo facto de ser um questionário recomendado por grupos de consenso na área da medição e avaliação da dor.” (Azevedo et al, 2007)).

dados objetivos que nos elucidarão sobre como melhor cuidar a Sra. W., contudo depois de este processo de mútuo conhecimento e partilha, torna-se necessário entrar em detalhe, ou seja, na singularidade da pessoa e nada mais adequado para tal que a avaliação multidimensional da pessoa idosa de que falaremos de seguida na segunda fase do processo de parceria.

CONHECER O FAMILIAR CUIDADOR

O familiar cuidador da Sra. W. é o companheiro de há cerca de 20 anos, Sr. Y, com o qual tem uma relação de união de fato. É um senhor com 80 anos de idade, originário de Cabo Verde, tendo frequentado o 2º Ano de Liceu e depois seguido o seu percurso profissional de maquinista e mecânico a bordo de barcos holandeses durante cerca de dez anos. Gosta de ser tratado pelo sobrenome, é ateu e tem quatro filhas, sendo que apenas uma delas reside em Portugal e de quem a Sra. W é mais próxima. No entanto tem uma relação de proximidade com todas elas. O Sr. Y realiza com frequência caminhadas tentando dessa forma manter alguma atividade física, com caminhadas junto ao mar, antes acompanhado pela Sra. W, embora agora a companhia seja muito rara dadas as limitações desta. Não apresenta quaisquer défices motores e de antecedentes de saúde mais relevantes destacam-se hipercolesterolemia e hiperplasia benigna da próstata.

CONHECER O PERCURSO DO FAMILIAR CUIDADOR NO ACOMPANHAMENTO DA PI

Uma vez que geograficamente o hospital se situa afastado da área residencial da Sra. W, esta faz-se sempre acompanhar do Sr. Y. Desde a primeira cirurgia lombar que tem sido uma presença constante e fonte de apoio em todo este percurso de doença/dor sendo um recurso no apoio e cuidado à Sra. W. Revela-se sempre muito atencioso e interessado em saber de que forma pode dar o seu contributo para melhorar a situação de dor crónica, especialmente quando em fase agudizada. Revelou-se aberto à partilha de informações e aquisição de novos conhecimentos para melhorar a sua colaboração em todo o processo de cuidados à Sra. W.

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 permitir ao encontro da pessoa e desenvolver uma relação de confiança que vai para além do revelar-se.” (Gomes, 2016, p. 232)

OBJETIVO: Identificar a singularidade da PI/FC; recolher dados concretos a mobilizar na ação e relação com a PI/FC (atitude centrada na pessoa); Aprofundar o conhecimento das necessidades e potencialidades da PI/FC de forma a delinear quais os recursos a adotar para a sua realização e consequentemente, do Cuidado de Si.

A relação de parceria com a Sra. W. nesta segunda fase do processo desenvolveu-se aquando das deslocações da senhora ao hospital para realização do tratamento não farmacológico, nomeadamente a diatermia. Não sendo o espaço físico ideal para o desenvolvimento de uma relação de proximidade e confiança devido à presença de mais pessoas (profissionais) em gabinete, tentou-se por meio de uma postura de respeito, disponibilidade, escuta ativa e tom baixo de voz (mas suficiente para a senhora ouvir claramente) criar um ambiente de maior intimidade e proximidade. Assim, centrando a minha atenção única e somente na Sra. W. consegui rapidamente atingir esse ponto de proximidade, ganhando abertura para uma conversa plena de conteúdo e significado no que diz respeito ao seu contexto de doença, vida pessoal e afetiva, expondo as suas necessidades e realizações no seu projeto de vida.

CONHECER A SINGULARIDADE NA PESSOA IDOSA

Para o conhecimento mais aprofundado da pessoa idosa dispomos de vários instrumentos de recolha de dados que, mediante os seus achados e análise, nos permitem identificar alterações físicas e mentais, mas também sociais que se relacionam entre si e que são decorrentes do envelhecimento da pessoa, tornando-se úteis e fundamentais para quem quer aprofundar o conhecimento da pessoa idosa estabelecendo assim medidas concretas de abordagem a esta faixa etária. Os cuidados através da avaliação multidimensional descentralizam o foco na doença, concentrando as atenções nas necessidades reais ou potenciais da pessoa idosa (Rodrigues, 2008) e serão estes cuidados que permitirão a promoção da sua autonomia.

Se na prática estes cuidados forem estabelecidos numa relação de parceria em que a pessoa idosa é vista como um ser único, irrepetível e insubstituível, poderemos

chegar ao cuidado de Si contribuindo para a manutenção do projeto de vida da pessoa idosa (Gomes,2016).

Como instrumento de rastreio do declínio cognitivo da Sra. W., para além da observação e das questões colocadas, foi usado o **Mini Exame Do Estado Mental** (MEEM). Foi possível verificar que a Sra. W. está consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa, apresenta discurso perceptível, fluente e coerente. Demonstra ainda capacidade de retenção de informação. A pontuação obtida no MEEM num máximo de 30 pontos foi de 28 pontos o que revela **ausência de défice cognitivo** (só é considerado défice para quem tem igual ou menos de 22 pontos para a escolaridade de 1 a 11 anos).

Ainda dentro do âmbito da avaliação mental, não é menos importante o estado afetivo da pessoa idosa, desta forma, avaliou-se este estado de cariz mais emocional através da versão curta de quinze questões da **Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage**. A existência de depressão é fornecida avaliando aspetos cognitivos e comportamentais refletidos nas questões com um ponto. A obtenção de quinze pontos revela depressão grave e zero pontos, sem depressão. Após conversa com a Sra. W. em resposta direta às questões da escala, esta obteve 6 pontos o que é indicador de **depressão ligeira**. Apesar de bem-disposta e revelar uma *facies* sorridente durante a nossa conversa, talvez se possa associar este resultado com a alteração das suas atividades e rotinas diárias, gostaria de realizar mais do que aquilo que fisicamente lhe é permitido e chega mesmo a revelar que muitas vezes sentindo-se com dor disfarça para não preocupar os outros familiares.

Avaliou-se igualmente dentro do âmbito do estado afetivo, qual a perceção que tem do funcionamento da sua família através do **Apgar Familiar**. Esta avaliação com pontuação de zero a dez classifica a relação familiar como disfunção severa (de 0 a 3), disfunção leve (de 4 a 6) ou altamente funcional (de 7 a 10). Obteve a pontuação máxima de 10, ou seja, família **altamente funcional**, quer isto dizer que, dos componentes que a escala avalia, a Sra. W. e a sua família possuem características de adaptabilidade, parceria, crescimento, afeto e compromisso plenos nas suas relações.

No que diz respeito às alterações físicas/funcionais da Sra. W. foram avaliados diversos parâmetros, como a marcha, o risco de queda, as atividades de vida diárias e as atividades instrumentais de vida.

Através da **Classificação Funcional da Marcha de Holden** que permite determinar o grau de autonomia da marcha segundo a ajuda física ou supervisão necessárias consoante o tipo de superfície em que ela é feita, constata-se por observação direta, e posteriormente por validação, que a Sra. W. pertence à **categoria 4- marcha independente em superfície plana**, precisando de apoio em zonas irregulares ou com declives em que não se sente tão segura, recorrendo tal como referiu ao apoio direto do seu companheiro, bem como se for para longas distâncias.

Pela sua faixa etária, presença de dor crónica com sintomatologia a nível dos membros inferiores e presença de diagnósticos secundários, é pertinente avaliar o risco de quedas da Sra. W. Esta avaliação foi realizada por meio da **Escala de Quedas de Morse**. A pontuação obtida depois da avaliação dos seis itens que compõem a escala indica o risco de queda da pessoa, quanto maior o valor, maior o risco, numa pontuação de 0 a 125. A pontuação obtida foi de **25 pontos** o que indica **baixo risco de queda**. Esta pontuação deve-se à presença de diagnósticos secundários (15 pontos) e à marcha de desequilíbrio fácil (10 pontos).

Para avaliação do estado funcional das atividades de vida diárias optou-se por se usar o **Índice de Barthel** por o considerar mais completo que a Escala de Katz. O índice avalia o nível de independência da pessoa para a realização de dez atividades básicas de vida consideradas fundamentais para o autocuidado e sobrevivência: comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. O nível de dependência validado para a população portuguesa por Araújo e colaboradores é definido num total de 20 pontos e divide-se da seguinte forma: total dependência = 0-8; dependência grave = 9-12; dependência moderada = 13-19 e independência total = 20. Após aplicação do índice constatou-se que a Sra. W. possui uma pontuação de 19 pontos, o que corresponde a uma **dependência moderada**. Apenas não obteve a pontuação de 20 uma vez que na questão relacionada com o subir e descer escadas, embora o consiga fazer sozinha, precisa de algum apoio dado o receio em desequilibrar-se e cair. É autónoma nos seus cuidados de higiene e consegue escolher e vestir a sua roupa sem ajuda de terceiros, o que inclui calçar-se sozinha. Alimenta-se autonomamente. Em termos de mobilidade é autónoma nas transferências que realiza dentro da sua habitação, deambula sem apoio de auxiliar de marcha. Mantém o controlo de esfíncteres, quer intestinal quer vesical e é autónoma nas idas à casa de banho.

Outro instrumento para avaliação funcional da pessoa idosa é a **Escala de Lawton&Brody** que permite avaliar as atividades instrumentais de vida diária, aquelas necessárias para um dia-a-dia independente na comunidade. Avalia oito atividades instrumentais e a pontuação difere quer seja homem ou mulher a ser avaliado (para homem vai de 0 a 5 e para mulher de 0 a 8) variando entre a dependência total, grave, moderada ou ligeira e a independência. No caso da Sra. W., a pontuação obtida foi de 5 pontos, classificando-a como pessoa idosa com **dependência moderada**. As atividades nas quais requer dependência de terceiros, neste caso o companheiro, são na realização de compras para a casa (não consegue percorrer a distância para o supermercado nem suportar o peso dos sacos), na preparação da alimentação (prepara pontualmente algumas refeições ligeiras, mas no geral do dia-a-dia, as refeições principais são adquiridas fora e consumidas em casa). Tem ajuda externa para as tarefas domésticas mais pesadas embora ainda participe em algumas como limpar o pó, não cuida da sua roupa sozinha e desloca-se de táxi com frequência sendo esse o seu meio de transporte.

Importa igualmente avaliar o estado nutricional da Sra. W. Começando pela avaliação do cuidado oral, a senhora apresenta uma mucosa oral íntegra sem qualquer problema na mastigação e deglutição, possuindo dentição completa, cuidada. Refere cumprir uma ingestão hídrica adequada e realizar uma alimentação saudável, conhecida segunda a própria como dieta mediterrânica. Tem uma pele cuidada, íntegra e hidratada. Apresenta-se sempre com um aspeto cuidado, face maquilhada e roupas cuidadas.

A avaliação do estado nutricional da Sra. W. foi realizada mediante o **Mini Nutritional Assessment (MNA)**. O MNA é uma ferramenta de controlo e avaliação utilizada para identificar pessoas idosas com risco de desnutrição desenvolvida pela Nestlé. É composta por duas avaliações. A primeira, a triagem, varia entre 0 pontos (desnutrido) a 14 pontos (estado nutricional normal), em que quem obtiver uma pontuação igual ou menor que 11 pontos (sob risco de desnutrição), deve seguir para a segunda avaliação, a avaliação global para aferição se existe desnutrição ou não mediante questões mais específicas. No entanto, quando se quer uma avaliação mais detalhada não é errado realizar as duas avaliações mesmo quando o resultado da primeira não é superior a 11. A Sra. W. apresenta um estado nutricional normal, com uma pontuação total de 12.5 e 12, o que perfaz um total de 24.5, ou seja, com um **estado nutricional normal**. A sua avaliação antropométrica definiu-se com um peso

de 58 quilogramas e altura de 1.55 metros. Mediante estes valores e calculando o Índice de Massa Corporal (IMC)⁵ chega-se ao valor de 24.1 o que corresponde a um IMC normal.

A avaliação multidimensional do idoso reporta-nos para conceitos como a fragilidade e a funcionalidade do idoso, que caminham lado a lado com o envelhecimento da população, onde podemos incluir a Sra. W. Quando a pessoa idosa se vê privada ou limitada na sua saúde, falamos numa alteração na sua capacidade individual de cumprir e satisfazer as suas necessidades, não importando a idade ou a presença de doença(s) (Moraes et al, 2017). Segundo estes autores, o conceito de capacidade funcional como novo indicador de saúde, no qual a saúde, neste caso da pessoa idosa, se relaciona intimamente com a funcionalidade global do indivíduo, vai definir a capacidade desta gerir a própria vida ou cuidar de si mesmo. Estes conceitos vão de encontro ao quer é demonstrado no processo de parceria de Gomes que se centra igualmente em conceitos que visam maximizar o cuidado de Si (Gomes, 2013 e 2016). Moraes e colaboradores explicitam a capacidade funcional como o resultado conjunto e interativo de diversos domínios, nomeadamente:

- Cognição (capacidade mental de compreender e resolver problemas);
- Humor/Comportamento (motivação para realização de atividades pessoais e sociais; compreensão de funções sensoriais, percetivas, pensamentos e consciência que influenciam o comportamento);
- Mobilidade (capacidade individual de se deslocar e interagir com o meio, estando dependente de outros quatro sistemas: a capacidade aeróbica e muscular- massa e função; o alcance/preensão/pinça- membros superiores; a marcha/ postura/ transferência e a continência esfinteriana na medida em que a sua ausência interfere diretamente na mobilidade e inibe a socialização da pessoa);
- Comunicação (capacidade de estabelecer um relacionamento produtivo com o que o envolve pela troca e partilha de informações, desejos, ideias e sentimentos, estando dependente de três sistemas funcionais: visão, audição

⁵O IMC corresponde a um indicador de saúde que nos permite avaliar o estado de obesidade da pessoa, classificando o peso corporal ao relacionar peso e altura. A fórmula deste índice é definida pelo peso da pessoa (em quilogramas) dividido pelo quadrado da sua altura (em metros). $IMC = \text{peso (kg)} / \text{altura (m}^2\text{)}$

e produção/motricidade orofacial- voz, fala e mastigação/deglutição (Moraes et al, 2017).

Sempre que estes domínios não encontrem um equilíbrio, a pessoa idosa vivencia perdas de autonomia (capacidade individual de decisão e controlo dos seus atos) e independência (capacidade de realizar ações por si mesmo, sem a ajuda de outro), resultando em declínio funcional das suas capacidades físicas e mentais. Daí ser tao importante a avaliação multidimensional do idoso que permite compreender as suas características singulares e associar o seu comprometimento a alterações das suas funções sem estar relacionado apenas com ad alterações normais decorrentes do envelhecimento (senescência). A avaliação multidimensional da pessoa idosa permite identificarmos as condições que contribuem para o aparecimento de incapacidades que tornam a pessoa idosa vulnerável e conseqüentemente frágil a situações adversas em saúde, como sejam os internamentos, quedas e dependência, entre outros. A fragilidade pode ser descrita como um estadio que antecede a incapacidade e que quando detetada a tempo permite adotar medidas e atuar junto da pessoa idosa com o intuito de reverter esse processo (Moraes et al, 2017).

Apresentamos de seguida um quadro síntese para melhor consulta e análise, baseado nos domínios propostos por Moraes e colaboradores, onde reunimos a informação da capacidade funcional da Sra. W. para futura interpretação dos dados.

Quadro 2- Diagnóstico funcional Global da Sra. W.

Funções			Comprometimentofuncional	
			Não	Sim
Cognição			X	
Humor/ Comporta- mento	Motivação para atividades	Pessoais	X	
		Sociais		X (gostaria de realizar mais atividades do que as que fisicamente lhe são permitidas)
	Compreensão e consciência de funções que			X (depressãoligeira)

	influenciam o comportamento			
Mobilidade	Dados antropométricos/IMC	X 24.1 (IMC normal)		
	Alcance/Preensão/Pinça (membros superiores)	X		
	Marcha/Postura/ Transferência	X		
	ContinênciaEsfincteriana	Urinária	X	
		Fecal	X	
	Risco de queda	X		
Comunicação	Visão	X		
	Audição		X Próteseauditiva	
	Voz/Fala	X		
	Mastigação/Deglutição	X		
Atividades de vidadiárias	Atividadesvidadiária		X Dependência Moderada (apoio para subir e descer escadas)	
	Atividades instrumentais da vida diária		X Dependência Moderada (apoio para compras, preparação de refeições e tarefas domésticas; desloca-se com frequência de táxi)	
Outrasfunções	Estado nutricional	X		
	Sono	X		

Interação Social	Atividade de lazer		X
	Suporte familiar	X	
	Suporte social		X
	Segurança ambiental	X	

Moraes e Lanna debruçaram-se sobre o tema da fragilidade, chegando mesmo a introduzir o conceito de fragilidade multidimensional que se define como sendo a redução da reserva homeostática e/ou da capacidade de adaptação às agressões biopsicossociais, levando a maior vulnerabilidade ao declínio funcional (Moraes e Lanna, 2017). É composta pela fragilidade clínico-funcional e fragilidade socio-familiar. A primeira aborda o declínio funcional eminente (resultante de condições crônicas como por exemplo comorbidades e polimedicação que podem levar a dependência funcional) e o declínio estabelecido (presença de incapacidade funcional ou dependência), ao passo que a fragilidade socio-familiar aborda temas como a escolaridade, estado civil, participação e apoio social, acesso a serviços e atividade profissional. Mediante a interpretação da fragilidade multidimensional da pessoa idosa, estes autores desenvolveram a **Classificação Clínico Funcional do Idoso** que estratifica os idosos em três grandes grupos: idosos robustos, idosos em risco de fragilização e idosos frágeis.

A Sra. W. segundo esta classificação pertence ao grupo **Idoso em risco de fragilização** na medida em que estes idosos são capazes de gerir:

“...sua vida de forma independente e autônoma, todavia encontram-se em um estado dinâmico entre senescência e senilidade, resultando na presença de limitações funcionais (declínio funcional iminente), mas sem dependência funcional. Apresentam uma ou mais condições crônicas de saúde preditoras de desfechos adversos, como evidências de sarcopenia-síndrome, comprometimento cognitivo leve e/ou presença de comorbidades múltiplas. O foco das intervenções é prevenir o declínio funcional, através da abordagem adequada da polipatologia e polifarmácia, com ênfase nas seguintes intervenções, por ordem de importância: suspensão de drogas inapropriadas, definição de metas terapêuticas individualizadas, priorização dos cuidados, diagnóstico e tratamento das condições de saúde subdiagnosticadas e/ou

subtratadas, reabilitação, prevenção secundária e primária.” (Moraes e Lanna, 2017, pag. 24)

Este grupo abarca ainda dois estadios, 4 e 5, em que o 4 diz respeito aos idosos independentes nas AVD mas com uma ou mais condições crónicas de saúde predictoras de declínio funcional e mortalidade (sarcopenia, comprometimento cognitivo leve, mais de cinco comorbilidades, doenças, polimedicação com mais de cinco medicamentos ou internamento recente) e em que o estadio 5 diz respeito a idosos portadores de condições crónicas predictoras de declínio funcional referidas no estadio anterior, onde já se constata limitações nas AVD avançadas, sendo estas as relacionadas com a integração social, produção e recreação mas ainda sem declínio nas AVD básicas e instrumentais (Moraes e Lanna, 2017).

CAPACITAR OU POSSIBILITAR: CAPACITAR

“...é construir uma ação conjunta no desenvolvimento de competências para agir e decidir, tendo em conta a partilha dos significados da experiência da pessoa num acontecimento crítico, os conhecimentos de cada um para a definição de objetivos...nas atividades de manutenção de vida e de reparação.” (Gomes, 2016, p. 233-234)

OBJETIVO: Desenvolver um processo fundamentado e partilhado de responsabilidade e poder; Mobilizar a singularidade da PI transformando capacidades potenciais em reais que capacitem a PI no controlo do Cuidado de Si;

PROMOVER O CUIDADO DE SI

Durante a realização das sessões de diatermia procurou-se incentivar a Sra. W a refletir sobre a alteração que o seu estado de saúde provocou no seu projeto de vida e de que forma lhe poderia ser dada continuidade, despertando vontade em desenvolver mecanismos que tornassem as capacidades potenciais em reais. Nesta fase da capacitação, foram detetados elementos com necessidade de intervenção, como o do regime terapêutico prescrito com particular incidência sobre o medicamentoso, pois notaram-se falhas na adesão ao mesmo. Ao alterar a prescrição deixando de tomar um determinado medicamento está-se a alterar todo um

tratamento. Desta forma foi realizada educação para a saúde, incidindo na importância do cumprimento e adesão ao regime medicamentoso, bem com da possibilidade de administração de terapêutica de resgate que minimizem o impacto da dor sentida. Desde a primeira intervenção em que praticamente não se recordava da medicação prescrita, até aos últimos contatos a evolução foi notória. A compreensão dos ensinamentos realizados permitiu reforçar o cuidado no cumprimento do regime medicamentoso e inclusivé, fazer uso da consulta telefónica quando surgia alguma dúvida na interpretação deste, validando sempre junto dos profissionais as suas ações e decisões.

COMPROMETER-SE

“...desenvolvimento de esforços conjuntos no sentido de procurar atingir os objetivos definidos, para assumir ou assegurar o controlo ou a progressão do projeto de vida e saúde da pessoa idosa...” (Gomes, 2016, p. 236)

OBJETIVO: Manter o compromisso com o projeto de vida e saúde que a PI fez para si mesma; Atuar na transição das capacidades potenciais para reais com base nos conhecimentos que adquiriu da pessoa, situação e sua evolução; Capacitar e ajudar um familiar cuidador no cumprimento desta fase se tal for necessário.

Nesta fase do Modelo de Parceria, procurou-se criar um compromisso consciente e informado junto da pessoa idosa que por meio de um esforço em parceria a levasse a prosseguir com o seu projeto de vida e saúde. As ações desenvolvidas potenciadoras do cuidado de Si estão apresentadas em forma de plano de cuidados onde mediante a identificação dos problemas são desenvolvidas intervenções de enfermagem em compromisso com a pessoa idosa visando alcançar determinados resultados. No decorrer do desenvolvimento do processo de parceria estabelecido com a senhora W. foram identificados dois problemas major com necessidade de intervenção para os quais se estabeleceu um plano de cuidados:

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
-------------------------	----------------------	----------------------------	--

Dor lombar relacionada com Síndrome Sacrílica bilateral, manifestada por dor lombosagrada com irradiação para os membros inferiores. Intensidade de dor:

- máxima EN=9;
- mínima EN=3;
- média EN=4/5;
- no momento da avaliação EN=4/5.

Impacto da dor na vida diária:Atividade geral 5/10;Disposição 5/10;Capacidade para andar a pé 8/10; Trabalho normal 8/10;Relações com as outras pessoas 5/10;Sono 4/10 ePrazer de viver 1/10

Controlo da dor para que a Sra. W. possa prosseguir o seu projeto de vida e saúde.

Incentivo à autoavaliação da dor no domicílio;

Incentivo ao contato telefónico com a equipa do CMD (consulta telefónica) sempre que dor não controlada;

Incentivo ao cumprimento do PIT (medicamentoso e sessões de diatermia agendadas no CMD);

Ensino de tratamentos não farmacológicos de controlo de dor passíveis de realizar no domicílio (como por exemplo aplicação de calor húmido);

Validação dos progressos realizados no controlo da dor.

Que a Sra. W. adquira a capacidade de autoavaliar a sua dor no domicílio;

Que a Sra. W. reconheça sempre que não apresenta dor controlada e atue de forma a solicitar ajuda no controlo e validação do tratamento a realizar;

Que a Sra. W. cumpra o seu PIT, nomeadamente o regime medicamentoso instituído e as sessões de diatermia agendadas;

Que a Sra. W. adote tratamentos não farmacológicos adjuvantes aos restantes instituídos no controlo da sua dor, potenciando a sua autonomia.

Que a Sra. W. obtenha reforços positivos sobre o seu esforço no controlo da dor, potenciando autonomia e auto-estima.

Problemas identificados	Resultados esperados	Intervenções de enfermagem	Compromissos estabelecidos em parceria
Não cumprimento do regime medicamentoso, manifestado por ausência de conhecimento, alteração do mesmo e administração de terapêutica não constante do guia terapêutico.	Conhecimento da medicação constante do guia terapêutico, suas indicações e efeitos para que adira ao cumprimento do regime medicamentoso prescrito.	<p>Despiste de défices cognitivos (avaliação do MEEM: 28 pontos - ausência de défice cognitivo);</p> <p>Ensino sobre o guia terapêutico: sua importância, aplicabilidade e necessidade de se fazer acompanhar do mesmo no dia-a-dia;</p> <p>Validação do reconhecimento da importância do guia terapêutico e seu cumprimento;</p>	<p>Que a Sra. W. reconheça a importância da compreensão do guia terapêutico;</p> <p>Que a Sra. W. tenha consigo o seu guia terapêutico, especialmente quando se desloca a uma unidade hospitalar ou até mesmo ao CMD;</p>

Incentivo ao uso da consulta telefónica na existência de dúvidas	Que a Sra. W. reconheça a importância da consulta telefónica e a saiba usar em caso de necessidade ou para esclarecimento de dúvidas;
Recurso à equipa médica caso se verifique necessidade de alteração de terapêutica para melhorar o controlo da dor (evitar as alterações da Sra. W. ao seu regime medicamentoso sem conhecimento e validação médica).	Que a Sra. W. reconheça a gravidade de realizar alterações ao seu plano terapêutico medicamentoso sem conhecimento da equipa do CMD.

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

“...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.” (Gomes, 2016, p. 236)

OBJETIVO: Garantir o Cuidado de Si; Intervir e Reformular o processo se necessário.

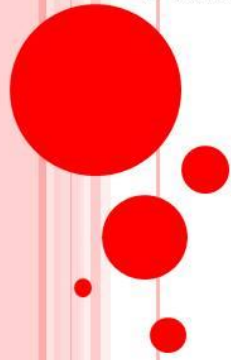
A quinta fase do Modelo de Parceria procura que a pessoa idosa seja capaz por fim de assumir o controlo ao cuidar de si próprio. Devidamente informada e esclarecida a pessoa idosa é capaz de tomar decisões impactantes na sua vida que lhe permitam retomar o seu projeto de vida e saúde de uma forma consciente (Gomes, 2016).

Ao longo dos contatos com a Sra. W. foi possível fornecer-lhe ferramentas que lhe seriam úteis no seu dia-a-dia no controlo da sua dor. As informações partilhadas por todos no CMD em plena sintonia permitiu reforçarem a educação para a saúde que ia sendo realizada, nomeadamente a importância do reconhecimento da dor, conhecimento do guia terapêutico e sua importância, aplicação de tratamentos não farmacológicos no domicílio adjuvantes ao PIT. Isto traduziu-se numa melhoria verificada ao longo dos contatos realizados com a Sra. W. e que foi sendo por ela própria verbalizada. Já reconhecia a importância de avaliar a sua dor e sobre ela atuar em conformidade com o PIT estabelecido: cumpria a terapêutica instituída, aplicava calor húmido no domicílio para auxiliar a diminuição da dor e chegou a fazer uso da consulta telefónica para validar uma determinada terapêutica. Num dos últimos contactos que estabelecemos, chegou mesmo a contar com alegria e satisfação que

realizou um passeio, embora pequeno à beira-mar junto com o seu companheiro, algo que já não realizavam juntos à algum tempo. Uma demonstração clara de gestão efetiva e controlo do seu cuidado, permitindo-lhe ganhos em controlo da dor e consequentemente conforto e bem-estar, tudo o que se almeja que a pessoa idosa atinja nesta fase do modelo de Parceria.

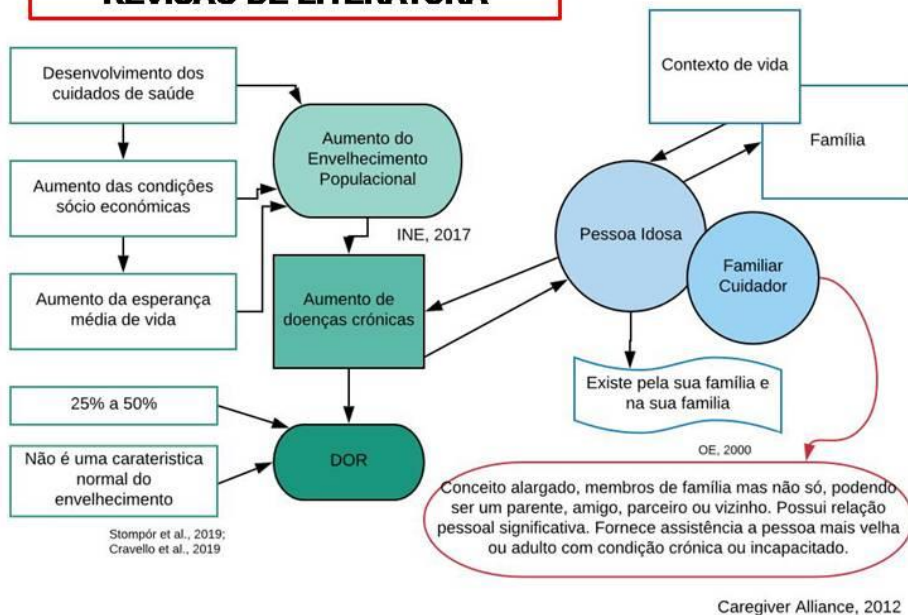
APÊNDICE IX- A pessoa idosa com dor crónica - A importância da avaliação e registo sistemático da dor na pessoa idosa em contexto de internamento

A PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA- A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO E REGISTO SISTEMÁTICO DA DOR NA PESSOA IDOSA EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO



ALUNA: VERA CRISTINA CRESPO DOS SANTOS (Nº3879)
PROFESSORA ORIENTADORA: PROFESSORA DOUTORA IDALINA GOMES
ENFERMEIRA ORIENTADORA: JOANA FELÍCIO

REVISÃO DE LITERATURA



O QUE É A DOR?

“EXPERIÊNCIA SENSORIAL E EMOCIONAL DESAGRADÁVEL, RELACIONADA COM UMA LESÃO REAL OU POTENCIAL DOS TECIDOS, OU DESCRITA EM TERMOS QUE EVOCAM ESSA LESÃO”

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (IASP)

- o A dor aguda é um sintoma limitado no tempo que pode e deve ser controlado.
- o A dor crónica refere-se à dor que se prolonga no tempo, de forma contínua ou recorrente por três ou mais meses, persistindo após o tratamento à doença/lesão de origem ou ausência desse tratamento
- o A prevalência da dor crónica na população portuguesa adulta excede os 30% e quando considerada apenas a dor de intensidade moderada a forte excede os 14%
- o A dor, em particular a dor crónica, tem impacto na pessoa muito para além do sofrimento que lhe causa, nomeadamente, sequelas psicológicas, isolamento, incapacidade e perda de qualidade de vida. Esse impacto pode ultrapassar a própria pessoa e envolver a família, cuidadores e amigos

(DGS, 2001)

(PNLCD, 2017)

o A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

- o A abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional.
- o A elevada prevalência da dor e a transversalidade da sua abordagem pelos profissionais de saúde deveriam obrigar a uma formação adequada.
- o A formação em dor deve iniciar-se no período pré-graduado e ser continuamente aprofundada e atualizada ao longo do trajeto profissional.

(PNLCD, 2017)

OBJETIVO GERAL

Capacitar os enfermeiros com conhecimentos que permitam avaliar e monitorizar sistematicamente a dor na pessoa idosa em contexto hospitalar

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS
Apresentar e divulgar o projeto a nível organizacional perante a equipa de enfermagem	Realização de reunião com enfermeiro coordenador, orientador e responsáveis de equipa (elo de ligação para os restantes pares)
Realizar diagnóstico de situação com a equipa de enfermagem sobre a temática da dor	Formulação e aplicação de pequeno questionário sobre a temática da dor aos enfermeiros no local de trabalho (permite assim despertar o interesse para a temática da dor através da auto-reflexão)

OBJETIVO GERAL

Capacitar os enfermeiros com conhecimentos que permitam avaliar e monitorizar sistematicamente a dor na pessoa idosa em contexto hospitalar

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS
Intervenções formativas aos enfermeiros (formação em serviço)	Planeamento e realização de intervenções formativas aos enfermeiros sobre dor
Promover a avaliação e monitorização sistemáticas da dor	Implementação de escala física de avaliação da dor no serviço de internamento Elaboração de um dossier disponível para consulta com uma coleta de toda a informação pertinente sobre a temática (fisiopatologia, dor, a pessoa idosa com dor, instrumentos de avaliação, intervenções farmacológicas e não farmacológicas, artigos e estudos...)

OBJETIVO GERAL

Capacitar os enfermeiros com conhecimentos que permitam avaliar e monitorizar sistematicamente a dor na pessoa idosa em contexto hospitalar

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES E ESTRATÉGIAS
Avaliar a aplicabilidade do instrumento escolhido (avaliação e monitorização sistemáticas da dor pelos enfermeiros)	Monitorização dos registos e das intervenções dos enfermeiros junto da pessoa idosa com dor por meio de consulta de processo clínico, entrevista e observação direta, identificando as lacunas Planeamento e realização de nova intervenção formativa se necessário



Ministério da Saúde

Direcção-Geral da Saúde

Circular Normativa

Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Nº 09/DGCG
Data: 14/06/2003

Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

- c) Existem, actualmente, diversas técnicas que permitem, na grande maioria dos casos, um controlo eficaz da Dor.
- d) Para além das Unidades já existentes, estão a criar-se novas Unidades de Tratamento da Dor, ao abrigo do consignado no *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*.
- e) O sucesso da estratégia terapêutica a longo prazo planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes.
- f) A avaliação e registo da intensidade da Dor, pelos profissionais de saúde, tem que ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente.

A Direcção-Geral da Saúde, no uso das suas competências técnico-normativas e depois de ouvida a Comissão de Acompanhamento do Plano Nacional de Luta Contra a Dor, institui, através da presente Circular, a "Dor como o 5º sinal vital".

Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

1. O registo sistemático da intensidade da Dor.
2. A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: "Escala Visual Analógica" (convertida em escala numérica para efeitos de registo), "Escala Numérica", "Escala Qualitativa" ou "Escala de Faces".
3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor.

Assunto: **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**

Nº 09/DGCG
Data: 14/06/2003

Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

Nestes termos, considera-se como norma de boa prática, no âmbito dos serviços prestadores de cuidados de saúde:

1. O registo sistemático da intensidade da Dor.
2. A utilização para mensuração da intensidade da Dor, de uma das seguintes escalas validadas internacionalmente: "*Escala Visual Analógica*" (convertida em escala numérica para efeitos de registo), "*Escala Numérica*", "*Escala Qualitativa*" ou "*Escala de Faces*".
3. A inclusão na folha de registo dos sinais e sintomas vitais, em uso nos serviços prestadores de cuidados de saúde, de espaço próprio para registo da intensidade da Dor.

II – REGRAS DE APLICAÇÃO DAS ESCALAS DE AVALIAÇÃO DA DOR

- a) A avaliação da intensidade da Dor pode efectuar-se com recurso a qualquer das escalas propostas.
- b) A intensidade da Dor é sempre a referida pelo doente.
- c) À semelhança dos sinais vitais, a intensidade da Dor registada refere-se ao momento da sua colheita.

○ **ESCALA VISUAL ANALÓGICA**

○ **ESCALA NUMÉRICA**

○ **ESCALA QUALITATIVA**

○ **ESCALA DE FACES**

Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Nº 09/DGCG
Data: 14/06/2003

Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

Escala Visual Analógica



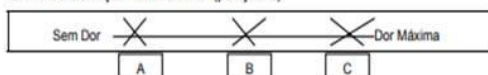
A Escala Visual Analógica consiste numa linha horizontal, ou vertical, com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalada numa extremidade a classificação "Sem Dor" e, na outra, a classificação "Dor Máxima".

O doente terá que fazer uma cruz, ou um traço perpendicular à linha, no ponto que representa a intensidade da sua Dor. Há, por isso, uma equivalência entre a intensidade da Dor e a posição assinalada na linha recta.

Mede-se, posteriormente e em centímetros, a distância entre o início da linha, que corresponde a zero e o local assinalado, obtendo-se, assim, uma classificação numérica que será assinalada na folha de registo.

Exemplo:

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



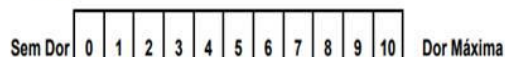
Assunto: A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor

Nº 09/DGCG
Data: 14/06/2003

Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

Escala Numérica



A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima" (Dor de intensidade máxima imaginável).

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Assunto: **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**

Nº 09/DGCG
Data: 14/06/2003

Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

Escala Qualitativa

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

Na Escala Qualitativa solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com os seguintes adjectivos: "Sem Dor", "Dor Ligeira", "Dor Moderada", "Dor Intensa" ou "Dor Máxima". Estes adjectivos devem ser registados na folha de registo.

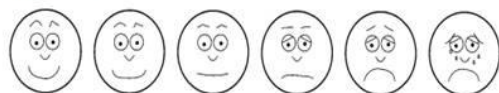
Assunto: **A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor**

Nº 09/DGCG
Data: 14/06/2003

Para: Administrações Regionais de Saúde e serviços prestadores de cuidados de saúde

Contacto na DGS: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas

Escala de Faces



0 (Sem Dor) 1 2 3 4 5 (Dor Máxima)

Na Escala de Faces é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua Dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que a expressão de felicidade corresponde a classificação "Sem Dor" e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação "Dor Máxima".

Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.

Avaliação sistemática da dor

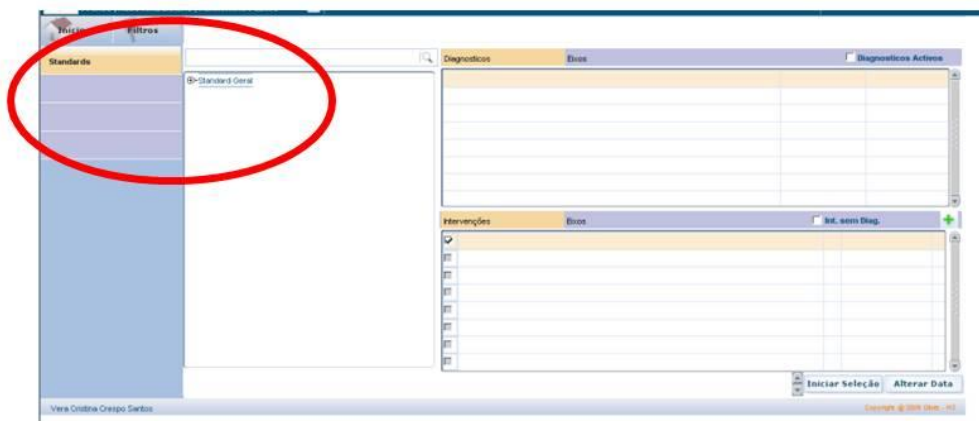
- Obrigatória em contexto de internamento da pessoa idosa

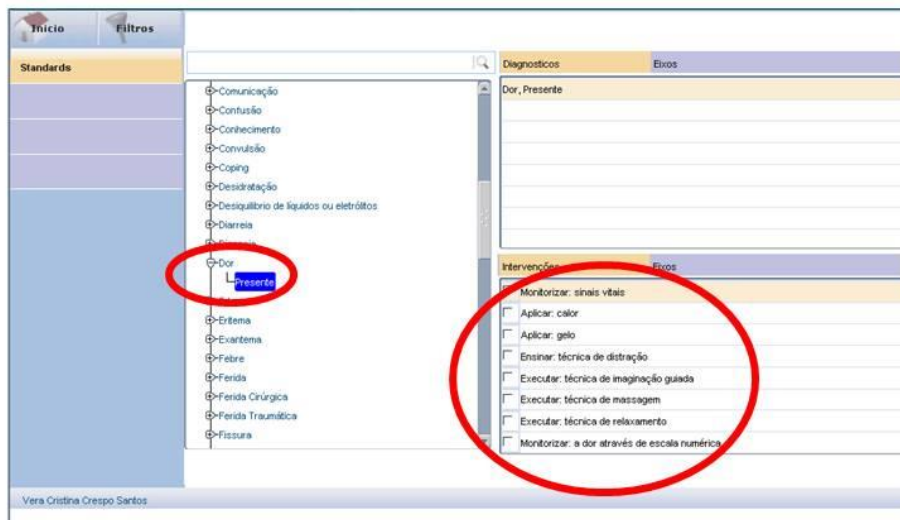
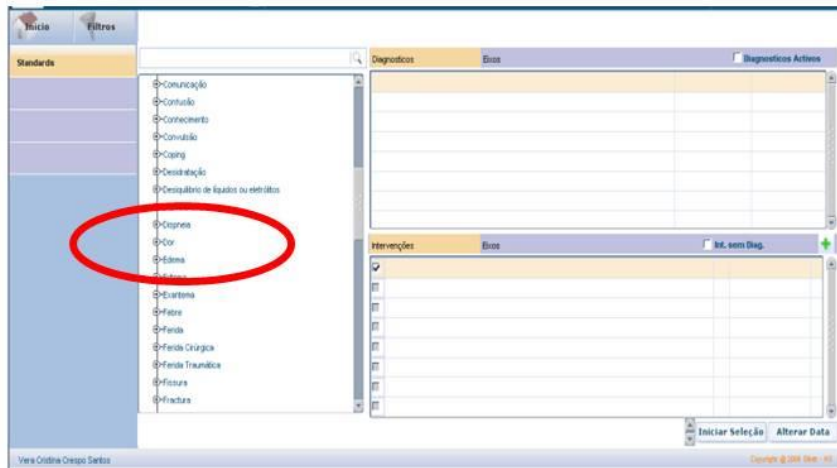
Quando?

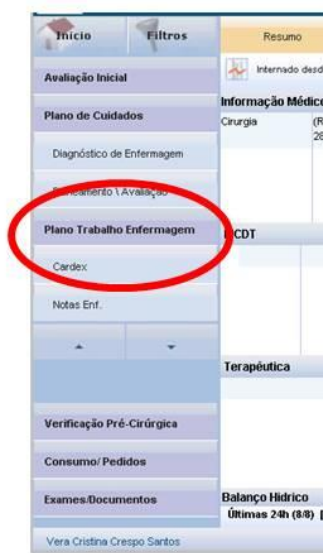
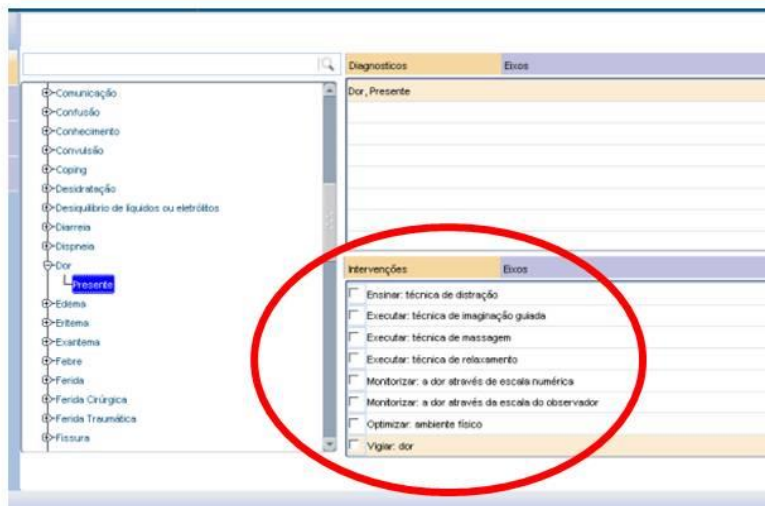
- No momento da admissão
- Quando da avaliação dos restantes sinais vitais
- Sempre que alteração do estado (por exemplo: cirurgia, queda, após exame invasivo, verbalização de queixas algicas e administração de terapêutica analgésica)

FUNDAMENTAL PROCEDER AO REGISTO EM PROCESSO CLÍNICO

- Como?










The screenshot displays a software interface for clinical management. On the left, there are two panels: 'Diagnósticos' (Diagnoses) and 'Intervenções' (Interventions). The 'Intervenções' panel is active, showing a list of tasks with checkboxes. The main area is a grid for 'Unid. VAdm' (Units) with columns for dates from 08/06 to 23/06. A pop-up window titled 'GHEN0070 - Turnos de Enfermagem' is open, showing a pain assessment tool. The tool includes a date field 'Data Registo' set to '28-06-2021 17:02', a scale of six smiley faces from 0 to 5, and a color gradient bar. The current value is 0, indicated by a green bar and the text 'Valor: 0'.



This is a close-up of the 'GHEN0070 - Turnos de Enfermagem' window. The 'Data Registo' is '28-06-2021 17:02'. The scale shows six smiley faces from 0 to 5. The color gradient bar is partially filled with yellow and orange, corresponding to a value of 3. The text 'Valor: 3' is displayed below the bar. 'Ok' and 'Cancelar' buttons are at the bottom.

This is another close-up of the 'GHEN0070 - Turnos de Enfermagem' window. The 'Data Registo' is '28-06-2021 17:02'. The scale shows six smiley faces from 0 to 5. The color gradient bar is fully filled with red, corresponding to a value of 5. The text 'Valor: 5' is displayed below the bar. 'Ok' and 'Cancelar' buttons are at the bottom.



Intervenções	Eixos
<input checked="" type="checkbox"/> Monitorizar a dor através de escala numérica	
<input checked="" type="checkbox"/> Monitorizar a dor através da escala do observador	
<input checked="" type="checkbox"/> Monitorizar dor - Behavioral Pain Scale (BPS)	
<input checked="" type="checkbox"/> Monitorizar dor através da escala de faces	
<input checked="" type="checkbox"/> Monitorizar sinais vitais	
<input type="checkbox"/> Aplicar calor	
<input type="checkbox"/> Aplicar gelo	
<input type="checkbox"/> Ensinar técnica de distração	

Pergunta	Resposta	Avaliação
Observador		<input type="checkbox"/> Parece sem dor 1 <input type="checkbox"/> Parece confortável com o movimento 2 <input type="checkbox"/> Parece desconfortável 3 <input type="checkbox"/> Parece sofredor consolável 4 <input type="checkbox"/> Parece sofredor inconsolável 5
Observador		Parece sem dor

Observador: Vera Cristina Crespo Santos

Pergunta	Resposta	Avaliação
Observador	Parece desconfortável 3	<input type="checkbox"/> Parece sem dor 1 <input type="checkbox"/> Parece confortável com o movimento 2 <input checked="" type="checkbox"/> Parece desconfortável 3 <input type="checkbox"/> Parece sofredor consolável 4 <input type="checkbox"/> Parece sofredor inconsolável 5
Observador		Parece desconfortável

Observador: Vera Cristina Crespo Santos

OBRIGADA PELA ATENÇÃO!!

BOM TRABALHO

ANEXOS

ANEXO 1- Parecer e autorização para realização de estudo

PARECER E AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE ESTUDO

Centro de Investigação

Título: Projecto de Investigação intitulado "A promoção do cuidado de si no familiar cuidador da pessoa idosa com dor crónica"

Investigador Principal: Enfª Idalina Gomes / Vera Santos

A **Comissão de Ética** para a Saúde do Hospital informa que o trabalho em epígrafe obteve parecer positivo por unanimidade maioria em reunião do dia 03/12/2019.

Estiveram presentes:

- Nome: Dra Natália Dias (Presidente)
- Nome: Dra Ana Soares
- Nome: Dra Benedita Nunes
- Nome: Dra Cátia Gradil
- Nome: Dra Isabel Pereirinha
- Nome: Dr. José Luis Metello
- Nome: Dra Maria Gomes Ferreira
- Nome: Dr. Miguel Rodrigues
- Nome: Enfª Teresa Chambel

A CES solicita ao Investigador Principal que quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.


Dra. Natália Dias
Presidente da Comissão de Ética

O Estudo em epígrafe foi aprovado pelo **Conselho de Administração** em reunião do dia 03/12/2019.


Dra. Paula Breia

03/12/2019

ANEXO 2- Participação no *1st Minispine Meeting, Minimally Invasive Techniques for the Treatment of Spinal Disorders*

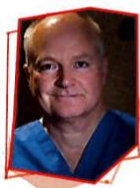
1st Minispine Meeting

Minimally Invasive Techniques for
the Treatment of Spinal Disorders

ORADORES



Prof. Luigi
Manfrè (Itália)



Kieran Murphy,
MD (Canadá)



Majid Khan,
MD (EUA)



Miguel
Cordeiro, MD



Lia Lucas
Neto, MD



Teresa
Lapa, MD



Manuel
Cunha e Sá, MD



Miguel
Casimiro, MD



Óscar
Alves, MD



Rodrigo
Gorayeb, MD



Dalila
Veiga, MD



Tiago
Baptista, MD



Alexandre
Camões Barbosa,
MD



Carla
Reizinho, MD

Auditório dos Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa

7 de dezembro de 2019
Das 9h00 às 17h10

 /MinispineMeeting

 /minispine-meeting

PROGRAMA

- 09:00** ABERTURA DA REUNIÃO
Pedro Magalhães, MD, Diretor Clínico do HCVP
- 09:05** ANATOMIA E IMAGIOLOGIA DA COLUNA VERTEBRAL
Lia Lucas Neto, MD, PhD, Neurorradiologista, Hospital Santa Maria
- 09:20** DESAFIOS DO TRATAMENTO DA DOR VERTEBRAL PARA O MÉDICO DA DOR - A SUA NATUREZA MULTISEGMENTAR E OUTROS
Teresa Lapa, MD, PhD, Anestesiologia, Centro Hospitalar Universitário de Coimbra
- 09:35** CIRURGIA CONVENCIONAL DA COLUNA, MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA DAS DIVERSAS TÉCNICAS E A EXPERIÊNCIA DA AUTORIDADE
Manuel Cunha e Sá, MD, Professor, Direção Serviço de Neurocirurgia, Hospital Garcia de Orta
- 10:05** SÍNDROME DA COLUNA FALHADA, PERSPETIVAS ATUAIS
Miguel Casimiro, MD, Presidente da Sociedade Portuguesa de Patologia da Coluna Vertebral, Neurocirurgião, Hospital da Luz
- 10:25** TRATAMENTO PERCUTÂNEO DA ESTENOSE CANALAR E FORAMINAL
Luigi Manfrè, Professor, MD, PhD, Neurorradiologista, Hospital Cannizzaro
- 10:45** QUESTÕES E DISCUSSÃO
- 10:55** COFFEE BREAK
- 11:10** DISFUNÇÃO SACRO-ILIACA E SÍNDROME FACETÁRIO, INTERVENÇÕES PERCUTÂNEAS: FIXAÇÃO, RADIOFREQUÊNCIA, CRIOABLAÇÃO E OUTRAS TÉCNICAS
Luigi Manfrè, Professor, MD, PhD, Neurorradiologista, Hospital Cannizzaro
- 11:30** TÉCNICAS CIRÚRGICAS MINIMAMENTE INVASIVAS PARA TRATAMENTO DE PATOLOGIA DA COLUNA, ENDOSCOPIA E OUTRAS
Óscar Alves, MD, PhD, Neurocirurgião, Centro Hospitalar de Gaia - Espinho
- 11:50** MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA DAS TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS PARA O TRATAMENTO DE PATOLOGIAS DA COLUNA VERTEBRAL
Miguel Cordeiro, MD, Neurorradiologista, Hospital da Cruz Vermelha
- 12:10** TRATAMENTO DA DOR DE COLUNA NA MULHER - QUISTOS DE TARLOV E OUTROS
Kieran Murphy, MD, MB, BCH, BAO, BSC, LRCPI, LRCSI, FRCPC, FSIR, Professor, Radiologista de Intervenção, Toronto Western Hospital
- 12:30** TRATAMENTO DA DOR DE ORIGEM DISCAL (INCLUINDO HÉRNIAS DISCAIS) COM PROCEDIMENTOS PERCUTÂNEOS - LASER E OUTROS
Rodrigo Gorayeb, MD, Neurocirurgião, CUF Cascais
- 12:50** QUESTÕES E DISCUSSÃO
- 13:00** ALMOÇO
- 14:00** NUCLEOLISE PERCUTÂNEA COM OZONO - MEDICINA BASEADA NA EVIDÊNCIA
Kieran Murphy, MD, MB, BCH, BAO, BSC, LRCPI, LRCSI, FRCPC, FSIR, Professor, Radiologista de Intervenção, Toronto Western Hospital
- 14:20** OS MELHORES PROTOCOLOS FARMACOLÓGICOS PARA TRATAMENTO DA DOR CRÓNICA
Dalila Veiga, MD, PhD, Anestesiologista, Centro Hospitalar Universitário do Porto
- 14:35** VERTEBROPLASTIA - INDICAÇÕES, EVIDÊNCIA DA EFICÁCIA, SEGURANÇA E TÉCNICA
Tiago Baptista, MD, Neurorradiologista, Hospital Egas Moniz
- 14:50** ANÁLISE DAS VÁRIAS TÉCNICAS DE AUMENTO VERTEBRAL PARA TRATAMENTO DE FRACTURAS VERTEBRAIS
Majid Khan, MD, Neurorradiologista, Johns Hopkins Hospital
- 15:10** A EXPERIÊNCIA DO HOSPITAL DA CRUZ VERMELHA COM TÉCNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS PARA TRATAMENTO DE PATOLOGIA DA COLUNA
Miguel Cordeiro, MD, Neurorradiologista, Hospital da Cruz Vermelha
- 15:30** TUMORES DA COLUNA - TRATAMENTO PERCUTÂNEO
Majid Khan, MD, Neurorradiologista, Johns Hopkins Hospital
- 15:50** O PAPEL DA FISIATRIA NOS DOENTES SUBMETIDOS ÀS TÉCNICAS INVASIVAS DA COLUNA, CIRÚRGICAS E PERCUTÂNEAS
Alexandre Camões Barbosa, MD, Fisiatra, Paincare
- 16:05** NEURO-ESTIMULAÇÃO PARA A DOR VERTEBRAL
Carla Reizinho, MD, Neurocirurgia, Hospital Egas Moniz
- 16:20** DISCUSSÃO FINAL- A utilidade clínica, eficácia, segurança e codificação das técnicas minimamente invasivas para o tratamento de patologia da coluna vertebral
Moderador - Pedro Magalhaes, MD, Diretor Clínico HCVP
Todos os participantes (oradores e congressistas), seguradoras e diretores clínicos
- 17:10** ENCERRAMENTO
Miguel Cordeiro, MD, Neurorradiologista, HCVP

Apoio Científico



Patrocínio



Organização



**1st
Minispine Meeting**
Minimally Invasive Techniques for
the Treatment of Spinal Disorders



CERTIFICADO

Certifica-se que

Yara Cristina Ernesto dos Santos

participou na 1st Minispine Meeting do Hospital da Cruz Vermelha,
que se realizou no Auditório dos Serviços Sociais da Câmara Municipal de Lisboa,
no dia 7 de dezembro de 2019.

A blue ink signature of Manuel Pedro Magalhães.

Manuel Pedro Magalhães
Diretor Clínico do Hospital Cruz Vermelha

A blue ink signature of Miguel Cordeiro.

Miguel Cordeiro
Médico Neurorradiologista do Hospital Cruz Vermelha



**ANEXO 3- Participação nas 1as Jornadas da Enfermagem Avançada no
contexto atual dos cuidados de saúde**



1 Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde

18 Dezembro 2019

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa / Auditório do João Artur Pavara

PROGRAMA

09:00/10:15

Mesa A – Enfermagem Avançada ou enfermagem especializada:
Projetos em prática I

Intervenções especializadas otimizadoras da comunicação na pessoa submetida a laringectomia total - Ana Inês Frade, Susana Miguel, Oscar Ferreira;

Gestão de sintomas e segurança da pessoa em Situação Crítica: subsídio para a Enfermagem Avançada - Sandra Ferreira, Anabela Mendes

Capacitação da Pessoa com Insuficiência Cardíaca - Sara Varão, Rita Mata; Lina Aleixo, Delmira Pombo;

A importância da atividade física nos idosos com diabetes tipo 2 – a intervenção do enfermeiro de saúde comunitária - Mariana Nogueira

Comentário: Isabel Ferraz (Professora na ESEL)

Moderação: Ana Luísa Silva (Estudante de mestrado)

10:15/10:45

Pausa

10:45/11:15

Mesa de Abertura

João Santos (Professor e presidente da ESEL),

Maria Manuela Marques (Enfermeira-Diretora Direção de Saúde, 5ª Casa da Misericórdia de Lisboa),

Teresa Santos Potra (Professora e coordenadora do 2º ciclo de formação da ESEL),

Célia Oliveira (Professora na ESEL).

11:15/12:00

Conferência

As necessidades das pessoas em saúde... Desafios para uma enfermagem com mais enfermagem - Abel Paiva e Sílvia (Professor da ESE Porto)

Apresentação: Dulce Cabete (Professora na ESEL)

12:00/12:30

Apresentação de Posters

Moderação: Teresa Santos Potra, Célia Oliveira (Professoras na ESEL), Beatriz de Jesus, Luís Santos, Sílvia Santos, Vera Letras (Estudantes de mestrado).

12:30/14:00

Pausa

14:00/15:15

Mesa B – Enfermagem Avançada ou enfermagem especializada:
Projetos em prática II

Prevenção da Violência Doméstica na Pessoa Idosa: Intervenções de Enfermagem - Mª Julieta Costa, Emília Brito, Helena Falcão, Paula Fernandes;

Consulta de Enfermagem à Pessoa Diabética em Hemodálise - Ana Rita Magalhães Fernandes;

Escala de Observação do Risco de Lesão da Pele em Neonatos: Da Investigação à Utilização do Conhecimento Científico nas Práticas de Cuidados em Neonatologia – Cláudia Martins, Maria Alice Curado;

Gestão do risco clínico e efetividade na prevenção da pneumonia de aspiração – Dulce Maria Carreiro Gonçalves, Teresa Santos Potra;

O Enfermeiro Especialista em Saúde Mental como facilitador do processo de luto - Ana Catarina Abreu.

Comentário: Mª Anabela F. Santos (Professora na ESEL)

Moderação: Pedro Gomes (Estudante de mestrado)

15:15/16:45

Painel

Da Enfermagem Avançada à prática de enfermagem avançada

Luís Filipe Barreira (Enfermeiro, Vice-Presidente do Conselho Diretivo da Ordem dos Enfermeiros),

Helena José (Professora na Universidade do Algarve)

Madalena Mela (Enfermeira, Centro Multidisciplinar Dor Beatriz Craveiro Lopes - Hospital Garcia de Orta)

Paulo Reis Pina (Médico, Casa de Saúde da Idanha, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa)

Comentário: Idalina Gomes (Professora na ESEL)

Moderação: Carla Sofia Alves Vaz (Estudante de mestrado)

16:45/17:00

Pausa

17:00/17:15

Anúncio: Prémios a Poster - Encerramento das Jornadas

Comissão Científica:

Mª da Glória Wladimir (Presidente do Conselho Técnico Científico da ESEL), Teresa Susana Ramos, Susana Miguel, Oscar Santos (Professoras na ESEL),
Célia Oliveira, Dulce Cabete, Idalina Gomes, Isabel Ferraz, Mª Anabela Ferreira dos Santos (Professoras na ESEL) e os

Comissão Organizadora:

Célia Oliveira, Dulce Cabete, Idalina Gomes, Isabel Ferraz, Mª Anabela Ferreira dos Santos (Professoras na ESEL) e os
mestrandos: Ana Patrícia, Ana Luísa, Ana Beatriz de Jesus, Carla Sofia Vaz, Catarina Gomes, Gonçalo Barros, Daniela Lobato,
Rita de Castro, Luís Santos, Marco Leonirio Carvalho, Maria de Lurdes F. Barbosa, Mariana Lopes Oliveira, Nádia Duarte,
Patrícia Rodrigues, Pedro Gomes, Rute Rego, Sílvia Santos, Vera Letras.



Portal da ESEL
<https://www.esel.pt/>
Gabinete de Oferta Formativa
Telefone: 218912778
e-mail: got@esel.pt



1 Jornadas
Pensar a Enfermagem Avançada no
contexto atual dos cuidados de saúde

18 Dezembro 2019
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Auditório do pólo Artur Ravara

Certificado

esteve presente nas **1 Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no Contexto atual dos Cuidados de Saúde**, realizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no dia 18 de dezembro de 2019.

O Presidente da ESEL, João Carlos Barreiros dos Santos



LUSODIDACTA



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

**ANEXO 4- Poster elaborado para participação nas 1as Jornadas da
Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde**



1 Jornadas Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de saúde



18 Dezembro 2019

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa / Auditório do pólo Anur Pavara

Justificação do Projeto:

- **Cuidar da Pessoa Idosa (PI):**
 - Desafio ao Enfermeiro e ao Familiar Cuidador (FC)
 - Trabalho em parceria com a PI e FC
- Construir um projeto de cuidados que capacite ambos (FC e PI) a assumir o **Cuidado de SI** (Gomes, 2016)
- Capacitar o enfermeiro para o **desenvolvimento de competências** no cuidado específico à PI e FC (CMS, 2004 e 2007)
- Capacitar o enfermeiro especialista na área da saúde da PI para a **prática de enfermagem avançada**
- Contribuir para serviços **amigos das pessoas idosas** com dor crónica e seus FCs (projeto em parceria entre a ESEL e um Centro Multidisciplinar de Dor (CMD) Intitulado CMD Amigo das Pessoas Idosas) (Gomes & Santos, 2019)

Fundamentação:

- ✓ Aumento da população idosa a nível nacional (INE, 2017 e 2019)
- ✓ Aumento das doenças crónicas → **Dor Crónica**
- ✓ O indivíduo existe **pela sua família e na sua família** (OE, 2000)
- ✓ **FC da PI** com dor crónica é relegado para **segundo plano** face às queixas de dor que a PI apresenta; visto como um recurso para benefício do doente (Ataka, Okoshi & Abreu, 2017)
- ✓ **Papel de FC:** alterações à rotina do indivíduo e ao cuidado de SI; mudanças na sua própria saúde causada por maior sobrecarga física e emocional (Muniz, Freitas, Oliveira & Lacerda, 2016; Ribeiro et al., 2017)
- ✓ Pertinente investigar quais as **dificuldades/necessidades** do FC enquanto pessoa e cuidador → **Parceiros no Cuidar**
- ✓ O enfermeiro de prática avançada promove a parceria de cuidados para capacitar/possibilitar o FC e a PI para o cuidado de SI, que se refletirá no assumir e assegurar o cuidado de SI próprio e do Outro (Gomes, 2016)

A PROMOÇÃO DO CUIDADO DE SI NO FAMILIAR CUIDADOR DA PESSOA IDOSA COM DOR CRÓNICA

Objetivo do Projeto:

Identificar as **dificuldades/necessidades** do FC da PI com dor crónica que recorre a um CMD para a promoção do cuidado de SI, desenvolvendo e aprofundando competências de enfermeira especialista e de prática de enfermagem avançada

Estratégias e Instrumentos:

- Metodologia de projeto através de uma Investigação-ação (Boteinho, 2013; Coutinho et al. 2009)
- População alvo: familiares cuidadores de pessoas idosas com dor crónica acompanhadas em um CMD
- Decorre entre setembro de 2019 e fevereiro de 2020
- Amostragem por conveniência
- Instrumentos de colheita de dados: Entrevista semidirigida ao FC e Escala de avaliação da função cognitiva (*Mini Mental State Examination*- MMSE)
- Transcrição e análise qualitativa dos dados das entrevistas através de análise de conteúdo

Resultados esperados e Discussão:

- Identificação das necessidades dos familiares cuidadores da PI com dor crónica
- Desenvolvimento e promoção de cuidados de enfermagem norteados por um quadro referencial de cuidados como a promoção em parceria do Cuidado de SI
- Contribuição para uma Prática de Enfermagem Avançada:
 - cuidados baseados na evidência, autónomos, eficazes e eficientes ao FC e PI
 - implementação de mudanças com uma liderança assertiva mobilizando conhecimentos, de investigação, teóricos, empíricos, éticos e da práxis, planeando, coordenando, implementando e avaliando o projeto por forma a dar resposta às necessidades encontradas do FC e da PI (Canadian Nurses Association, 2008)

Conclusões: Aquisição/produção de novo conhecimento através de uma prática reflexiva e adoção de um julgamento crítico decorrente da investigação → contribuir para uma prática de cuidados baseados em evidência → influenciar tomadas de decisão em contexto formativo e profissional com benefícios para os familiares cuidadores da PI com dor crónica, profissionais e organizações de saúde e comunidade (Neto, Rewa, Leonello & Oliveira, 2017)

Limitações: Curto tempo de realização do mesmo e resultados apenas refletirem a população frequentadora do CMD

Implicações e Recomendações para a prática: Desenvolver um projeto em conjunto entre uma instituição de ensino e um serviço de saúde potencializa ambos os saberes no desenvolvimento da disciplina e prática de enfermagem especializada à pessoa idosa. Poder-se-á dar continuidade ao projeto aplicando-o em outros serviços e/ou CMD promovendo o conceito "amigo das pessoas idosas" e o processo de parceria para a promoção do cuidado de SI na PI e FC

Palavras-chave: Familiar Cuidador; Pessoa Idosa; Dor crónica; Necessidades;

Promoção do cuidado de SI

Autores:

Vera Santos¹, Idalina Delfino Gomes², Dulce Guerreiro³
¹Enfermeira Hospital da Cruz Vermelha; Mestrado Gestão em Enfermagem (ESEL); Mestranda do 10º CME na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente da Pessoa Idosa; ESEL; Endereço eletrónico: versantos@crv.pt
²Docente da ESEL; Investigadora da UIODE; Doutoramento em Enfermagem; Mestrado em Comunicação e Saúde; Endereço eletrónico: dgomes@esel.pt
³Enfermeira Hospital Garcia de Orta; Mestre e Especialista em Médico-Cirúrgica vertente Pessoa Idosa; Endereço eletrónico: mlg@esl.gort.pt

Referências Bibliográficas:

- Ataka, F., Okoshi, S. & Abreu, M. (2017). Perfil epidemiológico e sociológico das condições informais de paciente parturiente: de de colúmbia. *Revista do IUPERJ*, 23(2), 244. <https://doi.org/10.1108/IUPERJ-03-2017-0034>
- Boteinho, M.A.R. (2013). Desenho, preparação e execução de um projeto. 4º Curso de Mestrado em Enfermagem. Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Auto de Mestrado, Oporto, IL, ETEL.
- Canadian Nurses Association (2008). *Advanced Nursing Practice: A National Framework*. <https://www.cna.ca/en/advancing-nursing-practice>
- Coutinho, C., Sousa, A., Dias, A., Bessa, F., Pereira, M. & Vieira, J. (2009). Investigação-ação: metodologia (teórica) na prática educativa. *Zetete de Educação*, 34(2), 435-479.
- Coste, J.D. (2008). Promover o cuidado de si: parceria entre o enfermeiro e a pessoa idosa. A contribuição do processo de parceria num contexto de vulnerabilidade e dependência. *Enfermagem Clínica*, 23(1), 435-479.
- Gomes, I.D. & Santos, V. (2019). A promoção do cuidado de si na prática: Cuidado de Pessoa Idosa que dor crónica. *10º Curso de Mestrado em Enfermagem*, Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Pessoa Idosa. Unidade Curricular Oporto II- Projeto de Edição. ESEL.
- Instituto Nacional de Estatística (2017). *Proposta de Posicionamento Estatístico 2015-2030*. Consultado em 20/11/2019 em <http://inec.gov.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Estadística de População Residente em Portugal 2018*. Consultado em 02/11/2019 em <http://inec.gov.pt>
- Instituto Nacional de Estatística (2019). *Tabela de Mortalidade para Portugal 2018-2019*. Consultado em 08/09/2019. Disponível em <http://inec.gov.pt>
- Muniz, E., Freitas, C., Oliveira, E. & Lacerda, M. (2016). Cuidado de sobrecarga aos cuidadores de idosos admitidos em domicilio pela Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, 42(119), 170-182. <https://doi.org/10.1590/s1518-87882016052810011>
- Neto, M., Rewa, T., Leonello, M. & Oliveira, M. (2017). *Atividade prática dirigida à população for Primary Health Care*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672017052810011>
- Okoshi, S., Abreu, M., & Ataka, F. (2017). *Ação Familiar para o Cuidado de Idosos*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672017052810011>
- Ribeiro, B., Oliveira, M., Santos, V., Delfino, I. D., & Gomes, V. (2017). *Prática de cuidados de enfermagem: desafios na atenção domiciliar*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(1), 1026-1035. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672017052810011>