



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção Específica Pessoa Idosa**

#### **Intervenção de Enfermagem na Avaliação e Monitorização Sistemática da Dor na Pessoa Idosa em Situação Crítica**

**Ana Cristina Marques Abreu do Rosário de Sá Nogueira**

**2012**





## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção Específica Pessoa Idosa**

#### **Intervenção de Enfermagem na Avaliação e Monitorização Sistemática da Dor na Pessoa Idosa em Situação Crítica**

**Ana Cristina Marques Abreu do Rosário de Sá Nogueira**

**Orientadora: Professora Emília Brito**

**2012**



*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas...  
Que já têm a forma do nosso corpo...  
E esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos  
mesmos lugares...  
É o tempo da travessia...  
E se não ousarmos fazê-la...  
Teremos ficado... para sempre...  
À margem de nós mesmos...*

Fernando Pessoa

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus filhos e marido por tudo aquilo que representam para mim. Sem vocês nenhuma conquista valeria a pena.

Aos meus pais e irmãos pela cumplicidade e apoio incondicional.

À Professora Emília Brito pelo incentivo e desafios constantes, pela disponibilidade, amizade e apoio ao longo deste percurso.

A todos os profissionais que de algum modo contribuíram para a concretização deste projecto, pela disponibilidade e cooperação indispensáveis.

## RESUMO

O processo de envelhecimento sendo inevitável, é natural e progressivo. As alterações fisiológicas e psicossociais inerentes a este processo podem estar associadas ao declínio das capacidades funcionais intrínsecas e específicas de cada indivíduo, expondo-o ao aparecimento de doenças crónicas, mentais e incapacitantes. Paralelamente a este processo, surge frequentemente outro fenómeno igualmente complexo e multidimensional – a Dor. Quando mal controlada, a dor tem um impacto negativo, conduzindo a uma maior dependência e perda de autonomia, afectando significativamente a qualidade de vida de quem a experiencia.

O alívio da dor e do desconforto constitui um dos objectivos primordiais nos cuidados de enfermagem, pelo que requer uma atitude terapêutica dirigida e individualizada na abordagem da dor. Todavia, embora equiparada ao 5º sinal vital, a dor continua a ser desvalorizada pela sociedade em geral, subavaliada e subtratada pelos profissionais de saúde. Assim, com base na realidade actual de uma Unidade de Cuidados Intensivos, em que se constata a ausência de uma avaliação e monitorização sistemática da dor, desenvolveu-se este projecto de aprendizagem, tendo como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados bem como, para a melhoria do padrão de avaliação e monitorização da dor na pessoa idosa em situação crítica.

Orientado pela Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba, o processo de implementação do projecto passou pela fundamentação teórica com base na evidência científica, sensibilização da equipa de enfermagem para a problemática da dor, dinamização da equipa, realização de auditorias aos registos de enfermagem, observação das práticas diárias dos cuidados de enfermagem e sessões formativas para divulgação dos resultados. Na avaliação do projecto constataram-se melhorias na prática dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na avaliação e monitorização sistemática da dor como também, ao nível dos registos de enfermagem efectuados a todos os doentes internados. Porém, permanece a consciência da necessidade de dar continuidade ao projecto, como forma de garantir uma abordagem de excelência à pessoa com dor e em situação crítica.

**Palavras-chave:** Dor; Pessoa idosa; Situação crítica; Cuidados de enfermagem; Projecto

## **ABSTRACT**

The aging process is inevitable, natural and progressive. The physiological and psychosocial changes inherent to this process may be associated with the decline of the functional capabilities intrinsic and specific to each individual, thereby exposing them to the appearance of chronic diseases, mental illness and disabling. Parallel to this process, frequently appears another phenomenon equally complex and multidimensional – pain. If poorly controlled, pain has a negative impact, leading to greater dependence and loss of autonomy, significantly affecting the quality of life of those who experience it.

The relief of pain and discomfort is one of the main objectives of nursing care, which requires an attitude oriented and individualized therapeutic approach to pain. Although regarded as the 5th vital sign, pain continues to be undervalued by society in general, underestimated and undertreated by health professionals. Therefore, based on the current reality of an Intensive Care Unit, which denotes the absence of an assessment and systematic monitoring of pain, this learning project was developed, and having as its purpose to contribute to the improvement of the quality of nursing care, as well as to upgrade the standard of assessment and monitoring of pain in elderly person in critical condition.

Supported by the Comfort Theory of Katharine Kolcaba, the implementation of this project consists on a theoretical study with reference to scientific evidence, sensibilizing and having the engagement of the nursing team for the problem, being dynamic, conducting audits on nursing records, observation of daily practice of nursing care and training sessions to development and shares the results.

In evaluating the project, immediately notices clear improvements in the practice of nursing care, mainly in the systematic monitoring and assessment of pain, as well as at the level of nursing records made available for all patients hospitalized. However, it remains the awareness of the need to continue the project as a way to ensure an approach of excellence in care and comfort to the person who experiences pain and plight.

**Key-words:** Pain; Elderly; Critical situation; Nursing Care; Project.

## **ÍNDICE**

<b>0 – INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>I PARTE – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b>	
<b>1 – O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS DOENÇAS CRÓNICAS .....</b>	<b>15</b>
<b>2 – A PESSOA IDOSA E A HOSPITALIZAÇÃO .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 – A dor na pessoa idosa em situação crítica.....</b>	<b>20</b>
<b>3 – CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA .....</b>	<b>26</b>
<b>3.1 – A Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba na pessoa idosa com dor .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2 – O enfermeiro especialista na abordagem à pessoa idosa com dor .....</b>	<b>32</b>
<b>II PARTE - IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO DE APRENDIZAGEM</b>	
<b>1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA .....</b>	<b>35</b>
<b>2 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
<b>2.1 - Ensino clínico: contexto de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista .....</b>	<b>39</b>
<b>2.1.1 – Unidade de Dor .....</b>	<b>40</b>
<b>2.1.2 – Unidade de Cuidados Intensivos .....</b>	<b>50</b>
<b>2.1.3 – Auditoria dos registos de enfermagem .....</b>	<b>52</b>

<b>2.1.4 – Observação e análise das práticas de cuidados .....</b>	<b>55</b>
<b>2.1.5 – Auditoria dos registos de enfermagem (2ª fase) .....</b>	<b>59</b>
<b>3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>65</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>68</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>78</b>



## 0 – INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico exprime as grandes alterações resultantes das mudanças sócio-políticas ocorridas a partir da segunda metade do séc. XX. As modificações sócio-demográficas associadas à redução das taxas de natalidade e de mortalidade conduzem, inevitavelmente, a uma sociedade envelhecida. Associados a esta problemática, os progressos técnico-científicos, educativos e sociais contribuem para que as pessoas vivam cada vez mais, traduzindo-se este fenómeno numa inversão radical das pirâmides etárias.

Tratando-se de um fenómeno de amplitude mundial a Organização Mundial de Saúde (OMS) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com mais de 80 anos) constituirão o grupo etário de maior crescimento, dos quais 75% dessas pessoas viverá em países desenvolvidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002).

O idoso é classificado cronologicamente como a pessoa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento (WHO, 2002), que em Portugal está associada à idade de reforma.

O processo de envelhecimento sendo inevitável, é natural e progressivo. Caracteriza-se por um conjunto complexo de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, podendo estar associado ao declínio das capacidades funcionais intrínsecas e específicas de cada indivíduo, expondo-o ao aparecimento de doenças crónicas, mentais e incapacitantes (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS), 2004).

Embora sensível aos fenómenos da diminuição e da decadência física do idoso, a estrutura familiar contemporânea deixou de comportar o cuidado à pessoa idosa no seu ambiente comum. Este paradigma ditou uma diferente forma de envelhecer, dando ênfase ao envelhecimento com qualidade, visando a preservação da competência funcional<sup>1</sup> ao longo do ciclo de vida, promovendo o envelhecimento activo<sup>2</sup> (WHO, 2002). Associado a este processo dinâmico e irreversível que é o envelhecimento e que acarreta doenças

---

<sup>1</sup> **Competência Funcional:** é a capacidade da pessoa em realizar as actividades relacionadas com o seu autocuidado (actividades básicas da vida diária - ABVD), as actividades necessárias à sua independência (actividades instrumentais de vida diária - AIVD) e as actividades relacionais em função da sua capacidade cognitiva (SEQUEIRA, 2010).

<sup>2</sup> O termo “**Envelhecimento Activo**” foi adoptado pela OMS e diz respeito “ao processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (OMS, 2005).

crónicas e outras co-morbilidades, surge frequentemente outro fenómeno, igualmente complexo e multidimensional – a **Dor**, que conduz a uma maior dependência<sup>3</sup> e perda de autonomia<sup>4</sup>, afectando significativamente a qualidade de vida<sup>5</sup> da pessoa idosa.

A dor é um fenómeno fisiológico indispensável para a integridade física do indivíduo (DGS, 2008) na medida em que, quando sentimos dor, tratando-se de um acto consciente, o nosso organismo reage, surgindo sinais de alerta que nos induz a uma atitude de defesa, prudência e vigilância relativamente ao que nos rodeia (Le BRETON, 2007). Pode dizer-se que lhe devemos a sobrevivência como espécie, tornando no entanto, presente a fragilidade e vulnerabilidade da condição humana.

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP) a dor é definida como “uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta, ou é descrita em função dessa lesão” (McCAFFERY & PASERO, 1999, p. 16). Porém, quando deixa de ser um sintoma, de alerta e protecção, persistindo mesmo depois da erradicação da lesão que lhe deu origem, então a dor torna-se a própria doença, passando a ser considerada crónica (ou persistente) e encarada como um problema de saúde pública, traduzindo-se num desafio para os profissionais de saúde. Quando persistente, a dor neutraliza toda a actividade de pensamento ou acto de viver, interferindo significativamente nas relações sociais (Le BRETON, 2007), pelo que é considerada a principal causa de procura dos cuidados de saúde (DGS, 2008).

Considerando o impacto negativo na qualidade de vida da pessoa idosa, podendo conduzir a importantes limitações funcionais e sofrimento, com repercussões físicas, psicológicas, sociais e culturais, a dor deve ser encarada como uma prioridade nos cuidados de saúde de excelência, valorizando o indivíduo na sua globalidade e individualidade. Todavia, a dor é frequentemente subvalorizada, subdiagnosticada e

---

<sup>3</sup> **Dependência:** “é a situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária” (Decreto-Lei nº 101, 6 de Junho, 2006).

<sup>4</sup> **Autonomia:** refere-se à capacidade percebida para controlar, lidar com as situações e tomar decisões sobre a vida quotidiana de acordo com as próprias regras e preferências (WHO, 2002).

<sup>5</sup> **Qualidade de Vida:** percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto do sistema cultural e dos valores em que se encontra inserido, relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo, que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente (WHO, 2002).

subtratada, prevalecendo uma negligência transversal a toda a sociedade, muitas vezes pouco preocupada com a humanização dos cuidados de saúde (DGS, 2008).

O alívio da dor e do desconforto é um objectivo primordial nos cuidados de enfermagem pelo que requer uma atitude terapêutica dirigida e individualizada, com vista a abranger todos os factores que interferem com as necessidades do indivíduo, visando o seu bem-estar e qualidade de vida. A necessidade de inovação em estratégias de intervenção nos cuidados às pessoas idosas com dor é uma realidade emergente, constituindo um desafio para a enfermagem contemporânea.

Ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa idosa, é exigido o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa idosa e família, respeitando a sua complexidade e especificidade na gestão dos problemas que a afectam, nomeadamente na gestão do processo terapêutico e alívio da dor. Neste contexto e inserido no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa Idosa, foi desenvolvido em estágio, um projecto de aprendizagem, tendo como objecto de estudo o fenómeno da dor na pessoa idosa em situação crítica. O presente relatório surge, deste modo, na sequência do trabalho realizado durante o período de estágio, pretendendo descrever de forma analítica e reflexiva as actividades e percursos efectuados.

O projecto desenvolvido foi submetido ao título: **“Intervenção de Enfermagem na Avaliação e Monitorização Sistemática da Dor na Pessoa Idosa em Situação Crítica”** e surge no contexto de uma necessidade sentida ao longo do meu percurso profissional e da prestação de cuidados, na última década, na Unidade de Cuidados Intensivos<sup>6</sup> de um Hospital Central da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), à pessoa idosa cuja situação crítica é acompanhada de dor, frequentemente subvalorizada, pautada pela morosidade e descontinuidade na avaliação da mesma e na definição de estratégias e intervenções necessárias objectivando o seu alívio, diminuição do sofrimento e o aumento do conforto da pessoa idosa e família. Assim, baseada na

---

<sup>6</sup> A **Unidade de Cuidados Intensivos** constitui um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos especializados, onde os doentes em estado crítico e com falência de funções orgânicas vitais, são assistidos por meio de suporte avançado de vida, durante 24 horas por dia (HGO, EPE, 2009). A Medicina Intensiva é uma área diferenciada e multidisciplinar das ciências médicas, tendo como objectivo primordial suportar e recuperar funções vitais, de forma a criar condições para tratar a doença subjacente e, desse modo, proporcionar oportunidades para uma vida futura (DGS, 2003).

premissa de que os cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor têm como objectivo primordial o alívio da dor e a promoção do bem-estar e qualidade de vida, a finalidade deste projecto de aprendizagem traduz a necessidade de implementação de boas práticas nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor, em situação crítica, fundamentada na evidência científica e como forma de dar cumprimento ao definido pela DGS, quando em 2003, equiparou a Dor como 5º Sinal Vital. Assim, o **Objectivo Geral** traçado baseia-se em: **“Contribuir como enfermeira especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa/família, com dor e em situação crítica”**.

Como **Objectivos Específicos**, orientadores da sua operacionalização foram delineados os seguintes:

- ✚ Desenvolver competências como enfermeira especialista na abordagem da dor na pessoa idosa e família;
- ✚ Desenvolver competências sobre a analgesia controlada pelo paciente (Patient Controlled Analgesia – PCA);
- ✚ Melhorar o padrão de avaliação e monitorização sistemática da dor na pessoa idosa internada em situação crítica;
- ✚ Desenvolver competências clínicas especializadas, no domínio do enfermeiro especialista médico-cirúrgico, nomeadamente nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família em situação crítica.

O projecto de aprendizagem, desenvolvido entre 3 de Outubro de 2011 e 17 de Fevereiro 2012 na Unidade da Dor (UD) e Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) de um hospital central da ARSLVT, compreendeu duas vertentes que se inter-relacionam e se complementam de forma dar resposta à sua finalidade: uma centrada no desenvolvimento de competências específicas como enfermeira especialista, visando a prática diferenciada dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa em situação crítica; outra vertente, orientada para a aplicabilidade das experiências e competências desenvolvidas na equipa de enfermagem apontando para o processo de mudança das práticas diárias na avaliação, monitorização e controlo da dor na pessoa idosa em situação crítica, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Ao longo do relatório, quando me refiro “à pessoa idosa em situação crítica”, é contextualizada e inserida na UCI em situação de doença crítica, ou seja, situação de doença em que por disfunção ou falência profunda de um ou mais órgãos ou sistemas, a sua sobrevivência esteja dependente de meios avançados e monitorização terapêutica (SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS, 2008).

O quadro conceptual de enfermagem que norteia este projecto é a “Teoria de Conforto” de Katharina Kolcaba que considero dar resposta à problemática em causa, fundamentando os cuidados de enfermagem no alívio da dor, objectivando o conforto, bem-estar e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa com dor.

Ao delinear este projecto, a metodologia utilizada foi a metodologia de projecto, que consiste na aplicação de conhecimentos a uma realidade concreta, existindo uma relação teoria/prática fundamental e imprescindível. Estando centrada na resolução de problemas, possibilita o desenvolvimento de competências, capacidades e características pessoais, baseando-se numa metodologia reflexiva. Assim, foi constituída por cinco fases: identificação do problema e diagnóstico da situação; planeamento das actividades, meios e estratégias; execução das actividades planeadas; avaliação e divulgação dos resultados (RUIVO, A; FERRITO, C., 2010). Constituindo uma orientação base para o percurso a desenvolver, pretende-se que seja um veículo de mudança e melhoria das práticas de enfermagem à pessoa idosa internada em situação crítica, bem como, o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências como enfermeira especialista neste âmbito.

A revisão da literatura foi efectuada no sentido de conhecer o “estado da arte” relativamente ao domínio da dor na pessoa idosa. Assim, foi realizada pesquisa e revisão bibliográfica através da base de dados electrónica EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text), direccionada à temática em estudo, desenvolvida e completada ao longo do percurso efectuado, de acordo com as necessidades sentidas e como forma de enriquecimento do trabalho. A reflexão e o estudo resultantes desta pesquisa contribuíram de forma significativa para o enquadramento teórico e conceptual deste projecto, visando o desenvolvimento da prática clínica e a melhoria dos cuidados de enfermagem baseada na evidência científica.

O presente relatório está estruturado da seguinte forma: a primeira parte contempla o enquadramento conceptual onde é identificada e caracterizada a problemática do fenómeno da dor na pessoa idosa em situação crítica, apresentado o quadro conceptual –

Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba - que norteou este projecto de aprendizagem. A segunda parte engloba a implementação do projecto de aprendizagem e análise de resultados obtidos no decurso dos ensinamentos clínicos realizados no âmbito de desenvolvimento de competências. Finalizo com algumas considerações sobre a pertinência do projecto a nível profissional e pessoal assim como, a importância da valorização, avaliação e monitorização sistemática como elementos vitais no contributo para o bem-estar, conforto e qualidade de vida das pessoas idosas.

## I PARTE

### ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

#### 1 - O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO E AS DOENÇAS CRÓNICAS

O envelhecimento das populações constitui um facto comprovado mundialmente. As alterações sócio-demográficas associadas à redução das taxas de natalidade e de mortalidade conduzem ao aumento da esperança de vida e consequentemente a uma sociedade envelhecida<sup>7</sup>. Progressos técnico-científicos, educativos e sociais determinam que as pessoas vivam cada vez mais. No entanto, esta longevidade nem sempre se traduz em melhor qualidade de vida e bem-estar, acarretando repercussões na percepção do envelhecimento como fenómeno individual e social, bem como um grande impacto na sociedade e sistema de saúde.

O envelhecimento é um processo universal e contínuo que acompanha o indivíduo ao longo do seu ciclo vital tendo o seu conceito sofrido “várias mutações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época” (SEQUEIRA, 2010, p.10). Por sua vez IMAGINÁRIO (2008), diz que a principal característica do envelhecimento é o decréscimo da capacidade de resposta do nosso organismo perante as transformações que surgem no meio ambiente, traduzindo-se em desequilíbrios homeostáticos, que conduzem muitas vezes a alterações da própria personalidade. Dada a sua complexidade é cada vez mais reconhecido como uma etapa de ganhos e perdas, de crescimento e de declínio, dando origem a alterações estruturais e funcionais do nosso organismo, que pode ser influenciado por factores genéticos e hereditários, pelos estilos de vida adoptados e pelo meio ambiente (MONIZ, 2003). Como refere BERGER (1995, p. 145) envelhecer “é um processo multidimensional que comporta mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes para cada ser humano” e que, sendo

---

<sup>7</sup> Em Portugal, no ano 2011, a população idosa representava cerca de 19% da população total, o que corresponde a 2,023 milhões de pessoas. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que significa que por cada 100 jovens existem 129 idosos (INE, 2012). Dentro da população idosa, o crescimento é mais forte nos idosos mais velhos (80 ou mais anos) que subiu de 6,9% em 2001 para 25,0% em 2009. O índice de longevidade é superior nas mulheres tendo-se elevado de 46,8% em 2001 para 49,6% em 2009, contra 42,9% nos homens. Em 2009 por cada 100 jovens com menos de quinze anos existiam 118 idosos. Estima-se que em 2048 a população idosa aumentará para 31,3% agravando-se assim o processo de envelhecimento da população portuguesa bem expresso no índice de envelhecimento de 240 idosos por cada 100 jovens (INE, 2010).

influenciado pelo contexto sócio-cultural em que a pessoa se insere, constrói-se de forma progressiva e é vivido de forma variável mas única por cada pessoa. Pode assim afirmar-se, que o envelhecimento humano não é um estado mas sim um processo de desenvolvimento progressivo, impossível de datar. Afecta o indivíduo nas suas diversas estruturas (bio-psico-socio-cultural e espiritual), não sendo contudo transversal, em termos de gravidade e celeridade. Deste modo, quando falamos de uma determinada idade cronológica poderá não significar o mesmo em termos de idade biológica, psicológica e/ou social (WHO, 2002).

A concepção de pessoa idosa resulta da fixação de uma idade cronológica que são os 65 anos e as diferentes dimensões nas quais se comporta, interagindo com o ambiente em que se encontra inserida, tem vindo a sofrer alterações significativas nas últimas décadas. Actualmente, a construção pessoal sobre o envelhecimento e a pessoa idosa, tende a encarar a velhice como um estadio do ciclo de vida marcado por estereótipos e preconceitos. A sociedade contemporânea valoriza a pessoa pela sua capacidade imediata de produzir riqueza material, situação que com o envelhecimento se vai contrariando pelas limitações e perda de capacidade funcional inerente a esta etapa da vida. É imprescindível que haja uma mudança profunda de atitudes para que possamos compreender o envelhecimento como um processo dinâmico e encarar a pessoa idosa no seu todo e tendo em conta a sua individualidade (MONIZ, 2003).

Várias foram as teorias explicativas<sup>8</sup> que surgiram nas últimas décadas e durante as pesquisas sobre o processo de envelhecimento no entanto, nenhuma oferece uma explicação total e universalmente aceite.

O processo ininterrupto e irreversível do envelhecimento acarreta limitações e vulnerabilidades para o nosso corpo que se repercutem a nível da saúde. A diminuição acentuada da capacidade de regeneração celular que induz ao envelhecimento dos tecidos, a redução das trocas energéticas que conduzem, por sua vez, à diminuição da taxa metabólica do organismo, traduzem-se em alterações anatómicas e funcionais dos principais órgãos vitais, que frequentemente comprometem a capacidade funcional do

---

<sup>8</sup> Segundo SEQUEIRA (2010), as teorias que se destacam são: a Teoria Ecológica, Teoria Gerodinâmica (tem por base a teoria geral dos sistemas, a teoria do caos e a teoria termodinâmica) e as Teorias do Desenvolvimento. Menciona também as teorias que abordam as competências relacionadas com o quotidiano dos idosos: a Teoria dos Componentes, a teoria do domínio específico e a teoria da adequação ambiente/indivíduo.



indivíduo (SEQUEIRA, 2010). Os sistemas orgânicos mais afectados são: o sistema cardiovascular (menor eficácia e rendimento cardíaco por estreitamento e endurecimento das artérias), o sistema respiratório (menor capacidade ventilatória por diminuição da elasticidade das estruturas pulmonares), o sistema renal (diminuição da elasticidade e perda da massa renal levando a uma menor eficiência na eliminação de substâncias tóxicas), o sistema nervoso (deterioração neurofibrilar dos neurónios, acumulação de placas senis), o sistema gastrointestinal (atrofia da mucosa gástrica, deficiente absorção dos nutrientes e esvaziamento gástrico) e o sistema músculo-esquelético (diminuição da elasticidade das articulações, redução da massa muscular e óssea conduzindo à diminuição da força muscular (SEQUEIRA, 2010).

As alterações biológicas que surgem com o envelhecimento têm de igual modo repercussões a nível dos sistemas sensoriais (mais frequentes a visão e a audição condicionando as actividades do quotidiano) e repercussões psicológicas e do desempenho cognitivo que se manifestam pela alteração de atitudes e comportamentos. Associado à diminuição da capacidade de resposta às situações bio-psico-sociais que caracterizam o envelhecimento, surgem com frequência as doenças crónicas<sup>9</sup> e incapacitantes que levam à perda de autonomia e à dependência do idoso.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) define doenças crónicas como tendo uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Segundo HONORÉ (2002, p. 151) “o crescimento das doenças crónicas é consequência tanto dos progressos técnicos da medicina como da sua insuficiência. Os progressos permitem uma sobrevida prolongada para um certo número de patologias, permanecendo todavia incapazes de as curar, daí a sua evolução para a cronicidade”.

As doenças crónicas representam a maior causa de morte em grande parte dos países industrializados e nos países em desenvolvimento económico, constituindo

---

<sup>9</sup> Segundo a OMS, as doenças crónicas, representam 60% do total de mortes por ano. Dos 35 milhões de pessoas que morreram de doenças crónicas, em 2005, metade tinha menos de 70 anos e mais de metade eram mulheres (OMS 2005).

actualmente uma pandemia global alarmante, pelas complicações associadas, pela morte prematura e pelo impacto na qualidade de vida das pessoas.

Qualquer que seja o modelo de cuidados utilizado na abordagem da doença crónica, o enfermeiro conserva uma posição privilegiada, assumindo um papel determinante ao nível da promoção da saúde e da prevenção, tratamento e recuperação da doença. O enfoque deverá centrar-se no doente, família e comunidade, com os quais os enfermeiros devem estabelecer relações de parceria centradas na partilha de informação e na motivação. Como refere COLLIÈRE (1989, p. 287) “o campo da competência da enfermagem, isto é, o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se, verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio”.

Embora a doença crónica seja a que mais se evidencia durante o processo de envelhecimento, não se pode considerar que sejam todas igualmente incapacitantes, uma vez que a incapacidade funcional pode decorrer também de uma situação aguda ou acidente (CABETE, 2005). São estas situações agudas que frequentemente levam a pessoa idosa à necessidade de hospitalização, conduzindo-a inevitavelmente ao afastamento do seu contexto familiar e interrupção das suas actividades habituais, muitas vezes com repercussões a nível económico, tornando-a ainda mais vulnerável e dependente.

## **2 – A PESSOA IDOSA E A HOSPITALIZAÇÃO**

Considerando que o fenómeno do envelhecimento demográfico, o processo de envelhecimento do Homem e as consequências inerentes aos mesmos, constitui uma realidade actual e um desafio na sociedade contemporânea, não podemos subestimar a existência de um aumento significativo das situações de doença e incapacidade associados à longevidade (CABETE, 2005). Assim se justifica e se compreende a elevada afluência de pessoas idosas aos serviços hospitalares e a procura de cuidados de saúde e profissionais diferenciados. Porém, a missão hospitalar contemporânea e a reorganização estratégica exigida actualmente, remete-nos para uma organização que oferece serviços de qualidade mas de curta duração, levando muitas vezes à prestação de cuidados pouco individualizados e a uma alta precoce.

A hospitalização “é uma experiência assustadora para doentes de todas as idades e leva a sentimentos de isolamento, solidão e ansiedade” CABETE (2005, p. 18). Para a população idosa o internamento pode representar uma situação geradora de stress e instabilidade, caracterizada pela constante ameaça à vida e ao seu bem-estar, desconforto pela exposição corporal a que estão sujeitos, perda de identidade, de autonomia e de controlo da situação, alteração da auto-imagem e perda do papel familiar e social (CABETE, 2005). Por seu lado, MONIZ (2003), refere que a hospitalização para a pessoa idosa representa uma situação de ameaça mas ao mesmo tempo um desafio. De acordo com a capacidade de adaptação, com as vivências anteriores e as representações de saúde e doença que cada indivíduo possui, a experiência da hospitalização pode ser vivenciada de diferentes formas. Porém, a concepção de que o hospital controla os comportamentos dos utentes, despojando-os da sua identidade como pessoa e ajustando-os à cultura hospitalar, é comum a todos aqueles que reflectem sobre esta problemática.

O processo de hospitalização da pessoa idosa numa UCI é ainda mais complexo e gerador de grande stress. A necessidade de cuidados diferenciados pode ser inerente à agudização das comorbilidades intrínsecas ao próprio envelhecimento ou simplesmente, resultante de uma fatalidade, que confina o idoso a um espaço físico muito limitado, rodeado de meios tecnológicos sofisticados, diagnósticos e intervenções invasivas, essenciais à sua sobrevivência mas tornando-o ainda mais vulnerável e dependente. A situação de saúde crítica em que se encontra, muitas vezes consciente que a sua vida

está em risco, conduz a pessoa idosa e família a um sentimento de perda total das suas funções e capacidades, atingindo um grau de fragilidade e dependência frequentemente irreversíveis. Por outro lado, associado ao sentimento de grande ansiedade pela gravidade da situação em que se encontram, medo e receio do que ainda poderá acontecer, deparam-se com o fenómeno da dor que inevitavelmente agrava todo o quadro, aumentando o sofrimento e desconforto da pessoa idosa e família.

Os doentes internados nas UCI's apresentam frequentemente dor e desconforto físico que, não sendo controlado, pode contribuir para o aparecimento de perturbações do sono, agitação, exaustão e desorientação, agravando significativamente a sua condição clínica (JACOBI et al, 2002). Por outro lado, a percepção individual da dor pode ser influenciada por vários factores como: as experiências anteriores de dor, a expectativa da dor, o estado emocional e processos cognitivos de cada doente. Neste contexto, é fundamental que exista uma avaliação e monitorização sistemática da dor bem como, registos consistentes que permitam documentar a situação e delinear um plano de intervenção, objectivando o alívio da dor e aumento do conforto com consequentes repercussões positivas na condição clínica do doente (JACOBI et al, 2002).

## 2.1 - A dor na pessoa idosa em situação crítica

A dor<sup>10</sup> é uma condição inseparável da existência humana, é uma experiência universal e tem início prematuro na vida de cada um de nós. É um fenómeno complexo, subjectivo e multidimensional, difícil de apreender, definir, explicar ou medir e constitui um importante problema nos cuidados e tratamento do doente crítico. Segundo LE BRETON (2007), a dor é a experiência humana mais partilhada para além da morte. O conceito de dor deve ser encarado como um complexo de elementos físicos, emocionais, sociais e espirituais, ou seja, a dor deve ser sempre considerada uma “dor total”<sup>11</sup> (a dor física

---

<sup>10</sup> A palavra **Dor** deriva do latim *dolor* e significa sensação física desagradável, mais ou menos intensa ou violenta, provocada por um choque, uma afecção, uma alteração sofrida pelo organismo (Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea, 2001, p. 1308).

<sup>11</sup> O conceito de “**Dor Total**” foi desenvolvido por Cicely Saunders, nos anos 60, após o seu estudo aprofundado sobre os cuidados aos doentes em fim de vida que viriam a conduzir à evolução do conhecimento e prática da medicina no controlo da dor assim como, a uma maior preocupação sobre as necessidades sociais e de ordem prática dos doentes e suas famílias (MAGALHÃES, 2009).

encontra-se associada à dor psicológica, espiritual e social), experienciada pela pessoa e compreendida pelos que a rodeiam.

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP) a dor “é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta, ou é descrita em função dessa lesão” (McCAFFERY & PASERO, 1999, p. 16), ou seja, a “dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial” (GONÇALVES, 2002, p.5).

O Conselho Internacional de Enfermeiros define a dor como uma:

“sensação corporal desconfortável, referência subjectiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de auto-protecção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, comportamento de distracção, inquietação e perda de apetite, compromisso do processo de pensamento” (OE, 2010).

SANTOS, C. e BRITES, P. (2003), por sua vez, referem que a dor é uma entidade sensorial múltipla que envolve aspectos emocionais, sensoriais, culturais, ambientais e cognitivos. Estando relacionada com o ambiente cultural em que se está inserido, o seu carácter varia de pessoa para pessoa, de acordo com as experiências vividas anteriormente e as recordações das mesmas, bem como, tendo em conta a capacidade de cada indivíduo de compreender as suas causas e consequências.

Apesar de todo o avanço técnico-científico verificado nas últimas décadas, não existem marcadores biológicos que permitam caracterizar objectivamente a dor assim como, não existe uma relação directa entre causa e dor. A mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto em que se está inserido nesse mesmo momento.

A experiência de dor é individual, tem continuidade entre o presente e o passado, não é estática, tem intencionalidade e constitui-se na nossa actividade mental (GONÇALVES, 2002). Porém, existe uma certeza que é comum na espécie humana: quando a dor se manifesta como acontecimento consciente, o nosso corpo reage e

surgem os sinais de alerta que estimulam os mecanismos de defesa, de orientação, atenção e exploração.

Estudos recentes revelam que a prevalência de “dor não-aliviada nos idosos que vivem na comunidade é quase 50%, e 70% a 80% dos residentes em lares da terceira idade afirmam ter dor” (MONAHAN, 2010).

Ao longo das últimas décadas várias foram as teorias<sup>12</sup> desenvolvidas no sentido de compreender o fenómeno da dor no entanto, foi a Teoria do Portão que contribuiu de forma significativa para o actual entendimento em relação ao processo da dor. De acordo com esta teoria a “dor não é uma experiência sensorial simples, mas uma integração complexa de dimensões sensoriais, afectivas e cognitivas” (MONAHAN, 2010, p. 346).

O processo pelo qual um estímulo doloroso é percebido envolve quatro fases: a Transdução, a Transmissão, a Modulação e a Percepção<sup>13</sup>.

A fisiopatologia da dor inclui os processos que se julga contribuir para a dor fisiopatológica ou persistente (como o sistema nervoso central fica alterado com estímulos nocivos repetidos) e sendo assim, é a duração e o local da dor que determinam as manifestações clínicas. Neste contexto podemos encontrar vários tipos de dor: a dor nociceptiva, que resulta da actividade de fibras aferentes nociceptivas, intactas, saudáveis e que são despertadas por estímulos intensos; a dor neuropática que consiste numa dor prolongada suscitada por estímulos repetidos ou continuados que sensibilizam e alteram o sistema nervoso central; a dor somática/dor visceral que pode ter origem na pele ou no tecido subcutâneo (dor superficial), nos músculos e nos ossos (dor somática profunda) ou nos órgãos (dor visceral); dor reflexa, sentida em áreas que não as estimuladas por lesão

---

<sup>12</sup>Segundo MONAHAN (2010) as **teorias de transmissão da dor** que mais se destacaram foram: a Teoria dos Afectos (defende que a dor é uma emoção cuja intensidade depende do significado da parte envolvida), a Teoria da Especificidade (refere que os receptores específicos da dor projectam impulsos em vias dolorosas neurais até ao cérebro), a Teoria dos padrões (refere que a dor resulta de efeitos, combinados, da intensidade de estímulos e da soma de impulsos no corno dorsal da espinal medula) e a Teoria do Portão (defende que os impulsos da dor podem ser controlados por um mecanismo de entrada na substância gelatinosa do corno dorsal, espinal medula, para permitir ou inibir a transmissão).

<sup>13</sup> Os **nociceptores** são receptores da dor que respondem a estímulos químicos, térmicos, eléctricos ou mecânicos, através da transdução. Entre os estímulos químicos libertados por tecidos lesados encontram-se as histaminas, as bradiquininas, as prostaglandinas e os ácidos. Os impulsos da dor são transmitidos através das fibras A-delta e C à substância gelatinosa do corno dorsal da espinal medula. Vias espinais, ascendentes, na medula ventral transportam os impulsos até ao tálamo e ao córtex. Algumas vias espinais descendentes transportam impulsos inibidores da dor de volta à substância gelatinosa. Os impulsos de dor, transmitidos através das fibras A-beta, também têm um efeito supressor em impulsos transportados por fibras A-delta e C. A substância P é um neurotransmissor de impulsos da dor. As endorfinas e a serotonina são neurotransmissores de impulsos inibidores da dor (MONAHAN, 2010).

ou doença, ocorre frequentemente por lesão ou traumatismo de órgãos viscerais e reflecte-se em superfícies cutâneas (MONAHAN, 2010).

Quanto à duração, a dor pode ser caracterizada como aguda quando estamos perante um episódio transitório que funciona como um sinal de alerta mostrando que há algo que não está bem. O início é geralmente súbito e as áreas dolorosas podem, de modo geral, ser bem identificadas. A dor aguda é regra geral, acompanhada pelo aumento da tensão muscular e por ansiedade, podendo ambas contribuir para o aumento da percepção da dor. A dor crónica pode começar como uma dor aguda mas caracteriza-se pela sua persistência para além do tempo normal de cicatrização ou cura, ou seja, entre três e seis meses (DGS, 2008; GIANNI et al, 2009). A sensação de dor pode ser mais difusa do que na dor aguda sendo por isso mais difícil para a pessoa identificar a zona específica de dor. A dor crónica é frequentemente caracterizada por estados de irritabilidade marcada que conduzem à diminuição de interesses, ao isolamento, à ruptura nas actividades de vida diárias e distúrbios do sono como também, interferência nos papéis familiares e na socialização (HORGAS; MITCHELL; DAVIS e SRIVASTAVA, 2003; GIANNI et al, 2009; AGS, 2009).

Como se pode constatar são inúmeros os factores que podem influenciar a percepção da sensação dolorosa. Assim, quando nos reportamos à pessoa idosa, esta deve ser cuidada, inserida num contexto particular e único, tendo em conta factores como a vulnerabilidade, o seu papel na família e experiências anteriores que podem influenciar (positiva ou negativamente) a sua percepção da sensação de dor. A dor é um dos elementos mais importantes da perda de qualidade de vida no idoso, afectando entre 45 a 85% da população geriátrica (GIANNI et al, 2009), no entanto, o tratamento da dor no idoso é, regra geral, deixado para segundo plano uma vez que é, frequentemente, encarada como um infortúnio inerente ao envelhecimento. As alterações naturais mas inevitáveis que surgem gradualmente com o processo de envelhecimento, têm impacto significativo a nível funcional, dos vários órgãos e sistemas bem como, a nível social e psicológico da pessoa idosa. A dor, quando associada a este processo, tem consequências devastadoras na qualidade de vida do indivíduo, afectando de forma significativa a sua autonomia e independência, tornando-o ainda mais vulnerável a desencadear desajustes orgânicos, psicológicos e sociais. Vários estudos (HORGAS; MITCHELL; DAVIS e SRIVASTAVA, 2003; DAVISON, 2007; AGS, 2009) revelam que a

dor acarreta consequências negativas para a saúde física, funcional e mental do idoso, conduzindo à depressão, distúrbios do sono, diminuição da mobilidade e actividade física, má nutrição, isolamento social e demora no processo de reabilitação. Neste contexto, o papel desempenhado pelos profissionais de enfermagem, em consonância com outros profissionais, é fundamental para o desenvolvimento de estratégias e intervenções apropriadas na gestão eficaz da dor na pessoa idosa.

Assiste-se actualmente a um novo paradigma na abordagem da dor, tendo em conta a sua complexidade multifactorial, utilizando novos métodos farmacológicos e não farmacológicos, visando o controlo precoce e alívio da dor, proporcionando maior conforto ao indivíduo.

A definição de McCAFFERY & PASERO (1999) de que a dor é “qualquer coisa que a pessoa diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”, mudou a prática, focando a atenção dos profissionais de saúde na subjectividade da dor. A individualização da dor e a compreensão do que ela representa para o indivíduo é fundamental para um controlo eficaz.

Na pessoa idosa em situação crítica a dor constitui um importante problema com um impacto negativo no agravamento do seu quadro clínico, não sendo porém, considerada uma prioridade quando comparada com outros sinais vitais (JACOBI et al, 2002). Podendo ser causada por diferentes factores intrínsecos ao motivo de internamento (dor aguda) ou mesmo à patologia de base (dor crónica), a dor na pessoa idosa internada em cuidados intensivos, potenciada pelo processo de envelhecimento e vulnerabilidade inerente à idade, é um factor de extrema relevância no quadro clínico do doente. Existem normas que devem ser seguidas na avaliação e controlo da dor nos doentes críticos, salvaguardando deste modo, o seu direito à adequada analgesia e à eficaz gestão da sua dor. Todavia, a maioria dos doentes internados em unidades de cuidados intensivos apresentam incapacidade de comunicar devido a alterações do nível de consciência, do nível de sedação e/ou por se encontrarem sob efeito de bloqueadores neuromusculares ou simplesmente, pela presença do tubo endotraqueal (JACOBI et al, 2002; HELMS e BARONE, 2008). Deste modo torna-se premente a utilização de ferramentas adequadas para avaliar a dor em doentes críticos, sem capacidade de resposta verbal e/ou motora. Assim, a avaliação e monitorização sistemática da dor no doente crítico deve ser considerada uma prioridade, representando uma oportunidade de



melhoria na qualidade de cuidados (ERDEK e PRONOVOST, 2004) bem como, salvaguardando o alívio da dor e o conforto da pessoa em situação crítica.

A dor constitui uma problemática complexa na gestão dos cuidados prestados diariamente pelo que, na sua abordagem, se torna indispensável a valorização de factores como, a individualidade da pessoa que a sente e a singularidade de quem cuida, inseridos num contexto de multidisciplinidade e profissionalismo.

Vários estudos apontam os procedimentos de enfermagem, prestados em cuidados intensivos, como sendo os mais dolorosos, considerando neste contexto, os enfermeiros como os profissionais indicados para avaliar e monitorizar a dor no doente crítico (YOUNG et al, 2006; PAYEN, 2007; SESSLER, 2008). O enfermeiro, distinguindo-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural e pela relação interpessoal na qual se centra o seu exercício profissional (OE, 2001), encontra-se numa posição privilegiada na equipa multidisciplinar, beneficiando de oportunidades e controlo da dor na pessoa idosa em situação crítica.

### 3 - CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA

A enfermagem<sup>14</sup> tem na sua essência a ciência e a arte de cuidar a pessoa, ao longo do seu ciclo vital, respeitando a sua globalidade, objectivando a recuperação e manutenção da saúde bem como, ajudando-a a maximizar a sua capacidade funcional e promovendo comportamentos de saúde que contribuam para uma melhor qualidade de vida. HESBEEN (2000, p. 67) refere-se aos cuidados de enfermagem como sendo “a atenção particular prestada por uma enfermeira ou por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de enfermagem”. Por sua vez, MONIZ (2003) diz que o cuidar em enfermagem concentra-se na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa/família/comunidade e que esta interacção permite conhecer as diferenças entre os indivíduos, conduzindo à prestação de cuidados de enfermagem tendo em conta a individualidade e singularidade de cada um.

Representando a consonância de diferentes saberes, indispensáveis e fundamentais ao desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, a enfermagem tem sofrido nas últimas décadas alterações significativas, fruto das alterações que se têm verificado na sociedade, no sistema educativo e no sistema de saúde. Considerada como uma ciência credível que centra o seu agir na dimensão global da pessoa, a concepção da enfermagem e do papel do enfermeiro, integra-se cada vez mais numa dimensão holística, baseada num processo dinâmico e caracterizada por uma relação de parceria enfermeiro/utente/família, respeitando e valorizando as capacidades de cada elemento da tríade.

No âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa, preconiza-se que os cuidados tenham como finalidade ajudar a pessoa idosa a aproveitar ao máximo as suas capacidades funcionais, independentemente da sua idade e do seu estado de saúde

---

<sup>14</sup>Segundo o enquadramento conceptual da Ordem dos Enfermeiros (2001) os **cuidados de enfermagem** constituem intervenções desenvolvidas pelo enfermeiro, em parceria com o cliente para o ajudar no seu projecto de saúde, procurando ao longo do ciclo vital promover a saúde, prevenir a doença e promover processos de readaptação e adaptação funcional aos deficits, com o intuito de obter a máxima independência na realização das actividades de vida e satisfação das necessidades, sendo que estes cuidados são garantidos a dois níveis: pelo enfermeiro de cuidados gerais e pelo enfermeiro especialista, este último detém competências acrescidas e específicas que lhe permitem intervir a um nível de complexidade mais elevado.

(MONIZ, 2003). Os enfermeiros desempenham, deste modo, um papel preponderante na promoção e na manutenção da saúde das pessoas idosas, estando convictos de que tudo o que resta da capacidade da vida nas pessoas idosas pode e deve ser constantemente mobilizado, para que as energias vitais predominem sobre os obstáculos da vida (COLLIÈRE, 1989).

Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa revestem-se de uma complexidade, fragilidade e vulnerabilidade com características próprias, pelo que a filosofia de intervenção que os suporta deve ser baseada no respeito pelo idoso em toda a unicidade e totalidade do seu ser (BERGER, 1995).

Em contexto de cuidados intensivos, os cuidados de enfermagem às pessoas idosas, distinguem-se pela sofisticada tecnologia de monitorização e intervenção terapêutica, pelos recursos humanos especializados e diferenciados, assim como, pela gravidade do estado clínico e risco de vida em que se encontram. Neste contexto, importa reflectir sobre a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, atendendo à realidade de que a maioria dos utentes se encontra incapacitados de comunicar verbalmente com a equipa de saúde (pela presença do tubo endotraqueal, por exemplo). É fundamental que os enfermeiros em cuidados intensivos utilizem a inovação tecnológica de que dispõem, para uma intervenção técnica rápida e eficaz, não esquecendo porém, a relação de ajuda e as necessidades emocionais e psico-espirituais de quem cuidamos nesse momento. Como referem NASCIMENTO e ERDMANN (2009), a tecnologia, como parte do cuidado dos seres humanos, foi criada pelo ser humano para seu benefício, sem pretender no entanto, que supere a dimensão da essência desse ser.

O enfermeiro de cuidados intensivos deve adquirir e desenvolver as competências necessárias, técnicas e relacionais, para que a abordagem à pessoa idosa em situação crítica seja feita na sua globalidade e com a máxima eficácia.

Paralelamente à doença e à situação crítica, a pessoa idosa depara-se com o sofrimento e o desconforto, enfrentando uma situação de crise para a qual tem que desenvolver estratégias e capacidade de adaptação. Quando a doença ou a incapacidade surgem, a pessoa desenvolve respostas intencionais ou processos corporais de adaptação, na procura do equilíbrio que leva ao conforto (VIEIRA, 2009).

Na abordagem geral da pessoa idosa com dor, os enfermeiros desempenham um papel elementar na avaliação e controlo da dor, bem como na sua valorização tendo em

conta a pessoa na sua totalidade. Fundamentado na premissa de que uma das finalidades dos cuidados de enfermagem é a promoção do bem-estar e conforto do utente, o enfermeiro, beneficiando da proximidade que conserva perante o mesmo, tem o dever de avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias para o alívio da dor, maximizando o conforto e contribuindo para a satisfação, bem-estar e autocuidado do utente (OE, 2008).

### **3.1 - A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba na pessoa idosa com dor**

Ao longo da sua história, a missão da enfermagem tem sido focalizada na compreensão da experiência do sofrimento e desconforto do doente e nas medidas desenvolvidas para aliviar esse sofrimento, promovendo o seu bem-estar e capacitando-o para que seja capaz de seguir com o seu projecto de vida.

É imprescindível que a enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento e da prática, fundamente as suas intervenções em estruturas conceptuais e operacionalizáveis que sustentem a avaliação das necessidades das pessoas idosas, os diagnósticos efectuados, planificação e implementação dos cuidados bem como, a avaliação dos resultados que decorrem dessas intervenções.

As teorias de conforto têm assumido um papel preponderante na filosofia dos cuidados de enfermagem e o termo conforto<sup>15</sup>, que faz parte integrante da linguagem diária dos enfermeiros, é aplicado em diferentes contextos da prática. O enfermeiro é aquele que promove o conforto e fortalece o outro que está doente. Sendo um conceito desde sempre vinculado e identificado como elemento fundamental para os cuidados de enfermagem, o conforto tem vindo, ao longo dos tempos, a assumir diferentes significados de acordo com a evolução histórica, com o contexto social, cultural e religioso bem como, com a evolução técnico-científica das ciências de saúde e da disciplina de enfermagem em particular, que privilegiou o desenvolvimento e implementação dos modelos conceptuais. Foram várias as teorias de enfermagem em que o conceito de conforto surge

---

<sup>15</sup> Etimologicamente o termo **conforto** deriva do latim *confortâre* que significa fortalecer. É um derivado regressivo de confortar, que significa “auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, infelicidade; acto ou efeito de confortar” (DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA, 2001, p. 918).

com grande relevância, quer pela perspectiva de missão e processo de ajuda ao outro, quer pela perspectiva de idoneidade, competência e resultado de cuidados com qualidade, sendo igualmente evidente em diferentes taxonomias, nomeadamente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)<sup>16</sup>.

As referências mais precisas surgem com NIGHTINGALE, F. (2005, p. 132), quando menciona que

“O alívio e o conforto sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são de que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia”.

A mesma autora referia ainda que o objectivo da observação não poderia nunca ser descurado, a observação não servia apenas para recolher informação mas sim, “para salvar a vida e aumentar a saúde e o conforto”, NIGHTINGALE (1859) citado por KOLCABA (2003, p. 20).

Mais tarde, outros autores também encararam o conforto como um conceito relevante nas suas teorias, nomeadamente, Jean Watson, Ida Jean Orlando, Virgínia Herderson, Madeleine Leninger, Patrícia Benner, Josephine Paterson e Loretta Zderad. As teorias de enfermagem das três primeiras contribuíram significativamente para o incremento da teoria do conforto<sup>17</sup> desenvolvido por Katharine Kolcaba que, na década de 90, se dedicou à sua conceptualização e operacionalização, dando visibilidade ao conceito de conforto inserido numa enfermagem contemporânea (APÓSTOLO, 2007). A Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba é centrada no estado de conforto vivido pelo doente após

---

<sup>16</sup> Segundo a **CIPE** a **dor** “é um tipo de sensação com as características específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, alteração do tónus muscular, estreitamento do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social (...); as sensações de dor aguda são autolimitadas e funcionam como mecanismo de protecção (...), é habitualmente referida como uma sensação aguda e intensa de facada, impacto ou tormento; a dor crónica é normalmente referida como embotada, incomodativa, surda assustadora ou insuportável; pode estar associada a dificuldades no sono, irritabilidade, depressão, isolamento, desespero e desamparo (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, 2005, p. 36)

<sup>17</sup>A **Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba** é considerada uma teoria de médio alcance uma vez que engloba um menor número de conceitos e relações, pode ser construída a partir de várias fontes, adapta-se a um vasto leque de experiências e práticas e sendo suficientemente concretas, podem ser testadas (KOLCABA, 2003).

a intervenção de enfermagem, ou seja, para Kolcaba a arte da enfermagem é baseada nos cuidados de conforto que constituem um processo contínuo de actividades e intervenções por parte do enfermeiro, com a finalidade de obter um aumento no conforto e bem-estar do doente (KOLCABA, 2003). Neste contexto definiu conforto como “a experiência imediata de ter alcançado as necessidades humanas básicas de tranquilidade, alívio e transcendência”, inseridos num contexto, em cuidados de saúde, “físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental” (KOLCABA, 2003, p. 14). Assim, os três estados de conforto definidos por Kolcaba são:

- ✓ **“Alívio** – estado em que uma necessidade foi satisfeita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual;
- ✓ **Tranquilidade** – estado de calma ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente;
- ✓ **Transcendência** – estado no qual a pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar e resolver os seus problemas.

Os estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos:

- ✓ **Físico** – referente às sensações corporais;
- ✓ **Psicoespiritual** – referente à consciência de si, incluindo a auto-estima, o auto-conceito, a sexualidade e o sentido de vida;
- ✓ **Sociocultural** – referente às relações interpessoais, familiares e sociais;
- ✓ **Ambiental** – que envolve aspectos externos da experiência humana (temperatura, luz cor, barulho, mobiliário – elementos naturais ou artificiais do meio ambiente) ” (KOLCABA, 2003 p. 15).

Os pressupostos que sustentam a definição e a teoria de conforto holístico de Kolcaba baseiam-se no conforto como principal resultado para os cuidados de saúde. O Homem tem respostas holísticas perante um estímulo complexo e o conforto é o resultado, igualmente holístico e desejável, que está associado e dependente dos cuidados de enfermagem, cujas intervenções têm como objectivo a satisfação das suas necessidades básicas. Deste modo, o conforto é um resultado holístico e consequência das intervenções planeadas pelo enfermeiro tendo em conta as necessidades do indivíduo e as variantes do contexto em que está inserido. Quando o conforto desejado é atingido, a pessoa doente sente-se mais fortalecida e capaz de se empenhar no desenvolvimento e manutenção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis. A consequência do

aumento do conforto é o compromisso por parte do indivíduo em procurar e manter comportamentos saudáveis, internos e externos, denominados na teoria de Kolcaba por *Health Seeking Behaviors* (HSB) – comportamentos de procura de saúde. Por seu lado, o conforto do enfermeiro, vendo o seu paciente com as suas necessidades satisfeitas e feliz com os cuidados de saúde, também sairá reforçado bem como, a instituição em que estão inseridos será beneficiada mantendo o bom funcionamento e as boas práticas de enfermagem (KOLCABA, 2003).

Em alguns estudos, a concepção de conforto surge como uma dimensão ou uma componente de processos dinâmicos, experiências e conceitos como a qualidade de vida, esperança, controlo, tomada de decisão e reconciliação. O controlo e ausência da dor são frequentemente encarados como sinónimos de conforto, enquanto a presença de dor é usada para descrever o desconforto (SIEFERT, 2002, p. 16).

A presença de dor na pessoa idosa em cuidados intensivos constitui um obstáculo importante para a sua evolução clínica e um dos maiores desafios para os profissionais de saúde (JACOBI et al, 2002). Embora a abordagem da pessoa idosa com dor deva ser feita de uma forma global e integrada numa coesão multidisciplinar, o enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada uma vez que a capacidade e sensibilidade de compreender o outro no seu todo, permite desenvolver respostas adequadas para o alívio da dor e do desconforto da pessoa. O sofrimento e angústia que marcam a existência da pessoa idosa com dor em situação crítica, não são detectados pela sofisticada tecnologia que a rodeia mas sim, pela correcta avaliação e monitorização da mesma, permitindo uma intervenção eficaz que conduz ao alívio da dor e aumento do conforto e bem-estar da pessoa. Neste contexto, a dor na pessoa idosa em situação crítica deve ser sempre encarada como uma “dor total”, ou seja, deve ser vista como uma dor física, psicológica, social e espiritual, tendo em conta os contextos em que está inserida: contexto físico, psico-espiritual, ambiental e sociocultural (KOLCABA, 2003). O alívio da dor e do desconforto é um objectivo primordial nos cuidados de enfermagem pelo que requer uma atitude terapêutica dirigida e individualizada, com vista a abranger todos os factores que interferem com as necessidades do indivíduo visando o bem-estar e a qualidade de vida. Assim, com este projecto de intervenção e os cuidados de enfermagem como enfermeira especialista, através da avaliação e monitorização sistemática da dor na pessoa idosa em situação crítica, pretendo contribuir para atingir os três estados de conforto definidos por

KOLCABA (2003): o alívio da dor na pessoa idosa, a tranquilidade (em que a pessoa idosa alcança o estado de calma e satisfação) e a transcendência (estado em que a pessoa idosa após ter ultrapassado a dor consegue planejar, controlar e seguir com o seu projecto de vida).

### **3.2 - O enfermeiro especialista na abordagem à pessoa idosa com dor**

A evolução a nível técnico e científico na área dos cuidados de saúde, o processo de pesquisa e investigação contínua, em busca de novos métodos diagnósticos e terapêuticos e objectivando sempre a melhoria dos cuidados prestados é uma realidade com que todos os profissionais de deparam. A disciplina de enfermagem, como ciência moderna, não se encontra alheia a esta realidade global, procurando sempre através de um processo adaptativo, dar resposta às exigências dos cuidados mais complexos. Assim, a formação contínua e especializada do enfermeiro surge como uma premissa fundamental para a aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais, que permitem adequar as suas respostas, de forma eficaz, às situações de maior complexidade, visando a prestação de cuidados de excelência. Como nos menciona o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2005, p. 133), artigo 88.º, alínea c), fazendo referência à excelência do exercício: “o enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), (2010, p. 2), o enfermeiro especialista é um profissional

“com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

Ao enfermeiro especialista compete executar, para além dos cuidados gerais, cuidados que requerem um nível mais profundo de conhecimentos, capacidades e



habilidades que mobiliza, actuando, especificamente, junto do utente, indivíduo, família ou grupos no âmbito da especialidade que possui. Pelas suas capacidades de julgamento e discernimento na tomada de decisão, assume o papel de prestador de cuidados diferenciados e também de supervisor e consultor para os seus pares e outros elementos da equipa multidisciplinar (OE, 2010).

Segundo a OE as competências do enfermeiro especialista agrupam-se em competências comuns, específicas e acrescidas. As competências comuns, por sua vez, dividem-se em em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

A reflexão das práticas e do saber científico, visando a excelência do cuidar, são indispensáveis e devem ser desenvolvidos de forma contínua, sistemática, actualizada e autónoma, permitindo fundamentar decisões e dando visibilidade aos cuidados de qualidade que se presta. Nesta fase pretende-se desenvolver e melhorar as ligações intuitivas entre situações significativas e formas de dar resposta na prática. O agir profissional deve ser pela acção e pela avaliação, na base da observação e da reflexão, ancorada em conhecimentos científicos válidos, conhecimentos dos princípios éticos e deontológicos e dos regulamentos, alicerçados no conhecimento de si próprio, individualmente e inserido num contexto multi-profissional.

A competência é actualmente entendida de uma forma holística, pragmática e interactiva. Compreendida como um conjunto de conhecimentos, capacidades, comportamentos, intenções, motivos e atitudes, revela-se nos níveis de desempenho adequados às circunstâncias e à capacidade global da pessoa manifestada na acção e na situação (ALARÇÃO, 2001). Como nos refere LE BOTERF (2003) a competência é saber mobilizar os seus recursos, conhecimentos e capacidades perante uma situação concreta. No entanto, a competência não é uma constante, podendo variar em função da evolução da situação em que se intervém. “Supondo a colocação à prova da realidade, a mobilização pertinente dos saberes e de habilidades é progressivamente apreendida. Somente ao final de um certo período de tempo o indivíduo poderá ser reconhecido como competente em seu contexto de trabalho” (LE BOTERF, 2003, p. 52). Segundo as etapas

de desenvolvimentos de competências definidas por BENNER<sup>18</sup> (2001) considero-me ao nível de perita, no contexto da unidade de cuidados intensivos, na medida em não preciso de orientações, protocolos ou directrizes, sei o que fazer de uma forma intuitiva, ou seja, tenho a capacidade de avaliar de forma global, agindo rapidamente e em conformidade com a situação/acção. No entanto, relativamente à abordagem da pessoa idosa com dor em situação crítica considero-me ao nível de proficiente na medida em que me apercebo das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados. Sendo as minhas acções guiadas por máximas, a percepção é fundamental e a perspectiva das situações é fundamentada na experiência e compreensão das mesmas. Assim, o meu objectivo como enfermeira especialista visa as competências de enfermeira perita na assistência de enfermagem avançada à pessoa idosa com dor em situação crítica, minimizando a dor e o sofrimento bem como, capacitando-a para o controlo, aceitação e triunfo sobre uma experiência única, singular e quase sempre traumática.

---

<sup>18</sup> BENNER, Patricia (2001), baseou-se no Modelo de Aquisição de Perícia de Stuart Dreyfus (matemático e analista de sistemas) e Hubert Dreyfus (filósofo) considerando que, para a aquisição e desenvolvimento de uma competência, é necessário passar pelos 5 níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito.

## II PARTE

### IMPLEMENTAÇÃO DO PROJECTO DE APRENDIZAGEM

#### 1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

Como ponto de partida para a realização deste projecto questionei-me em relação à minha prática profissional, inserida numa equipa multidisciplinar, e de que maneira a minha experiência profissional e pessoal poderá influenciar a dinâmica e as práticas de enfermagem desenvolvidas, no serviço onde desempenho funções, permitindo uma aprendizagem e desenvolvimento de competências mais efectivas.

Constituindo o fenómeno da dor um dos problemas actuais presentes no contexto de prestação de cuidados e tratamento do doente crítico e paralelamente um dos elementos mais importantes da perda de qualidade de vida no idoso, torna-se pertinente desenvolver todos os esforços no sentido de melhorar a avaliação e tratamento da dor na pessoa idosa em situação crítica, contribuindo deste modo para o alívio da dor e melhoria dos cuidados de enfermagem.

Os avanços técnico-científicos na abordagem da dor têm sido crescentes, no entanto, são múltiplas as barreiras que se colocam à pessoa ao longo do ciclo vital, nomeadamente aos grupos mais vulneráveis como os idosos e o doente crítico, constituindo novos desafios à prática de cuidados. Sensível a esta realidade, o governo português criou em 1999, o Dia Nacional de Luta Contra a Dor (uma iniciativa da Associação Portuguesa para o Estudo da Dor<sup>19</sup>), com o objectivo de sensibilizar a população e a opinião pública para a importância da dor, enquanto grave problema de saúde pública, com elevados custos económicos e sociais. Posteriormente, na perspectiva de encarar o controlo da dor como uma prioridade e factor decisivo na humanização e qualidade dos cuidados de saúde prestados, a Direcção-Geral da Saúde,

---

<sup>19</sup>A **Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED)**, capítulo Português da International Association for the Study of Pain (IASP), é uma associação científica sem fins lucrativos, fundada desde 1991. Tem como objectivo principal a realização e promoção de todos os esforços que permitam aos cidadãos as acessibilidades necessárias ao tratamento da dor aguda e crónica num período curto e adequado, de forma a reduzir o seu impacto, assim como, promover o estudo, o ensino e a divulgação dos mecanismos fisiopatológicos, meios de prevenção, diagnóstico e terapêutica da dor de acordo com os parâmetros estabelecidos pela IASP e pela Organização Mundial de Saúde (<http://www.aped-dor.com/index.php?lop=>)

através da Circular Normativa nº 9/DGCG de 14/06/2003, considera a dor o “5º sinal vital”, salientando que:

- ✓ O controlo eficaz da Dor é um dever dos profissionais de saúde, um direito e um passo fundamental para a efectiva humanização das Unidades de Saúde;
- ✓ O sucesso da estratégia terapêutica analgésica planeada depende da monitorização da Dor em todas as suas vertentes;
- ✓ 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.

Por outro lado, existem normas que devem ser seguidas na avaliação e gestão da dor dos doentes críticos, salvaguardando o seu direito à adequada analgesia e à eficaz gestão da sua dor, sendo para tal imprescindível uma avaliação regular através de um instrumento ajustado a esta população de doentes (JACOBI et al, 2002). De igual modo, a evidência científica mostra-nos que:

- ✓ Os doentes críticos estão particularmente vulneráveis à dor;
- ✓ A dor tem sido identificada como um factor que agrava a condição clínica do doente;
- ✓ A eficaz gestão só pode ser alcançada com uma avaliação precisa da dor;
- ✓ A dor não tem sido considerada uma prioridade dos cuidados por parte da equipa multidisciplinar, nomeadamente nas pessoas idosas;
- ✓ A dor persistente nos idosos é subvalorizada, subavaliada e subcontrolada quer pela família/pessoas significativas, quer pelos profissionais de saúde/cuidadores (JACOBI et al, 2002; DGS, 2010).

Assim, tendo em conta a constatação diária, as experiências vivenciadas na UCI, as minhas percepções e convicção de que os registos de enfermagem não são completos,

nem efectuados de forma sistemática quanto às características da dor, intervenções realizadas para o alívio da mesma, assim como a reavaliação de todo o processo efectuado no sentido de estabelecer novas estratégias se necessário, emergiu a necessidade de contribuir de forma efectiva para a melhoria da prática dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor e em situação crítica, bem como, para a melhoria do padrão de avaliação e monitorização sistemática da dor na unidade de cuidados intensivos, visando o desenvolvimento de competências por parte de toda a equipa de enfermagem e permitindo uma abordagem de excelência à pessoa idosa. Tendo em conta estes pressupostos e fundamentada pela OE que determina como áreas prioritárias (entre outras) de investigação em enfermagem, a “Qualidade dos cuidados de enfermagem – projectos, indicadores e critérios” e “Viver com doença crónica e a promoção da qualidade de vida” (OE, 2010, p. 23), foi definido o problema fulcral deste projecto de aprendizagem que consiste na carência, por parte da equipa de enfermagem, de uma avaliação e monitorização sistemática da dor na pessoa idosa em situação crítica, internada na UCI, traduzindo-se no registo<sup>20</sup> deficiente dos cuidados prestados. De realçar que a temática da dor no doente crítico, em todas as suas vertentes, constitui desde sempre uma preocupação partilhada pela equipa de enfermagem pelo que, a realização deste projecto foi encarada com grande satisfação, optimismo e consciência de que era emergente a adopção de estratégias de intervenção promotoras das boas práticas no que diz respeito à avaliação e monitorização da dor na pessoa idosa em situação crítica.

---

<sup>20</sup> Os registos de enfermagem na UCI são baseados na “**Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**” (CIPE versão Beta 2), processo que resultou de um intenso estudo e investigação da prática de enfermagem, por parte de um grupo de enfermeiras do Conselho Internacional de Enfermagem, no sentido de uniformizar a linguagem utilizada na prática dos cuidados de enfermagem. Considerando que a existência de uma linguagem comum numa determinada área de conhecimento é condição essencial para que esse conhecimento seja reconhecido como ciência credível, era imperioso que a enfermagem fizesse parte desta realidade. A criação de uma linguagem comum, adequada a todos os profissionais de saúde, facilita o desenvolvimento da investigação conferindo de igual modo, uma nova dinâmica à formação. Deste modo, como forma de dar resposta aos requisitos e ao modelo adoptados pelo hospital, a UCI elaborou o seu próprio padrão documental e, após parametrização do mesmo, deu-se início à informatização dos registos de enfermagem, através da aplicação do “Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE)”. Neste contexto, é definido pelo Enfermeiro, um diagnóstico de enfermagem relativamente a um determinado fenómeno de enfermagem, para o qual serão delineadas acções/intervenções de enfermagem com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, 2005).

## 2 – ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nos últimos anos tem-se verificado que a formação em enfermagem está profundamente dependente da qualidade das aprendizagens em contexto clínico (ABREU, 2003), transcendendo deste modo o método de aplicação de conhecimentos e situando-se “ao nível dos processos mais complexos da consciência, da identidade profissional e da construção colectiva de uma lógica de qualidade” (ABREU, 2003, p.14). ALARÇÃO (2001), referindo-se a KOLB (1984), menciona que a aprendizagem experiencial é um processo transformador da experiência no qual ocorre a construção do saber, processo este que compreende quatro fases: experiência concreta, observação e reflexão, formação de conceitos abstractos e generalizações, e experimentação activa das implicações dos conceitos em novas situações. O contexto clínico é um momento de aprendizagem fundamental para aquisição de competências, pois é neste contexto que se mobilizam os conhecimentos, se faz a transferência, se reflecte na acção e sobre a acção, contribuindo-se deste modo para a construção de um novo saber (ALARÇÃO, 2001). Deste modo, a realização de estágios articulados surge como parte importante e imprescindível no sentido de valorizar o desenvolvimento pessoal e profissional, potenciando o aperfeiçoamento das boas práticas em contexto de trabalho.

Como guião para a implementação do projecto de aprendizagem foi estabelecido um cronograma e um plano de actividades (Apêndice I), com carácter dinâmico e flexível na relação plano/concretização, permitindo deste modo, reformulações que viessem a surgir mediante o mesmo, dando resposta às necessidades formativas, ou seja, aos objectivos inicialmente delineados.

A realização de um **portfólio** foi uma das estratégias utilizadas tendo sido transversal a todos os objectivos. Construído ao longo do projecto, teve como desígnio a estruturação das aprendizagens efectuadas, promovendo a capacidade crítica e reflexiva, de modo a ilustrar, de forma clara e objectiva, não apenas o significado do processo de aprendizagem durante o percurso académico, como também, os conhecimentos adquiridos nesses momentos, a sua importância e repercussão a nível profissional (BERNARDES e MIRANDA, 2003). No sentido de proporcionar um ciclo de aprendizagem contínuo e rico esteve também em constante reformulação, permitindo-me documentar acções e reflexões, realizar apreciações qualitativas, indispensáveis para o meu desenvolvimento e aquisição de competências tendo em vista os objectivos anteriormente

definidos. Como nos refere MELO e FREITAS (2006), o portfólio permite a reflexão sobre a prática de cuidados, a aquisição, aprofundamento e consolidação de conhecimentos.

A **revisão da literatura** (Apêndice II) efectuada foi uma actividade transversal aos dois ensinamentos clínicos, a realização de acções de formação bem como, a frequência de jornadas (“Encontros de Medicina Interna 2011 do Hospital Garcia de Orta” – Apêndice III; “19ªs Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta” – Apêndice IV) durante o estágio, constituiu outra estratégia utilizada que permitiram a aquisição de novos conhecimentos baseados na evidência científica. Deste modo, foi-me possível desenvolver **competências de enfermeiro especialista no domínio da aprendizagem profissional**, dando resposta ao preconizado pela OE (2010, p. 4), quando refere que o enfermeiro especialista deve “**desenvolver o auto-conhecimento**” e “**basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento**”.

O desenvolvimento deste projecto de aprendizagem teve como alicerce a realização dos objectivos delineados, como forma de dar resposta ao problema identificado e com o objectivo maior de contribuir deste modo, como enfermeira especialista, para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa/família, com dor e em situação crítica. Assim, pretendeu-se que, a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa, no percurso e desenvolvimento do mesmo, fosse transversal à aquisição das competências comuns do enfermeiro especialista. Deste modo, o capítulo seguinte remete-se ao ensino clínico realizado, e encontra-se organizado de forma a descrever as actividades desenvolvidas no decurso do mesmo, baseado nos objectivos traçados e fundamentadas no último saber, bem como, os resultados obtidos, direccionados ao desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e enfermagem da pessoa idosa.

## **2.1 - Ensino clínico: contexto de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista**

A prática clínica foi desenvolvida num Hospital Central da ARSLVT e estruturada tendo em conta contextos que facultassem o desenvolvimento dos vários saberes, com projecção nas competências comuns de enfermeira especialista e perita na área da

pessoa idosa com dor. Assim, o primeiro ensino clínico teve a duração de 4 semanas e realizou-se na **UD**, uma vez que é considerada uma das unidades mais diferenciadas no diagnóstico e tratamento da dor crónica, em Portugal (DGS, 2001). No entanto, o facto de pertencer ao hospital a que me encontro vinculada e de se articular frequentemente com o serviço onde exerço funções, também teve influência na escolha. O objectivo major deste ensino clínico baseou-se no desenvolvimento de competências e aprofundamento de conhecimentos globais e efectivos no âmbito da dor, nomeadamente em relação à avaliação da dor, às terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas mais utilizadas e mais eficazes no tratamento da dor na pessoa idosa, sob supervisão de um perito na área.

O segundo ensino clínico, com duração de 15 semanas, realizou-se na **UCI** (local onde desempenho funções), visando o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no âmbito da pessoa idosa com dor e em situação crítica, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e do padrão existente para a avaliação e monitorização sistemática da dor.

De realçar que a instituição a que pertencem os serviços não apresenta indicadores de qualidade dos cuidados, definidos no âmbito da dor.

As actividades desenvolvidas nos ensinamentos clínicos, assim como, as competências adquiridas no decurso dos mesmos são apresentadas nos sub-capítulos que se seguem, considerando no entanto pertinente, remeter primeiro o leitor para o Apêndice V onde é efectuada uma breve caracterização dos serviços em questão, contextualizando-os relativamente às missões a que se designam, os recursos humanos e físicos disponíveis em cada um.

### **2.1.1 – Unidade de Dor**

A UD escolhida para a realização do ensino clínico é uma unidade referência a nível nacional, pela excelência técnico-profissional e humana e pela qualidade dos cuidados de saúde prestados. Regendo-se pelos valores de humanização, no direito ao alívio do sofrimento, pelo respeito pela individualidade, pela qualidade de vida definida pelo doente e pelos princípios éticos, bem como, respeito pelos princípios de



acessibilidade e de universalidade, tem sempre presente a eficiência na utilização dos recursos existentes.

Depois de integrada na equipa multidisciplinar, o plano de acção estabelecido, foi ao encontro do plano de actividades e objectivos anteriormente planeados no projecto. Assim, o ensino clínico na UD foi desenvolvido no sentido de dar resposta a dois dos objectivos inicialmente delineados:

- **“Desenvolver competências como enfermeira especialista na abordagem da dor na pessoa idosa e família”;**
- **“Desenvolver competências sobre a analgesia controlada pelo paciente (Patient Controlled Analgesia – PCA<sup>21</sup>)”**

A prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor foi transversal a todo o ensino clínico, dando de igual modo resposta às necessidades do serviço e respeitando a sua dinâmica habitual (cada enfermeiro permanece durante uma semana numa das actividades).

Dos doentes seguidos pela UD, a maior percentagem é constituída por pessoas com patologias do foro reumatológico e osteoarticular, seguido dos doentes oncológicos e portadores de outras doenças crónicas. Pode-se constatar este facto com a evidência científica dos últimos anos que confirma as doenças crónico-degenerativas como a artrite reumatóide, osteoartrite, tendinites, bursites, entre outras, as principais causas de dor nas pessoas idosas com repercussões negativas e conseqüente diminuição da qualidade de vida (FITZCHARLES, LUSSIER, SHIR, 2010; MITCHEL, 2001). Relativamente à faixa etária não é possível estabelecer uma predominância na medida em que a UD também dá resposta ao Serviço de Pediatria e neste contexto a média acaba por ser influenciada.

A prestação de cuidados na UD encontra-se estruturada em quatro vertentes: consultas, hospital de dia, consultas telefónicas e internamento. A leitura e análise das normas, protocolos e outros documentos existentes no serviço, facilitaram a compreensão da dinâmica e funcionamento do mesmo, contribuindo para o **desenvolvimento de**

---

<sup>21</sup> A **PCA** consiste no método de controlo da dor em que o doente tem o poder de controlar a sua própria dor. Introduzido nos anos 70 na prática clínica, o uso da PCA expressa o princípio clínico fundamental da individualização do tratamento clínico, revela a autonomia do paciente, a efectividade e a segurança da técnica analgésica. Considerada como ferramenta necessária para a qualidade do pós-operatório e dos síndromes algícos agudos e crónicos, tem seguido a evolução das doenças crónicas e técnicas cirúrgicas cada vez mais complexas (SALES, 2007).

**competências no domínio das aprendizagens profissionais, usando as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.**

Os serviços de internamento, constituíram a primeira vertente a ser trabalhada neste ensino clínico. Nesta actividade, a enfermeira e o médico responsáveis pela mesma, visitam diariamente todos os doentes internados (nas diversas especialidades do hospital) que são seguidos pela UD e outros cujos pedidos de observação e colaboração vão surgindo. Em cada um dos serviços é feita uma primeira abordagem aos enfermeiros responsáveis pelos doentes em questão no sentido de se perceber a evolução clínica dos mesmos e as queixas referenciadas relativamente às últimas horas.

Os enfermeiros, pelas características inerentes ao papel que desempenham, encontram-se numa posição privilegiada relativamente a outros profissionais de saúde na medida em que, sendo os profissionais que mais tempo permanecem junto do doente, apresentam mais e melhores “ferramentas” para a avaliação e controlo da dor (JABLONSKI e ERSEK, 2009). Assim, espera-se que o cuidado de enfermagem se baseie num processo interactivo profissional/doente, onde deve sobressair não só as suas habilidades e competências técnicas mas também, a sua sensibilidade para com o indivíduo a ser cuidado, mostrando compaixão e afectividade, interesse em aliviar a sua dor promovendo conforto e apoio, valorizando a sua individualidade e torná-lo satisfeito com o seu viver (RIGOTTI e FERREIRA, 2005).

O processo de internamento é, por si só, gerador de stress e ansiedade no indivíduo (CABETE, 2005). Quando a dor se encontra associada a esta experiência, pode dar origem a momentos de crise difíceis de gerir, com aumento do sofrimento e do desconforto. Torna-se fundamental que se desenvolvam estratégias de actuação objectivando o alívio da dor e maximização do conforto. A ciência e a arte da enfermagem são baseadas nos cuidados de conforto que constituem um processo contínuo de actividades e intervenções por parte do enfermeiro, com a finalidade de obter um aumento no conforto e bem-estar do doente. Quando em situações de cuidados de saúde preocupantes, as necessidades de conforto do indivíduo, são satisfeitas pelos enfermeiros (KOLCABA, 2003). Por outro lado, o enfermeiro, na equipa multidisciplinar no tratamento da dor, tem um papel preponderante no controlo da dor, com responsabilidade na avaliação diagnóstica, na intervenção e monitorização dos resultados do tratamento bem

como, na comunicação das informações à restante equipa de saúde (RIGOTTI e FERREIRA, 2005).

Após a troca de informações entre os pares, é realizada uma observação física ao doente, tentando-se conhecer as suas queixas e perceber se a terapêutica está ou não a ser eficaz. Sendo a avaliação a primeira etapa do processo de enfermagem, tem todo o sentido que seja de igual modo, a primeira etapa no controlo da dor (HAYES, 1995). Porém, a evidência científica salienta a inexistência de uma avaliação efectiva e sistemática por parte dos enfermeiros, bem como, uma subvalorização da intensidade da dor referida pelo doente, sendo essa prática transversal a todas as faixas etárias (HAYES, 1995; MITCHELL, 2001). De igual modo, a classe médica, na sua generalidade, apresenta também défices no que diz respeito à avaliação completa das pessoas idosas com dor, muitas vezes explicada pela falta de tempo e/ou de conhecimento relativamente às abordagens terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas (DAVIS e SRIVASTAVA, 2003).

Sendo a dor um fenómeno complexo, subjectivo e multidimensional, difícil de ser apreendido, explicar ou medir, a sua avaliação deve ser baseada naquilo que a pessoa diz que é, existindo sempre que ela diz que existe (McCAFFERY e PASERO, 1999). Assim, a auto-avaliação da dor constitui uma prioridade para a equipa multidisciplinar da UD. É importante que seja dado ao doente o tempo necessário para que ele reflecta sobre a pergunta e possa formular uma resposta correcta, assim como, explorar as suas palavras uma vez que poderá utilizar sinónimos de dor (por ex: desconforto). Este facto torna-se ainda mais importante quando se trata de pessoas idosas com compromisso cognitivo (HORGAS, 2003). Uma história abrangente sobre a dor procura pistas sobre a natureza, etiologia e tipo de dor (nociceptiva ou neuropática), sendo depois completada pelos exames físicos e neurológicos completos. No entanto, a dor sendo multidimensional, é modulada pelo significado que cada um dá à sua dor, pelo estado psicológico em que a pessoa se encontra, forma de crença, contexto socioeconómico e experiência individual de dor (DAVIS e SRIVASTAVA, 2003). Deste modo, quando uma pessoa idosa procura um profissional de saúde com queixas de dor, a sua observação e avaliação deve ter incluir uma identificação correcta do foco de dor, da sua intensidade, do seu impacto nas actividades de vida diária, co-morbilidades associadas, terapêutica

utilizada, assim como a natureza das estratégias utilizadas e as expectativas da pessoa relativamente ao alívio da dor (FITZCHARLES, LUSSIER e SHIR, 2010).

Para avaliação da dor, as escalas mais utilizadas pela UD, são a escala numérica e a escala do observador, no entanto, outras escalas poderão ser utilizadas mediante as características e capacidades de cada doente, adaptando deste modo, cada instrumento à capacidade cognitiva e psicomotora da pessoa idosa. Embora existam diferentes métodos e escalas para avaliação da dor (Apêndice VI), verifica-se que cada um deles apresenta vantagens distintas de acordo com a especificidade da pessoa a ser avaliada (MITCHELL, 2001). A Escala Visual Analógica, por exemplo, onde as pessoas devem atribuir um número (de 0 a 10) de acordo com a intensidade da sua dor pode ser limitada pela dificuldade na visão, existindo inclusive, evidências de que as pessoas idosas as acham particularmente “irritantes” e mais difíceis (MITCHELL, 2001). Por outro lado, as Escalas de Descrição Verbal onde se descreve a intensidade da dor através da selecção de uma palavra, revelam-se mais apropriadas para as pessoas idosas bem como, para as que apresentam algum compromisso cognitivo (MITCHELL, 2001). No entanto, outros autores (McZWAKHALEN et al, 2006; CORRAN et al, 2001) referem que as escalas que requerem auto-avaliação, exigem capacidade para compreender a pergunta e responder, tendo em conta a sua experiência de dor. Porém, as dificuldades em efectuar pensamentos abstractos, inerentes ao processo de envelhecimento, dificultam as habilidades cognitivas necessárias, podendo também ser influenciadas pelo contexto em que se encontram inseridos, o estado de humor e a cultura.

A avaliação da dor nas pessoas idosas impõe uma abordagem global e multidimensional, tendo em conta toda a sua complexidade multifactorial, ou seja, a valorização dos factores comportamentais, cognitivos e socioculturais são de extrema relevância na abordagem e controlo da dor (DAVIS e SRIVASTAVA, 2003).

Durante a abordagem, pela equipa da UD, ao doente internado, é solicitado ao mesmo que atribua um valor à sua dor, que a descreva e caracterize. É dada particular importância ao estado neurológico do doente (para despiste de eventual confusão mental) e à capacidade de eliminação intestinal na medida em que os medicamentos opióides usados no controlo da dor podem causar obstipação. Posteriormente à observação é feito o ajuste terapêutico e efectuados registos necessários através do sistema CIPE/SAPE (para os enfermeiros) e sistema SAM (Sistema de Apoio Médico) no respectivo serviço.

Todas as alterações efectuadas são sempre comunicadas ao enfermeiro responsável pelo doente. Os registos da equipa da UD são efectuados em formato de papel, especificamente preparados para o efeito, uma vez que o serviço ainda não dispõe da parametrização informática dos registos.

Aos doentes observados pela 1ª vez é feita uma colheita de dados global e mais aprofundada no sentido de conhecer a história clínica, hábitos de vida e essencialmente a sua história de dor. É pedido ao doente que especifique (desenhando ou simplesmente assinalando) na folha de colheita de dados o local (ou locais) onde sente dor, tentando-se simultaneamente que descreva e caracterize o tipo de dor. Perante as queixas do doente é traçado um plano terapêutico, validado com o enfermeiro responsável e feita uma reavaliação no dia seguinte.

Todo o processo de acompanhamento pela UD ao doente internado é realizado em parceria com o serviço onde o doente se encontra internado e analisado na equipa multidisciplinar da UD, através reuniões diárias, onde são apresentados os doentes em tratamento no internamento e outras

situações mais problemáticas, discutidas e delineadas estratégias de intervenção adequadas a cada situação.

O desenvolvimento e acompanhamento das actividades nos serviços de internamento, onde me foi permitido uma participação activa na prestação de cuidados ao doente internado com dor (com a supervisão do enfermeiro orientador do estágio), bem como, a presença e participação nas reuniões multidisciplinares, permitiu-me desenvolver **competências no domínio da gestão de cuidados pela continuidade de cuidados, articulação entre os profissionais da UD e dos serviços de internamento, bem como, a optimização da tomada de decisão**, nomeadamente na procura da melhor opção terapêutica para o doente.

No **hospital de dia**, as actividades desenvolvidas centram-se essencialmente no tratamento e controlo da dor. Funcionando como apoio da consulta médica, a enfermeira responsável pelo hospital de dia dá resposta às necessidades de alívio da dor dos doentes seguidos em consulta, administrando a terapêutica prescrita no momento, assim como, aos doentes que recorrem ao serviço, com dor não controlada, solicitando ajuda.

A prestação de cuidados e o acompanhamento é sempre realizado respeitando a individualidade de cada um. Assim que o doente se identifica, o seu processo é retirado

do arquivo para que toda a equipa tenha conhecimento do mesmo e possa dar resposta adequada. Todas as ocorrências e qualquer que seja o procedimento efectuado são sempre registadas no processo do doente pela enfermeira e/ou pelo médico. A dinâmica do hospital de dia é intensa e apenas deste modo, é possível obter registos fidedignos e manter a continuidade na prestação de cuidados.

No hospital de dia são também efectuados ensinamentos, nomeadamente sobre a administração/colocação da terapêutica, efeitos secundários da terapêutica (o que fazer se ocorrerem), ensino sobre a alimentação, importância do exercício físico, mobilizações, prevenção da obstipação, assim como, ensino sobre técnicas não farmacológicas que podem ser usadas no domicílio contribuindo para a melhoria da dor nomeadamente: aplicação de frio e/ou calor superficial, massagem, repouso, musicoterapia, exercícios e alongamentos suaves, que são também os preferidos das pessoas idosas (DAVIS e SRIVASTAVA, 2003).

As estratégias não farmacológicas<sup>22</sup> constituem uma mais-valia no controlo da dor e incluem várias modalidades de tratamento físico e psicológico, requerendo frequentemente a participação activa do doente e promovendo, por sua vez, a auto-confiança do doente em relação ao seu controlo sobre a dor (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2002). Por outro lado, a revisão da literatura efectuada, reforça a necessidade de associar estratégias farmacológicas e não farmacológicas, exigindo um trabalho em equipa, em que o enfermeiro contribui activamente como elo mediador de cuidados de excelência (MITCHELL, 2001).

As sessões de diatermia são realizadas diariamente no hospital de dia, enquanto as sessões de psicodrama e mesoterapia são realizadas uma vez por semana. Durante o ensino clínico tive oportunidade de participar activamente nestas actividades bem como, nas medidas farmacológicas, através das preparações e aplicações da terapêutica para a PCA (incluindo a montagem e programação do aparelho), apoio nas técnicas de bloqueio

---

<sup>22</sup> As **estratégias não farmacológicas** devem ser sempre incluídas no tratamento e gestão da dor para que estes sejam bem sucedidos e se obtenha ganhos a longo prazo. Abrangem um vasto leque de tratamentos que podem ser agrupadas em intervenções físicas (incluindo fisioterapia, acupunctura, manipulação quiroprática, massagens, estimulação eléctrica nervosa transcutânea - TENS e outros) e as intervenções psico-educacionais, como terapia cognitivo-comportamental, terapia familiar e educação do paciente (BAJWA e SMITH, 2011). No ano 2006 foi publicado um estudo, realizado em 15 países europeus, sobre a prevalência, severidade, tratamento e impacto da dor crónica, tendo sido concluído que 70% dos portadores de dor crónica foram tratados através de tratamentos não farmacológicos, assim como a abordagem multidisciplinar e cognitivo-comportamental teve efeitos significativos e duradouros no tratamento da dor crónica (BREIVIK et al, 2006).

periférico e infiltrações, adquirindo de igual modo, **competências no domínio da gestão de cuidados**, pela **continuação dos mesmos** e **articulação com outros membros da equipa multidisciplinar nas medidas de controlo da dor**.

Durante os tratamentos é sempre efectuada a avaliação da dor tendo em conta as suas características e de acordo com o preconizado nas directrizes nacionais, nomeadamente: a intensidade, factores exarcebantes e atenuantes, localização e características temporais (DGS, 2001), assim como, as consequências da dor nas actividades de vida diária.

Embora a estrutura física do hospital de dia seja um factor condicionante, existe uma grande preocupação em manter um ambiente terapêutico seguro, respeitando a individualidade e identidade cultural de cada indivíduo. A parceria com os cuidadores/pessoas significativas é também uma realidade, promovendo maior segurança e conforto ao doente, mas também capacitando-a através dos ensinamentos para a melhoria e continuidade dos cuidados prestados. Como nos refere KOLCABA (2003) a presença das pessoas significativas nos serviços de saúde constitui uma sensação de conforto e quando o conforto desejado é atingido, a pessoa doente sente-se mais fortalecida e capaz de se empenhar no desenvolvimento e manutenção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis. Neste âmbito desenvolvi competências de Enfermeiro Especialista no **domínio da melhoria da qualidade, mantendo um ambiente terapêutico e seguro**.

As **consultas de enfermagem** (terceira vertente a ser trabalhada) decorrem paralelamente às consultas médicas, ou seja, o doente que vem pela primeira vez à consulta da UD tem o primeiro contacto com a enfermeira, que o elucida relativamente à finalidade da consulta e de como se vai desenvolver. Realiza-se uma recolha criteriosa dos dados globais e relevantes da história de saúde/doença do doente, da mesma forma como se procede no internamento (já referido anteriormente) e encaminha-o para a consulta médica. É frequente esta consulta realizar-se com a presença do médico fomentando deste modo, um processo de acolhimento em equipa, evitando a repetição na recolha de dados e promovendo sentimentos de maior segurança e conforto ao doente.

A consulta de enfermagem é uma actividade autónoma do enfermeiro, através da qual se dá início ao processo de enfermagem. Utilizando metodologia científica, o enfermeiro recolhe a informação necessária e projecta um plano de acção tendo em conta os objectivos e as intervenções/estratégias necessárias para atingir os resultados

esperados (OE, 2003). A consulta de enfermagem na UD constitui um momento privilegiado, em que o enfermeiro estabelece uma relação terapêutica de confiança mútua, caracterizada pela parceria e respeito pelas capacidades de cada um objectivando o alívio da dor, o conforto e a máxima independência na satisfação das necessidades humanas fundamentais (OE, 2003).

A enfermeira responsável pelas consultas é também responsável pelo atendimento na **consulta telefónica**. A consulta telefónica resultou da necessidade sentida pela equipa multidisciplinar, em dar continuidade aos cuidados prestados entre as consultas agendadas, ou seja, durante o tempo em que se efectuavam visitas domiciliárias, percebeu-se que os doentes não tinham qualquer tipo de acompanhamento após a consulta na UD, tendo-se conseguido colmatar esta lacuna através das consultas telefónicas. Inicialmente esta consulta tinha como objectivos garantir, de uma forma fácil e económica a continuidade dos cuidados aos doentes/família, ajudar no controlo da dor, detectar precocemente os efeitos colaterais dos tratamentos e terapêutica, bem como dar apoio emocional (MARTINS e LOPES, 2010). Contudo, a realidade actual mostra-nos que “o telefone é utilizado pela enfermeira como uma extensão de si própria, para ultrapassar as barreiras geográficas que a separam do doente/família e entrar em comunicação activa para a resolução de problemas que motivaram a consulta telefónica” (MARTINS e LOPES, 2010, p. 54). Embora a literatura alerte para as dificuldades que podem surgir na comunicação por telefone, nomeadamente o ruído e a possibilidade de distorções da mensagem (REGO, 1999), a dificuldade em garantir a confidencialidade no entanto, as consultas telefónicas têm-se revelado uma mais-valia na prestação de cuidados, apontando como principais benefícios a acessibilidade à informação sobre os problemas de saúde e respectivas soluções, ultrapassando barreiras geográficas e evitando as deslocações (HAGAN et al, 2000). Através da monitorização e da avaliação do doente/família, realizada pelo enfermeiro durante a consulta telefónica, facultando suporte emocional, incentivando ao tratamento para o controlo da dor e transmitindo segurança e maior satisfação aos mesmos (BOHNENKAMP et al, 2004), permite ao enfermeiro promover a continuidade dos cuidados após a consulta.

Durante o desenvolvimento das actividades nas consultas de enfermagem e consultas telefónicas foi-me permitida uma participação constante e activa, tendo-se verificado um contributo significativo para o desenvolvimento de competências no



**domínio da gestão de cuidados, através da gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores como também, a articulação na equipa multidisciplinar e a promoção da continuidade dos cuidados após a consulta.**

A formação em serviço é uma realidade na UD. Semanalmente é realizada uma acção de formação para a equipa médica e de enfermagem, pelo que os temas desenvolvidos são transversais às duas práticas. O plano da formação é agendado com alguma antecedência, podendo a realização da sessão de formação ser da responsabilidade de um dos elementos da equipa da UD, de um estagiário (profissional ou aluno) em processo académico ou da responsabilidade de um Delegado de Informação Médica responsável pela apresentação e esclarecimento de uma determinada terapêutica utilizada no controlo da dor. A formação é considerada por toda a equipa como um momento importante de aprendizagem e troca de experiências, pelo que os temas apresentados são todos valorizados e considerados pertinentes. Neste contexto, durante o estágio foi-me possível assistir a formações que contribuíram para a aquisição de novos conhecimentos, nomeadamente:

- 3/10 – “Dor e Depressão”; “Sessão informativa sobre o *Abstral* (terapêutica usada no tratamento da dor severa) ”;
- 10/10 – “Controlo da dor no doente com ferida”; “Analgesia para feridas dolorosas”;
- 17/10 – “Sessão informativa sobre o *Exxiv* (Anti-inflamatório não esteróide)”;
- 24/10 – “Fibromialgia”; “Reeducação postural nas lombalgias”.

Tendo em conta a dinâmica do plano de formação desenvolvido na UD, considerei pertinente contribuir para o mesmo com a realização de uma acção de formação. Assim, foi desenvolvido o tema “***A dor nas pessoas idosas: mitos e realidades na prática de cuidados***”, sugerido pela enfermeira orientadora e enfermeira chefe (Apêndice VII). A apresentação foi feita no último dia de estágio tendo-se traduzido na consolidação dos conhecimentos adquiridos ao longo deste mestrado relativamente à pessoa idosa e aquisição de novos conhecimentos no que diz respeito à dor nas pessoas idosas. A formação realizada teve um feedback bastante positivo por parte de toda a equipa o que me proporcionou momentos de grande satisfação pelo trabalho desenvolvido, bem como, pelas competências adquiridas no **domínio das aprendizagens profissionais,**

**desenvolvendo o auto-conhecimento, actuando como formadora e promovendo a aprendizagem em contexto de trabalho, na área da especialidade.**

O ensino clínico na UD constituiu, sem dúvida, uma mais-valia no meu desenvolvimento como profissional de enfermagem e na **aquisição de competências científicas, técnicas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados no âmbito da dor**, assim como, no meu crescimento individual como pessoa.

O investimento de cada um dos elementos que constitui a equipa multidisciplinar, a excelência nos cuidados prestados visando o alívio da dor e do sofrimento do doente, contribuindo para que este tenha uma vida mais feliz e com melhor qualidade, é extraordinário e digno de todo o mérito.

### **2.1.2 – Unidade de Cuidados Intensivos**

A UCI onde se realizou a segundo ensino clínico é uma unidade de Nível III direccionada para o tratamento global do doente adulto/idoso, do foro médico-cirúrgico, ortotraumatológico e neurocirúrgico, integrada no plano estratégico da Direcção-Geral de Saúde, como uma das unidades polivalentes de referência do país. A sua área de prestação de cuidados engloba doentes provenientes dos diversos serviços de internamento da própria Instituição (com mais incidência os doentes procedentes do Serviço de Urgência Geral e Bloco Operatório) e mais esporadicamente doentes transferidos de outros hospitais.

As actividades desenvolvidas neste campo de estágio foram ao encontro do plano de actividades anteriormente delineado, no sentido de dar resposta aos seguintes objectivos:

- **“Melhorar o padrão de avaliação e monitorização sistemática da dor na pessoa idosa internada em situação crítica”;**
- **“Desenvolver competências clínicas especializadas, no domínio do enfermeiro especialista médico-cirúrgico, nomeadamente nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família em situação crítica”.**

Considerando que a UCI constitui o meu contexto habitual de trabalho e local de implementação do projecto, a integração na equipa constituía um facto. A divulgação e apresentação do projecto à equipa multidisciplinar foi efectuada em dois tempos, pela impossibilidade em agendar uma reunião conjunta. Assim, à equipa de enfermagem a apresentação foi realizada, formalmente nas passagens de turno, promovendo a discussão sobre o tema e solicitando a adesão e participação de todos os elementos no projecto. À equipa médica, o projecto foi apresentado de forma informal a cada um dos clínicos, incluindo o Director Clínico do serviço.

A prestação de cuidados à pessoa idosa com dor e em situação crítica foi uma constante transversal a todo o ensino clínico, tendo surgido também a necessidade de realizar um estudo de caso (Apêndice VIII) sobre uma pessoa idosa inserida neste contexto. Esta actividade contribuiu para a consolidação dos conhecimentos adquiridos, a sua aplicação na prestação de cuidados e a realização de novas aprendizagens para a tomada de decisão, através da análise e descrição de uma determinada situação real (NAUMES e NAUMES, 1999), permitindo deste modo, o **aprofundamento de competências científicas, técnicas e relacionais neste âmbito**.

Tendo em conta as minhas percepções, convicções e experiências vivenciadas nesta unidade e como forma de responder ao primeiro objectivo acima referido, considerei pertinente desenvolver duas estratégias que contribuíram para a realização de um diagnóstico de situação sobre o problema central deste projecto de aprendizagem: auditoria dos registos de enfermagem, relativamente à avaliação e monitorização da dor nas pessoas idosas internadas na UCI e observação e análise das práticas de enfermagem à pessoa idosa com dor, internada em situação crítica. Neste contexto, foi efectuado um pedido de autorização para a realização do estudo à Enfermeira Directora da respectiva instituição que teve um parecer positivo (Apêndice IX) e dado conhecimento à equipa de enfermagem, verbalmente nas passagens de turno e através de uma carta informativa (Apêndice X), colocada no dossiê da equipa, existente para o efeito. Assim, foram salvaguardados os princípios éticos, inerentes, nomeadamente os princípios da confidencialidade e do anonimato das fontes bem como, a não utilização dos dados para outros fins. No **domínio da melhoria da qualidade**, pretende-se que **o enfermeiro inicie e participe em projectos institucionais na área da qualidade** bem como, **comunique**

**os resultados das actividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores** (OE, 2010).

No início deste ensino clínico, foi-me proposto pelo Enfermeiro Chefe a frequência, em contexto de trabalho, de uma formação sobre “Auditoria da Qualidade” (Apêndice XI), inserida no plano de formação em serviço e ministrada pelo Departamento de Formação e Investigação Contínua da Instituição em questão. Assim, a frequência desta formação permitiu-me conhecer e compreender conceitos, práticas e comportamentos necessários à realização de auditorias, permitindo a aquisição de novos conhecimentos neste âmbito e consequentemente um melhor desempenho das estratégias definidas, bem como, uma mais-valia no desenvolvimento do projecto de aprendizagem.

### **2.1.3 - Auditoria aos registos de enfermagem**

Os registos de enfermagem são o testemunho que perdura no tempo. Baseando-se num conjunto de informações descritivas dos cuidados de enfermagem prestados, funcionam como meio de comunicação entre a equipa multidisciplinar, promovendo a individualização dos cuidados, de forma a obter uma visão holística da evolução da pessoa e consequentemente a continuidade e melhoria dos cuidados prestados (TORRES e REIS, 2002). Constituindo um indicador da qualidade dos cuidados prestados devem ser efectuados de forma organizada e sistemática dando visibilidade aos cuidados de enfermagem e possibilitando uma análise e avaliação dos mesmos. Revelando-se como uma das bases promotoras da tomada de decisão em enfermagem (FIGUEIROA-REGO, 2003), os registos de enfermagem funcionam como elementos importantes na evolução da enfermagem contribuindo para a sua afirmação e credibilidade enquanto disciplina científica (ANES, 2001).

Quando nos reportamos à avaliação da dor e à necessidade do seu registo de forma sistemática, tendo em conta toda a sua unicidade e subjectividade enquanto experiência, deparamo-nos com a necessidade de desenvolvimento de competências que permitam uma avaliação fidedigna e adequada, valorizando não apenas as suas manifestações clínicas, mas todos os componentes que caracterizam a sua multidimensionalidade.

Na UCI os registos de enfermagem são baseados na “Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem” (CIPE versão Beta 2) e encontram-se informatizados. O padrão documental, elaborado por enfermeiros do próprio serviço, contempla o Diagnóstico de Enfermagem Dor, permitindo a definição do Status (Localização anatómica; Topologia; Frequência; Duração) e das intervenções de enfermagem pré-definidas (Apoiar a pessoa; Executar técnicas de distração; Massajar partes do corpo; Monitorizar a dor através de escala de dor). A elaboração do diagnóstico de enfermagem constitui uma intervenção autónoma do enfermeiro, no entanto, também é possível Monitorizar a Dor através de uma intervenção interdependente, que se encontra incluída na Atitude Terapêutica – Parâmetros Vitais.

Sendo a minha percepção que os registos de enfermagem, relativamente à avaliação e monitorização da dor nas pessoas idosas em situação crítica, não era realizada de forma sistemática e adequada, propus-me à realização deste projecto como forma de **contribuir, como enfermeira especialista, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, através da melhoria do padrão de avaliação existente**. Neste contexto e no sentido de operacionalizar a análise dos registos de enfermagem foi efectuada uma análise retrospectiva aos registos de enfermagem no período entre 1 de Janeiro e 31 de Julho de 2011. Para o efeito foi elaborada uma grelha (Apêndice XII) constituída pelos parâmetros que definem o padrão existente para a avaliação da dor, respeitando as questões éticas relativamente à não identificação do doente e enfermeiro em questão.

### ➤ **Resultados obtidos**

Da análise retrospectiva aos registos de enfermagem no período entre 1 de Janeiro e 31 de Julho de 2011, foram analisados 61 registos, correspondentes ao número de doentes internados nesse período, com idade compreendidas entre os 65 e os 97 anos.

Relativamente à Distribuição por Género (Apêndice XIII – Gráfico 1) verificou-se que a maioria dos doentes pertencia ao género masculino correspondendo a 64% enquanto, o género feminino era representado por 36% do total de pessoas idosas internadas nesse período.

Quanto à Monitorização da Dor (Apêndice XIII– Gráfico 2) verificamos que 76% é efectuada através de uma intervenção interdependente – Atitude Terapêutica, em 21%

dos casos é elaborado um Diagnóstico de Enfermagem e existem 3% dos registos em que não é efectuada qualquer tipo de monitorização da dor.

Quando analisamos os registos de enfermagem relativamente à Formulação de Diagnóstico de Enfermagem (Apêndice XIII – Gráfico 3) tendo como foco de atenção a Dor verifica-se que correspondem a apenas 21%, ou seja, em 79% dos doentes internados não é levantado qualquer diagnóstico de dor. Por outro lado, dos Diagnósticos de Enfermagem – Dor (Apêndice XIII – Gráfico 4) que são formulados, a maior percentagem - 54%, é efectuada após o 2º dia de internamento na UCI. Mais uma vez se confirma o não levantamento do diagnóstico de enfermagem Dor à entrada do doente. No entanto, foi possível verificar que 85% dos diagnósticos de enfermagem são formulados na UCI (Apêndice XIII – Gráfico 5), enquanto 15% são formulados noutra serviço. Porém, durante a análise dos registos pude constatar que os diagnósticos de enfermagem formulados noutros serviços são automaticamente “fechados” à entrada do doente na UCI e formulados novos diagnósticos de acordo com o padrão documental definido na UCI. Este facto é justificado pelos enfermeiros da UCI como sendo, mais fácil e mais rápido, a elaboração de novos diagnósticos uma vez que, cada serviço desta instituição, possui o seu próprio padrão documental com as suas próprias intervenções, não se enquadrando deste modo no padrão da UCI. No entanto, o que se pode verificar com este procedimento é a descontinuidade na prestação de cuidados de enfermagem uma vez que, os diagnósticos levantados nos outros serviços e fechados à entrada do doente na UCI, raramente são novamente formulados nos primeiros dias. No caso concreto do foco de atenção Dor pude constatar que dos 61 registos analisados apenas 2 mantiveram o diagnóstico de enfermagem Dor “aberto”, no entanto, na maior parte deles a monitorização da Dor era efectuada através das atitudes terapêuticas, verificando-se avaliações compatíveis com a presença de dor bem como, intervenções delineadas para o alívio da mesma.

Relativamente ao Status do Diagnóstico de Enfermagem Dor (Apêndice XIII – Gráfico 6), o padrão documental definido na UCI, contempla quatro itens como já foi referido anteriormente. Assim, podemos constatar que o status definido corresponde ao número de diagnósticos formulados, ou seja, comparando com os registos efectuados através das atitudes terapêuticas são muito inferiores. Dos 61 registos analisados, 48 dizem respeito às atitudes terapêuticas em que não se aplica o status, isto é, não é

definido qualquer status uma vez que o padrão documental não o contempla. Porém verifica-se que dos restantes 13 registos, a maior parte apresenta o status bem definido quanto à sua localização anatómica, a sua topologia, a frequência e a duração do fenómeno de enfermagem Dor.

Quando nos reportamos às Intervenções de Enfermagem (Apêndice XIII – GRÁFICO 7) planeadas verifica-se que na maioria dos registos analisados a única intervenção planeada era a monitorização da dor, o que se justifica pelo facto de, como se constatou anteriormente, a avaliação da dor é feita através de uma intervenção interdependente, ou seja através de uma atitude terapêutica associada aos parâmetros vitais que, contempla como acção de enfermagem apenas a monitorização da dor através de escala de dor. As restantes intervenções correspondem, neste sentido, aos diagnósticos de enfermagem realizados, ou seja, 21% do total de registos (como se pode ver no Gráfico 3).

Em relação às escalas de avaliação de dor utilizadas (Apêndice XIII – GRÁFICO 8), verifica-se que em 57% dos registos, foi utilizada a escala NVPS (Nonverbal Pain Scale), o que caracteriza, de um modo geral, a população existente na UCI, isto é, predominantemente os doentes encontram-se sedados e/ou curarizados e com ventilação invasiva, não sendo capazes de efectuar uma auto-avaliação ou verbalizar a sua dor. As restantes escalas (Escala das Faces, Escala Numérica, Escala Visual Analógica e PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) variam entre os 5% e os 8%. De realçar que 15% dos registos não apresentavam qualquer tipo de escala utilizada, ou seja, existia efectivamente uma avaliação e monitorização da dor (em algumas situações existia, inclusivé, registo de presença de dor e intervenção de enfermagem realizada) mas não era efectuado qualquer registo identificando a escala utilizada para o efeito.

#### **2.1.4 - Observação e análise das práticas de cuidados**

Através da observação é possível fazer-se uma descrição fiel e sistemática das ocorrências que dizem respeito ao problema em estudo (FORTIN, 2009). Neste contexto, a observação das práticas dos cuidados de enfermagem surge visando a identificação das necessidades de formação dos enfermeiros. Pretendia-se observar a abordagem do enfermeiro à pessoa idosa com dor, que se encontrasse consciente e com capacidade

para manifestar a sua dor (mesmo que a resposta fosse apenas “sim” ou “não”), a sua intervenção mediante o feedback do doente, se efectuava ou não o registo do acontecimento e se mais tarde validava a eficácia da sua acção junto do doente. Para o efeito, foi elaborada uma grelha de observação (Apêndice XIV) composta por quatro questões: “Questiona ao doente existência de Dor?”; “Realizada intervenção?”; “Realizado registo?”; “Validação após registo?”, às quais corresponderia a resposta “Sim” ou “Não”. A observação foi efectuada em todas as equipas de enfermagem, tendo sido escolhidos, aleatoriamente, dois enfermeiros por cada equipa.

### ➤ **Resultados obtidos**

Dos dez enfermeiros observados, seis questionaram o doente se tinha ou não dor antes de iniciar qualquer procedimento, apenas cinco destes tiveram uma intervenção de enfermagem no sentido de aliviar a dor do doente e somente três efectuaram um registo de enfermagem descrevendo o acontecido. De realçar que, de todos os enfermeiros observados, apenas um enfermeiro, concluiu todo o processo, ou seja, numa nova abordagem ao doente, reavaliou a dor do doente confirmando a eficácia da sua intervenção. Com esta análise constata-se que em dez enfermeiros da UCI, quatro não questionaram o doente sobre a existência de dor, aquando a sua abordagem para realização de procedimentos e como tal, também não existiram intervenções de enfermagem nem registos nesse sentido.

### ➤ **Análise dos resultados**

Perante os resultados obtidos com a auditoria dos registos de enfermagem e a observação da prática de cuidados na UCI, embora as amostras sejam pequenas, constata-se que a dor não é encarada como o quinto sinal vital, ao contrário do preconizado pela DGS (2003) como norma de boa prática. Ainda que seja prática da UCI o registo, de hora a hora e em SOS de todos os parâmetros vitais, a dor não se encontra de todo enquadrada nesses parâmetros.

A auditoria dos registos de enfermagem comprova que os mesmos não são efectuados de forma uniforme, sistemática e baseados na evidência científica conforme preconizado nas directrizes nacionais e internacionais. O sucesso da estratégia



terapêutica depende da monitorização da dor em todas as suas vertentes. Deste modo, a presença de dor e a sua intensidade devem ser valorizadas, diagnosticadas, avaliadas e registadas de forma sistemática (DGS, 2003). Na UCI a monitorização da dor é predominantemente feita através de uma acção interdependente que condiciona a intervenção do enfermeiro na medida em que o padrão documental existente é muito limitado não contemplando toda a informação recomendadas para a avaliação da dor. Na presença de dor é fundamental que o enfermeiro direcione estratégias farmacológicas e não farmacológicas (estas são autónomas permitindo ao enfermeiro maior controle da situação), no sentido de eliminar ou aliviar essa dor. Se não existem diagnósticos de enfermagem formulados, cujo foco de atenção é a dor, poderemos pensar que os enfermeiros não estão sensibilizados para esta problemática da mesma maneira como se encontram em relação aos restantes parâmetros vitais. Por outro lado, deparamo-nos com uma utilização de escalas de avaliação de dor pouco uniforme. O sistema informático não sugere qualquer escala de avaliação da dor pelo que, o enfermeiro escolhe e utiliza no momento a escala que lhe parece mais indicada e da qual tem melhor conhecimento. Segundo as directrizes encontradas, a escolha da escala a utilizar deve basear-se nas características individuais da cada doente, sendo importante a utilização da mesma escala nas avaliações seguintes, salvaguardando no entanto, as possíveis alterações no quadro clínico do mesmo, altura em que a escala deve ser adequada permitindo uma avaliação da sua evolução (DGS, 2010; AGS, 2002).

Dos recursos instrumentais para avaliação da dor utilizados na UCI, não foi reconhecido nenhum exclusivo para a população idosa identificando-se assim, uma área onde será necessário intervir para a melhoria dos cuidados prestados, ou seja, baseando-me na premissa de que um **enfermeiro especialista na sua competência de gestão de cuidados, deve utilizar e otimizar os recursos para a melhoria dos cuidados prestados** (OE; 2010), foi proposto à equipa de enfermagem a designação de uma escala para avaliação da dor, adequada à pessoa idosa em situação crítica, que será desenvolvida posteriormente.

Como se pode constatar existe uma carência efectiva, por parte da equipa de enfermagem, na avaliação e monitorização sistemática da dor na pessoa idosa em situação crítica, internada na UCI, traduzindo-se num défice dos registos de enfermagem e na continuidade dos cuidados prestados visando o alívio da dor e do sofrimento do

doente. Segundo a OE (2008, p. 7) “a negação ou a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional”. Neste contexto, urge uma necessidade de mudança de comportamentos no sentido de promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, pressupondo não só alterações nas práticas diárias como também, em quem as pratica. Contudo, para que exista mudança de comportamento é fundamental que o indivíduo se consciencialize do problema em causa e sinta por si só, a necessidade de mudar o seu comportamento (RUSSEL, 1996). Como nos refere FERREIRA (2006, p. 58), é necessária uma “formação voluntária, em grupos de auto-formação” centrada na prestação de cuidados diária e nos seus problemas. Assim, com o intuito de impulsionar a necessidade de mudança, sensibilizando a equipa para a importância da dor, promoveu-se a discussão e formação entre pares. Durante as passagens de turno desenvolveram-se momentos de discussão e reflexão, individual e em grupo, sobre os doentes internados que referiam dor ou que, na impossibilidade de comunicarem, apresentavam manifestações indicando presença de dor. Mantendo sempre um papel activo nestes momentos de discussão, fui alertando os colegas para a importância de uma avaliação e monitorização sistemáticas da dor na pessoa idosa e para a necessidade do registo adequado, no sentido de se delinear um plano terapêutico que alivie a dor e maximize o conforto do doente. Considero que estes momentos de reflexão e partilha de conhecimentos traduziram-se num contributo fundamental para a manutenção das boas práticas e uniformização dos cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor.

A formação em contexto de trabalho é um método consistente e eficaz de promover a mudança na prática de enfermagem, bem como, as auditorias e retorno de informação são consideradas estratégias seguras na implementação da mudança baseada na evidência (THOMPSON e ELEARMONTH, 2004). Como nos refere DAY (2001, p. 213) “há dados que demonstram que a formação contínua pode produzir, e de facto produz, um forte impacto no pensamento e na prática” dos profissionais, com tradução positiva na qualidade dos cuidados prestados. Assim, e na continuidade deste processo de mudança foi planeada uma sessão de formação em serviço (Apêndice XV), para divulgação dos resultados obtidos com a auditoria dos registos de enfermagem e com a observação das práticas, realizadas anteriormente, contemplando também uma componente de formação teórica tendo sido abordados conceitos gerais sobre a dor, prevalência e consequências

da dor na pessoa idosa e sobre as directrizes nacionais para o tratamento e controlo da dor. A estratégia de divulgação dos resultados, segundo PEARSON e GRAIG (2004), é promotora da mudança de comportamentos. Na impossibilidade de agendar um dia no Departamento de Formação da instituição, a formação foi realizada em cinco tempos, ou seja, foi realizada uma formação para cada equipa de enfermagem. Embora se tenha tornado algo repetitivo para mim, considero que a presença de poucos elementos em cada formação constituiu uma mais-valia, permitindo maior envolvimento e partilha de conhecimentos entre todos, favorecendo a reflexão e possibilitando também um vasto leque de sugestões para a implementação de novas estratégias na avaliação e controlo da dor. Como forma de dinamizar a formação, foi distribuído a todos os enfermeiros uma régua de avaliação da dor (fornecida pela Enfermeira Chefe da UD) bem como, um cartaz composto por instrumentos de auto-avaliação que, com autorização do Enfermeiro chefe, foi afixado na “sala aberta” onde se encontram os doentes, de modo a dar-lhe maior visibilidade e como forma de sensibilizar toda a equipa multidisciplinar.

No decurso deste ensino clínico, através das estratégias implementadas e da informação transmitida à equipa, fundamentada na evidência científica no âmbito da dor na pessoa idosa e baseada nas directrizes nacionais e internacionais, pretendeu-se envolver a equipa no processo de mudança das práticas, visando a melhoria dos cuidados prestados. Assim, desenvolveu-se **competências de enfermeira especialista no domínio da melhoria da qualidade** na medida em que, foi possível **conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria de qualidade, através da identificação de oportunidades de melhoria, estabelecendo prioridades de melhoria e seleccionando estratégias de melhoria**. De igual modo, foi possível **promover a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados** (OE, 2010).

### **2.1.5 – Auditoria dos registos de enfermagem (2ª fase)**

No sentido de avaliar o percurso desenvolvido até ao momento e a eficácia das estratégias implementadas para sensibilização da equipa, relativamente à importância da avaliação e monitorização sistemáticas da dor, na pessoa idosa em situação crítica, foi realizada uma 2ª auditoria dos registos de enfermagem na última semana de estágio. Tendo em conta que os registos a analisar teriam que se reportar ao ano 2012, foram

selecionados 43 registos que correspondem, efectivamente, ao número de doentes internados na UCI desde 1 de Janeiro a 17 de Fevereiro. Uma vez que se tratava de uma amostra pequena foram considerados todos os registos existentes e não apenas os referentes a pessoas idosas, tendo sido utilizada a mesma grelha de registos da fase de diagnóstico da situação. Embora este projecto de aprendizagem seja direccionado para as pessoas idosas, pretende-se que o processo de mudança de comportamento da equipa de enfermagem e consequentemente a melhoria dos cuidados prestados, seja transversal a todas as faixas etárias, como forma de melhorar o controlo da dor em todas as suas vertentes.

➤ **Resultados obtidos na 2ª auditoria:**

Na Distribuição por Género (Apêndice XVI – Gráfico 1) mantém-se a predominância do género masculino correspondendo a 72% dos doentes, enquanto apenas 28% pertencem ao género feminino.

Relativamente à Monitorização da Dor também não se verificaram grandes alterações (Apêndice XVI – Gráfico 2), continuando a ser efectuada maioritariamente (75%) através de uma intervenção interdependente, ou seja, através das atitudes terapêuticas. Deste modo, a percentagem de registos cuja monitorização da dor é efectuada através dos diagnósticos de enfermagem, corresponde a 22% (na auditoria anterior era de 21%). Infelizmente constatou-se novamente uma percentagem de 3% referente aos registos que não apresentavam qualquer tipo de monitorização da dor, o que pode significar que existem ainda profissionais pouco sensibilizados para a problemática da dor.

No que diz respeito aos Diagnósticos de Enfermagem realizados, tendo como foco de atenção a dor (Apêndice XVI – Gráfico 3), a tendência manteve-se, com apenas 12%, em comparação com 88% referente aos registos em que não se efectuaram diagnósticos. Porém, verifica-se que todos os diagnósticos de enfermagem (100%) foram realizados na UCI (Apêndice XVI – Gráfico 5) e que 60% foram efectuados no 1º dia de internamento, enquanto 40% foram realizados a partir do 2º dia (Apêndice XVI – Gráfico 4) (na auditoria anterior constatou-se o inverso, ou seja, a maior parte eram realizados a partir do 2º dia). Reconhece-se aqui uma preocupação por parte da equipa em proceder à avaliação e monitorização da dor à entrada do doente na unidade.

Em relação à definição do Status verifica-se uma melhoria nos registos de enfermagem (Apêndice XVI – Gráfico 6). À excepção de um, todos os registos com diagnósticos formulados apresentam o status bem definido, fazendo referência às características da dor (localização anatómica, topologia, frequência e duração). Por outro lado, o resultado das intervenções de enfermagem planeadas (Apêndice XVI – Gráfico 7) sobrepõem-se à auditoria anterior, isto é, continua-se a verificar a superioridade da intervenção “Monitorizar a dor através da escala de dor” que se explica pelo facto da monitorização da dor na UCI ser predominantemente realizada através das atitudes terapêuticas, como se viu anteriormente.

Quando nos reportamos às escalas de avaliação mais utilizadas (Apêndice XVI – Gráfico 8), constata-se novamente uma maior utilização da escala NVPS (reforçando a ideia de que a maior percentagem dos doentes internados na UCI encontram-se ventilados, sedados e/ou curarizados, não sendo capazes de comunicar), mas por outro lado, também se verifica um aumento da utilização da EVA, mostrando-nos que a percentagem de doentes com capacidade de comunicar a sua dor é cada vez maior. Este facto explica-se pela existência de um novo paradigma na abordagem do doente crítico na UCI, cujo objectivo é diminuir o mais possível o tempo de sedação e ventilação invasiva. Relativamente aos registos em que não havia referência da escala utilizada também se verifica um decréscimo na percentagem, correspondendo nesta auditoria a 7 % (na auditoria anterior representava 15% dos registos). Denota-se portanto, uma melhoria nos registos das escalas utilizadas para avaliação da dor no doente crítico.

➤ **Análise dos resultados da 2ª auditoria:**

Tendo em conta o curto espaço de tempo entre as estratégias implementadas e a realização desta nova auditoria, considero ter existido uma ligeira melhoria na avaliação e monitorização da dor no doente em situação crítica, traduzindo-se de forma positiva na qualidade dos cuidados prestados. Embora se mantenha a tendência por parte dos enfermeiros da UCI em basear as suas acções nas intervenções interdependentes (relembrando-nos uma prática centrada no modelo Biomédico, existente durante décadas), utilizando-as frequentemente na sua prática diária para avaliar e monitorizar a dor, através das atitudes terapêuticas e dos parâmetros vitais, considero haver maior sensibilidade em relação à dor e ao sofrimento do doente. Existe uma preocupação

significativa em evitar a presença de dor no decurso do internamento em situação crítica, através da avaliação e da procura pelos métodos mais adequados, no sentido de eliminar ou aliviar a dor de quem a sente. Porém, quando nos reportamos à necessidade de monitorizar de forma sistemática, através de registos de enfermagem fidedignos, valorizando e respeitando a multidimensionalidade do fenómeno Dor e a individualidade da pessoa em questão, continuam a existir lacunas e deficiências que precisam ser trabalhadas. Neste sentido e encarando este projecto de aprendizagem como um vector de mudança das práticas, em direcção às boas práticas, baseadas na evidência científica e nas linhas orientadoras preconizadas pelas entidades nacionais e internacionais, foi assumido um compromisso com o enfermeiro chefe, visando a continuidade do projecto e a melhoria dos cuidados prestados. Assim, será formado um grupo de trabalho, em que estarei inserida, que dará continuidade ao trabalho desenvolvido no âmbito da dor, no doente em situação crítica, uniformizando os cuidados de enfermagem e **promovendo a melhoria contínua dos mesmos**.

Uma das estratégias planeadas para este ensino clínico prendia-se com a participação no projecto desenvolvido a nível nacional, intitulado “Plano Nacional de Avaliação da Dor” (PNAD) pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (SPCI), no âmbito da avaliação da dor em doentes críticos que não comunicam, sedados e submetidos a ventilação mecânica, ao qual a UCI tinha já aderido. Com início em Janeiro de 2011, procedeu-se à aplicação das escalas sugeridas pela SPCI na UCI, sendo a formação e acompanhamento das equipas de enfermagem de cada unidade, da responsabilidade dos enfermeiros de referência, grupo no qual me encontrava inserida. No entanto, na última fase de implementação do PNAD (Julho de 2011) foi decidido pela equipa multidisciplinar que a UCI deixaria de participar no projecto. O facto do questionário a ser aplicado ser exaustivo, com necessidade de muita informação clínica, constituiu o motivo principal do abandono do projecto, não tendo sido possível, da minha parte, concluir a estratégia perviamente delineada. Todavia, a minha participação neste projecto contribuiu para o **desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no domínio da melhoria da qualidade**, na medida em **que participei num projecto institucional na área da qualidade** (OE, 2010).

As competências adquiridas no âmbito da PCA (Analgésia Controlada pelo Paciente), durante o ensino clínico na UD, constituíram uma mais-valia neste campo de estágio. Considerando a articulação frequente com a UD no tratamento e controlo da dor nos doentes internados na UCI e a pouca experiência por parte dos enfermeiros, relativamente ao manuseamento do aparelho de PCA, foi elaborada com a aprovação do Enfermeiro Chefe, uma Norma de Procedimento (Apêndice XVII) com o intuito de uniformizar procedimentos na manipulação e programação do aparelho. Esta actividade obteve uma resposta bastante positiva por parte de toda a equipa de enfermagem que referiu existir uma lacuna neste âmbito. Embora a norma se encontre ainda em fase de aprovação, tem sido divulgada e precedida de momentos informais de formação, no sentido de colmatar as falhas existentes e contribuir como enfermeira especialista para a melhoria da qualidade nos cuidados prestados, **desenvolvendo competências no domínio das aprendizagens profissionais, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento da habilidades e competências dos enfermeiros** bem como, **no domínio da gestão dos cuidados e contribuindo para a melhoria contínua da qualidade** (OE, 2010). Ficou acordado com o Enfermeiro Chefe a marcação de uma acção de formação assim que a norma for aprovada.

O ensino clínico realizado na UCI superou todas as expectativas iniciais. Considerando o objectivo de implementação do projecto de aprendizagem em questão no contexto profissional, existiam algumas reservas quanto à sua aceitação e colaboração por parte da equipa multidisciplinar. No entanto, no decurso do estágio, a problemática foi reflectida e discutida no seio da equipa de enfermagem, com a participação activa de todos os elementos, revelando-se conhecimentos, preocupações e uma certeza partilhada de que a avaliação da dor na pessoa idosa em situação crítica, internada na UCI, é efectuada de forma deficiente e precisa de ser trabalhada. Assim, o projecto a que se deu início de uma forma individual, transforma-se agora num projecto com ambição colectiva de melhoria dos cuidados de enfermagem prestados no âmbito da dor.

Como forma de melhorar a avaliação e monitorização sistemática da dor na UCI, foram sugeridas alterações na parametrização do padrão documental dos registos de enfermagem. Nomeadamente, a inclusão da avaliação da dor na “Avaliação Inicial” e à entrada do doente na unidade; Inclusão das escalas de avaliação preconizadas;

Monitorização/vigilância da dor 2x/turno. Actualmente, existe na UCI um grupo de trabalho, responsável pela auditoria de todos os registos de enfermagem, cujo objectivo geral consiste na uniformização dos registos, visando a melhoria do padrão existente, possibilitando maior visibilidade e excelência nos cuidados de enfermagem prestados.

No mês de Maio terá lugar a reunião anual da equipa multidisciplinar da UCI, tendo sido convidada a apresentar o trabalho desenvolvido no decurso do ensino clínico.



### **3 – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O envelhecimento populacional a nível mundial que caracterizou as últimas décadas do séc. XX traduz-se num desafio para a realidade contemporânea, exigindo atitudes criativas e viáveis que visem a melhor qualidade de vida de toda a população. A evolução na área dos cuidados de saúde nas suas diversas vertentes, a premência nos processos de pesquisa e investigação contínua como forma de dar resposta a estas necessidades, constitui uma prioridade.

A enfermagem, como ciência credível que centra na sua essência a arte de cuidar a pessoa humana ao longo do seu ciclo vital, procura a harmonia dos diferentes saberes indispensáveis ao desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais visando a prestação de cuidados de excelência. Deste modo, a formação contínua e especializada do enfermeiro baseada na evidência científica, surge como uma premissa fundamental para o desenvolvimento da profissão, perspectivando a melhoria dos cuidados prestados e ganhos em saúde. Neste âmbito, o desenvolvimento de projectos em contexto académico, constitui uma mais-valia e uma oportunidade de agir como vector de mudança, fazendo a diferença e mobilizando esforços conjuntos rumo à excelência dos cuidados de enfermagem.

Não obstante a dor, como fenómeno complexo e multifactorial, constituir um dos elementos mais significativos na perda de qualidade de vida da pessoa idosa, torna-se imperativo o desenvolvimento de projectos que visem o crescimento e aperfeiçoamento de competências profissionais na abordagem global da dor.

O controlo inadequado da dor é um problema nos cuidados de saúde contemporâneos sendo por isso emergente a sua resolução. Porém, para a resolução desta problemática torna-se imprescindível o seu reconhecimento como prioridade. É importante valorizar a dor e considerá-la digna de ser tratada para que se possa evoluir significativamente no seu controlo e tratamento (CAMARGO, 2003). Assim, sendo o enfermeiro pelas características inerentes à essência da sua profissão, a pessoa que mais próxima e durante mais tempo se encontra junto do utente, beneficiando de oportunidades únicas no cuidado ao mesmo, deve desenvolver competências no âmbito global da dor, valorizando-a relativamente à importância da sua avaliação e monitorização sistemática, estratégias e intervenções adequadas visando o alívio e conforto bem como, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Assim, baseada nestas

premissas, surge a realização deste projecto de aprendizagem, como resposta a uma necessidade fundamental para os cuidados de enfermagem de qualidade: o alívio da dor e do sofrimento da pessoa idosa em situação crítica.

A identificação da problemática sobre a escassez de avaliação e monitorização sistemática da dor na pessoa idosa em situação crítica, muitas vezes discutida no seio da equipa de enfermagem, traduziu-se na operacionalização de um projecto de mudança, que pretende contribuir para a melhoria da prática de enfermagem numa UCI, visando a promoção da qualidade dos cuidados prestados, com base nas linhas orientadoras das boas práticas de cuidados de enfermagem no tratamento e controlo da dor.

A fundamentação teórica, com base na revisão da literatura efectuada, possibilitou a aquisição de novos conhecimentos e consolidação dos saberes adquiridos, baseados no estado da arte e último saber relativamente à avaliação, tratamento e controlo da dor na pessoa idosa.

O contexto clínico em que foram desenvolvidos os ensinamentos clínicos, pela sua complexidade, diversidade e mobilização de competências assim como, pela interacção multiprofissional existente e pela qualidade dos cuidados prestados, contribuiu para o desenvolvimento de competências importantes para o desempenho de uma prática diferenciada enquanto enfermeira especialista.

Considerando os valores apresentados no diagnóstico efectuado inicialmente, é possível constatar uma ligeira melhoria na abordagem da avaliação e registo da dor na pessoa idosa em situação crítica. As estratégias utilizadas para a operacionalização do projecto, a formação desenvolvida, os momentos de discussão e reflexão proporcionados na equipa de enfermagem, constituíram um espaço de aprendizagem e partilha de conhecimentos, prespectivando novos rumos e orientações para os cuidados de enfermagem. Embora se tenha verificado que a equipa de enfermagem da UCI encara a Dor como o 5º sinal vital, uma vez que procede à sua monitorização através das atitudes terapêuticas e inserida nos parâmetros vitais, a sua avaliação não é efectuada de forma sistemática respeitando as directrizes nacionais preconizadas para a avaliação da dor na pessoa idosa. Por outro lado, os instrumentos de avaliação da dor utilizados não asseguram uma avaliação correcta, valorizando a complexidade e vulnerabilidade das pessoas idosas. É fundamental que sejam efectuados diagnósticos de enfermagem tendo em conta a multidimensionalidade da dor, reflectindo os cuidados de enfermagem

prestados no controlo e alívio da dor. Neste contexto, prespctivou-se a formação de um grupo de trabalho para a construção e introdução de novos instrumentos de avaliação que respondam às necessidades da população em questão, bem como, a alteração do padrão documental existente para os registos de enfermagem, de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, garantindo a continuidade da documentação da dor no processo de enfermagem e dando visibilidade aos cuidados prestados.

O percurso efectuado neste projecto de aprendizagem alerta-nos para a necessidade de manter activo o foco de atenção para o fenómeno dor nomeadamente, ao nível da avaliação e das intervenções necessárias objectivando a eliminação ou alívio da dor, proporcionando conforto à pessoa idosa mas também, ao nível dos registos de enfermagem e reavaliação de todo este processo. Como nos refere KOLCABA (2003), se o processo do conforto for estudado sem a avaliação dos resultados, o aumento do conforto é um exercício incompleto devendo por isso ter subjacente um processo de conceptualização e de operacionalização.

Torna-se elementar, para que se incremente uma cultura de primazia no cuidar, que se promova a reflexão nas equipas multidisciplinares e nas instituições prestadoras de cuidados, baseadas na evidência científica, prespctivando uma mudança na mentalidade, atitude e comportamento de todos os intervenientes.

Considerando o final deste percurso académico como o início de um caminho empreendedor e motivador, fomentando a aquisição de competências especializadas, rumo à excelência no cuidar das pessoas idosas, finalizo relembrando as palavras de L. Nunes:

***“A negação e a desvalorização da dor do outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional”*** (OE, 2008).

## BIBLIOGRAFIA

- ABREU, Wilson (2003) – Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que parcerias para a excelência em saúde. Coimbra: Formasau. ISBN 972-8485-35-2.
- ALARCÃO, I. (2001) - Formação reflexiva. **Revista Referência**, nº 6 (Maio, “001), p. 53-59.
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (2002) – The management of persistent pain in older persons. **Journal of the American Geriatrics Society** [em linha]. Vol 50, nº 6 (Julho 2002), p. 205-224. Acedido em 5/01/2012. Disponível em: [http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009\\_Guideline.pdf](http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009_Guideline.pdf).
- AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (2009) – Pharmacological management of persistent pain in older persons. **Journal of the American Geriatrics Society** [em linha]. Vol. 57, nº 8 (Agosto 2009), p. 1331-1346. Acedido em 5/01/2012. Disponível em: [http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009\\_Guideline.pdf](http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009_Guideline.pdf).
- ANES, Cesaltina (2001) – Opiniões e realidades: registos experiência em registos “sem” processo de enfermagem. **Enfermagem**. ISSN 0871-0775. nº 22 (Abril/Junho, 2001) p. 5-6.
- APÓSTOLO, João (2007) – **O imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.
- BAJWA, Z.; SMITH, H. (2011) – Overview of the treatment of chronic pain. UpToDate [em linha]. (Junho, 2011). Acedido em: 20/11/2011. Disponível em: <http://www.uptodate.com.store>.
- BENNER, P. (2001) - **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- BERGER, M. Éd. (1995) – **Pessoas idosas – uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-8-7.
- BERNARDES, Carla; MIRANDA, Filipa (2003) – **Portfólio: Uma Escola de Competências**. Lisboa: Porto Editora. ISBN 972-0-06063-8.
- BOHNENKAMP, S. [et al] (2004) – Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. **Oncology Nursing Forum** [em linha]. Vol 31, nº 5 (Setembro 2004). p. 1005-1010. ISSN 0190-535X. Acedido em 5/01/2012. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15378102&lang=pt-br&site=ehost-live>.

- BREIVIK, H. et al (2006) – Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily live, and treatment. **European Journal of Pain** [em linha]. Vol 10, nº 4 (Maio, 2006) p. 287-333. ISSN 1090-3081. Acedido em: 14/10/2011. Disponível em: <http://.cnbc.pt/jpmatots/13.%20Breivik.pdf>.

- CABETE, Dulce (2005) – **O Idoso, a Doença, e o Hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-89-4.

- CAMARGO, A. (2003) – **Dor como 5º sinal vital**. Centro de Tratamento e Pesquisa do Hospital do Cancer – Central de Dor. [em linha] (Outubro, 2003) Acedido em 12/07/2011. Disponível em: [www.hcanc.org.br/dmeds/centdor/5sinal1.html](http://www.hcanc.org.br/dmeds/centdor/5sinal1.html).

- COLLIÈRE, Marie-Francoise (1989) - **Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Paris: Inter Edition. ISBN 972-95420-7.

- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2005) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) Beta 2**. Lisboa: Livromédica. ISBN 972-98149-53.

- CORRAN, T. et al (2001) - Multidisciplinary assessment and treatment of pain in older persons. **Topics In Geriatric Rehabilitation** [em linha]. Vol 16, nº 3 (Março, 2001) p. 1-11.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2001093066&lang=pt-br&site=ehost-live>

- DAVIS, Mellar; SRIVASTAVA, Manish (2003) – Demographics, assessment and management of pain in the elderly. **Drugs & Aging**. [em linha] Vol. 20. nº 1 (Janeiro 2003) p. 23-57. Acedido em 4/06/2011. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=106&sid=40ff5ea-f5ad-42bf-8968-48b972017805%40sessinmgr113&vid=10>.

- DAVISON, Sara (2007) - Chronic kidney disease: Psychosocial impact of chronic pain. **Geriatrics**, [em linha] Vol. 62, nº 2 (Fevereiro, 2007) p. 17-23. Acedido em 5/06/2011. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010348192&lang=pt-br&site=ehost-live>.

- DAY, Christopher (2001) – **Desenvolvimento profissional de professores. Os desafios da aprendizagem permanente**. Porto: Porto Editora. ISBN 978-972-0-34807-4.
- DECRETO-LEI nº 101/2006. **D.R I Série-A**. nº 109 (06/06/2006) 3856-3865. Acedido em 10/06/2011. Disponível em: <http://dre.pt/cgi/dr1s.exe?t=dr&cap=1-1200&doc=20061960%20&v02=&v01=2&v03=1900-01-01&v04=3000-12-1&v05=&v06=&v07>.
- DICIONÁRIO DE LINGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA (2001) – Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa. 1º volume. Braga: Verbo. ISBN 972-22-2046-2.
- ERDEK, M.; PRONOVOST, P. (2004). Improving assessment and treatment of pain in the critically ill. **International Journal For Quality In Health Care** [em linha]. Vol 16, nº 1 (Fevereiro, 2004) p. 59-64. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011096436&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- FERREIRA, Naura (2006) – **Formação continuada e gestão da educação**. São Paulo: Cortez. ISBN 9788524909719.
- FIGUEIROA-REGO, Sandra (2003) – Século XXI: novas e velhas problemáticas em enfermagem. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol 7, nº 2 (2º Semestre, 2003). p. 34-48.
- FITZCHARLES, Mary-Ann; LUSSIER, David; SHIR, Yoram (2010) – Management of chronic arthritis pain in the elderly. **Drugs & Aging**. [em linha] Vol. 27, nº 6 (Junho, 2010) p. 471-490. Acedido em 4/06/2011. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=106&sid=40ff5ea-f5ad-42bf-8968-48b972017805%40sessinonmgr113&vid=11>.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- GIANNI, W.; [et al] (2009) - Opioids for the treatment of chronic non-cancer pain in older people. **Drugs & Aging**. [em linha] Vol. 26, nº 1 (Dezembro 2009) p. 63-73. Acedido em 4/06/2011. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010570243&lang=pt-br&site=ehost-live>.

- GONÇALVES, A. (2002) - Aspectos Psicológicos da Dor Crónica. **Associação Portuguesa para o Estudo da Dor**. [em linha]. Vol. 10, nº 1 (2002). 5-9. ISSN 0872-4814. Acedido em: 10/06/2011. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=8e296a067a37563370ded05f5a3bf3ec>.
- GRAIG, J.; SMYTH, R (2004) – **Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-61-4.
- HAGAN, L., [et al] (2000) - Evaluation of telenursing outcomes: satisfaction, self-care practices, and cost savings. **Public Health Nursing** [em linha], Vol. 17, nº 4, p. 305-313. Acedido em 6/12/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2000058193&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- HAYES, R. (1995) - Pain assessment in the elderly. **British Journal Of Nursing** (Mark Allen Publishing). (1995). Vol 4 nº 20, p. 1199-1204. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=8696088&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- HEALTH ORGANIZATION (2004) - **A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action**. WHO. Acedido em: 21/10/2010. Disponível em: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/134848/E83057.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/134848/E83057.pdf).
- HELMS, J.; BARONE, C - Physiology and treatment of pain. **Critical Care Nurse**. [em linha], Vol 28, nº 6 (Dezembro, 2008) 38-50. Acedido a 04/06/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010122613&lang=pt-br&site=ehost-live>
- HESBEEN, W. (2000) - Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-11-8.
- HONORÉ, Bernard (2002) – **A Saúde em Projecto**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-31-2.
- HORGAS, A. (2003) – Pain management in elderly adults. **Journal of Infusion Nursing** [em linha], Vol. 26. nº 3 (Maio/Junho, 2003) 161-165. Acedido em: 4/07/2011. Disponível em <http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.4.1b/ovidweb.cgi>.
- HORGAS, A., [et al] (2009) - Pain assessment in persons with dementia: relationship between self-report and behavioral observation. **Journal of the American Geriatrics Society** [em linha]. Vol. 57 nº 1 (Janeiro, 2009), p. 126-132. Acedido em: 5/06/2011.

Disponível

em:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=13&sid=ac8daee7-862c-48ab-834b-aec7d1fb308c%40sessionmgr15>.

• HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE (2008) - **Manual de Políticas e Normas de Procedimento do Hospital Garcia de Orta, EPE – Regulamento da Unidade Funcional Dor**. elaborado a 12/02/2008.

• HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE (2009) - **Relatório de contas de 2009** [em linha], Acedido em 10/07/2011. Disponível em: <http://www.hgarciaorta.min-saude.pt/NR/rdonlyres/ADCFF897-FD66-4007-9740>.

• IMAGINÁRIO, Cristina (2008) – O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal. Coimbra: Formasau. ISBN 978-972-8485-94-8.

• INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2010) – **Revista de Estudos Demográficos**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. ISSN 1645-5657.

• INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2012) – **Censos 2011: resultados pré-definitivos – 3 de Fevereiro 2012**. Acedido em 20/03/2012. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaques&DESTAQUESdest\\_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2).

• JABLONSKI, A.; ERSEK, M. (2009) - Nursing home staff adherence to evidence-based pain management practices. **Journal Of Gerontological Nursing**. [em linha]. Vol. 35, nº 7 (Julho, 2009) p. 28-34. Acedido em 4/06/2011. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010348192&lang=pt-br&site=ehost-live>.

• JACOBI, J., [et al] (2002) – Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. **Critical Care Medicine**. Vol 30, nº 1, p. 41-119. Acedido a 04/06/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010122613&lang=pt-br&site=ehost-live>.

• KOLCABA, Katharine (2003) – **Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research**. Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-1663-7.

• LE BOTERF, G. (2003) – **Desenvolvendo a Competência dos Profissionais**. 3ª edição. São Paulo: Artmed. ISBN 85-363-0129-5.



- LE BRETON, D. (2007) - **Compreender a dor**. Cruz Quebrada: Estrela Polar. ISBN: 978-972-8929-60-2.
- MAGALHÃES, José (2009) – **Cuidar em Fim de Vida**. Lisboa: Coisas de Ler. ISBN 978-989-8218-07-0.
- MARTINS, M.; LOPES, M. (2010) – A consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa unidade de dor. **Pensar enfermagem**. Vol. 14, nº 1 (1º Semestre 2010), p. 39-57. ISSN: 0873-8904. Acedido em 12/10/2011. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010\\_14\\_1\\_39\\_57\(4\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_39_57(4).pdf).
- McCAFFERY, M.; PASERO, C. (1999) – **Pain Clinical Manual**. 2ª edição. Mosby, Inc. ISBN 0-8151-5609-X.
- MELO, R.; FREITAS, H. (2006) - Portfólio : uma estratégia utilizada na avaliação das aprendizagens: perspectiva dos estudantes de enfermagem na disciplina de Administração e Gestão de Enfermagem. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. II Série, nº 2 (Junho, 2006) p. 63-73;
- MG ZWAKHALEN, S. [et al] (2006) – Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. **BMC Geriatrics** [em linha]. Vol 6, nº 3 (Janeiro, 2006). ISSN 14771-2318. Acedido em 2/07/2011. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16441889&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- MITCHELL, C. (2001) - Assessment and management of chronic pain in elderly people. **British Journal Of Nursing** (Mark Allen Publishing) [em linha]. Vol 10, nº5 (2001) 296-304. Acedido em 04/06/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010122613&lang=pt-br&site=ehost-live>
- MONAHAN, Frances; [et al] (2010) – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-22-2.
- MONIZ, José (2003) – A Enfermagem e a Pessoa Idosa: a prática de cuidados como experiência formativa. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-49-5.
- NASCIMENTO, K.; ERDMANN, A. (2009) - Compreendendo as Dimensões dos Cuidados Intensivos: a teoria do cuidado transpessoal e complexo. **Revista Latino-**

**americana de Enfermagem** [em linha], Vol 17, nº2 (Março/Abril, 2009). ISSN: 0104-1169. Acedido em 14/07/2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt\\_12.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n2/pt_12.pdf).

• NAUMES, W.; NAUMES, M. (1999) – **The art and craft of case writing**. Philadelphia: Sage. ISBN 0765616815.

• NIGHTINGALE, Florence (2005) – **Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-92-4.

• NUNES, L.; AMARAL, M.; GONÇALVES, R. (2005) – **Código deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2.

• ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) - **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

• ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Divulgar: Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

• ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) – **Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISBN 972-99646-0-2.

• ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Dor: guia orientador de boa prática**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISBN 978-972-99646-9-5.

• ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Áreas prioritárias para a investigação em enfermagem & Relatório Bienal**. [em linha]. (2010). Acedido em 10/05/2011. Disponível em:

[https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/AreasPrioritariasInvestigacao\\_CFormacao\\_Final\\_19\\_Marco-1.pdf](https://membros.ordemenfermeiros.pt/Documents/Documents/AreasPrioritariasInvestigacao_CFormacao_Final_19_Marco-1.pdf).

• ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista** [em linha]. Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Acedido em 10/05/2011. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf).

• ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005) - **Prevenção de doenças crónicas: um investimento vital**. OMS. Acedido em: 10/05/2011. Disponível em: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1\\_port.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf).

- PAYEN, JF. et al (2007) – Current practices in a sedation and analgesia for mechanically ventilated critically ill patients: a prospective multicenter patient-based study. **Anesthesiology** [em linha]. (Abril, 2007). Vol 106, nº 4. Acedido em 5/01/2012. Disponível em <http://www.consensus-conference.org/data/Upload/Consensus/1/pdf/1641.pdf>.
- PEARSON, P.; CRAIG, J. (2004) – **Directrizes baseadas na evidência**. In CRAIG, J.; SMYTH, R. – **Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-61-4.
- PORTUGAL MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2001) – **A dor crónica de origem não maligna**. [em linha]. Lisboa (2001). Acedido em 10/02/2011. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2003) – **Direcção de Serviços de Planeamento Cuidados Intensivos: recomendações para o seu desenvolvimento**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-675-097-0.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004) – **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas** [em linha]. (Junho, 2004), 3. Acedido em 10/02/2011. Disponível em: [www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/...9E74.../i006346.pdf](http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/...9E74.../i006346.pdf).
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008) – Circular normativa nº 11/DSCS/DPCD: **Programa nacional de controlo da dor** [em linha]. (Junho 2008). Acedido em 4/02/2011. Disponível em <http://www.dgs.pt>.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010) – Circular informativa e orientação nº 015/2010: **Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa** [em linha]. (Dezembro 2010). Acedido em 7/01/2011. Disponível em <http://www.dgs.pt/>.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003) - **Circular Normativa Nº 9/DGCG. A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor**. Lisboa: DGS. Acedido em 02/06/2011. Disponível em <http://www.dgs.pt/>.
- REGO, Arménio (1999) – **Comunicação nas organizações**. Lisboa. Edições Silabo. ISBN: 9789726182016.
- RIGOTTI, M.; FERREIRA, A. (2005) – Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. **Arquivo Ciências da Saúde** [em linha]. (Janeiro/Março, 2005), nº 12 p. 50-54.

Acedido em 3/10/2011. Disponível em <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/Vol-12-1/09%20-%20id%20105.pdf>.

- RODRIGUES, C. et al (2007) – Avaliar a dor no doente com alterações cognitivas: um desafio para o enfermeiro. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. Coimbra. ISSN 1646-379X. nº 11 (2007) p. 39-41.

- ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS; BRITISH GERIATRICS SOCIETY; BRITISH PAIN SOCIETY (2007) - The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series [em linha]. (Outubro, 2007) nº 8, p. 1-15. ISBN 978-1-86016-318-0. Acedido em: 10/01/2012. Disponível em: [http://www.britishpainsociety.org/book\\_pain\\_older\\_people.pdf](http://www.britishpainsociety.org/book_pain_older_people.pdf).

- RUIVO, A.; FERRITO, C. (2010) - Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. **Percursos** [em linha]. (Janeiro-Março 2010) nº 15 3-37. ISSN: 1646-5067. Acedido em 10/07/2011, Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

- RUSSEL, N. (1996) – **Manual de educação para a saúde**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. ISBN 972-9425-51-5.

- SALES, C. (2007) – PCA ou analgesia controlada pelo paciente: atitude necessária ou etiqueta? **Simbidor** [em linha]. (2007). Acedido em 16/02/2012. Disponível em [http://www.simbidor.com.br/publicacoes/arquivos\\_simbidor\\_2007.pdf](http://www.simbidor.com.br/publicacoes/arquivos_simbidor_2007.pdf).

- SANTOS, C.; BRITES, P. (2003) – Doente Idoso com Dor: perspectiva de enfermagem. **Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica**. Lisboa. ISSN 0871-5386. Vol. XV, nº 152 (Março/Abril). 24-36.

- SEQUEIRA, Carlos (2010) – **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-717-0.

- SESSLER, CN. et al (2008) – Evaluating and monitoring analgesia and sedation in the intensive care unit. **Critical Care** [em linha]. (Maio, 2008). Vol 12, Suppl 3. Acedido em 5/01/2012. Disponível em <http://ccforum.com/content/12/S3/S2>.

- SIEFERT, M. (2002) – Concept Analysis of Comfort. **Nursing Forum** [em linha], Vol.37, nº 4 (Outubro/Dezembro, 2002) 16-23. Acedido em 10/06/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=11297eb3-875c-4c1d-9ece-5>.

- SOCIEDADE PORTUGUESA DE CUIDADOS INTENSIVOS (2008) – **Transporte de Doentes Críticos: Recomendações**. Centro Editor Livreiro da Ordem dos Médicos.

- THOMPSON, C.; LEARMONTH, M. (2004) – Como podemos desenvolver uma cultura baseada na evidência? In: **Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros**. Camarate: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-61-4. p. 211-239.
- TORRES, M.; REIS, M. (2002) – Reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem. **Revista Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. nº 41 (Março, 2002). p. 57-59.
- VIEIRA, Margarida (2009) – **Ser Enfermeiro – da compaixão à proficiência**. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN – 978-972-54-0195-8.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) – **Active ageing: a policy framework**. [em linha]. Madrid. (Abril, 2002). Acedido a 10/06/2011. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) – **Envelhecimento Activo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde. Acedido em 10/01/2011. Disponível em: [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008) - **2008-2013 Action Plan for the global strategy for the prevention and control of Noncommunicable Diseases**. WHO. ISBN: 978 92 4 159741 8. Acedido em 14/12/2010. Disponível em: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.htm](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.htm)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2008) - **Commission on Social Determinants of Health**. WHO. Acedido em 13/11/2010. Disponível em: [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/index.html).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) - **Innovate care for chronic conditions: building blocks for action**. ISBN 9241590173. Acedido em: 13/12/2010. Disponível em: <http://www.who.int/diabetesactiononline/about/icccreport/en/index.html>.
- YOUNG, J. et al (2006) – Use of a behavioural pain scale to assess pain in ventilated, unconscious and/or sedated patients. **Intensive and Critical Care Nursing** [em linha]. (2006). Vol 22. Acedido em 5/01/2012. Disponível em <http://www.consensus-conference.org/data/Upload/Consensus/1/pdf/1670.pdf>.

---

## **APÊNDICES**

---

**Apêndice I**

Cronograma de estágio e Plano de actividades

## 2º Curso de Mestrado em Enfermagem:

### Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa Idosa

3º Semestre	Anos	2011												2012										
	Meses	Outubro					Novembro				Dezembro			Janeiro					Fevereiro			Mar		
	Dias	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	5
		7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	2	9
Hospital Garcia de Orta, EPE	Unidade de dor												Férias de Natal											
	Unidade de Cuidados Intensivos																							
	Elaboração do Relatório																							

Discente: Ana Cristina Sá Nogueira

Orientadora: Profª Emília Brito



## PLANO DE ACTIVIDADES

**OBJECTIVO GERAL:** Contribuir como enfermeira especialista para a melhoria da prática de cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES / ESTRATÉGIAS	INDICADORES
<p>Desenvolver competências, como enfermeira especialista, na abordagem da dor na pessoa idosa em situação crítica.</p> <p>Desenvolver competências sobre a analgesia controlada pelo paciente (Patient Controlled analgesia – PCA)</p>	<p># Pesquisa bibliográfica e revisão da literatura no âmbito da dor;</p> <p># Participação no projecto da Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos (Plano Nacional de Avaliação da Dor na UCI);</p> <p># Estágio na Unidade de Dor:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação do projecto à equipa;</li> <li>✓ Integração na equipa para realização de actividades no hospital dia e unidades de internamento – participação nas consultas;</li> <li>✓ Observação participativa das abordagens terapêuticas mais utilizadas;</li> <li>✓ Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor;</li> <li>✓ Pesquisa bibliográfica sobre analgesia controlada pelo paciente;</li> <li>✓ Consulta de documentação da unidade de dor;</li> <li>✓ Entrevista com a Enf<sup>a</sup> Orientadora sobre: programação do aparelho, terapêutica mais utilizada, estabilidade terapêutica, vias de acesso e riscos inerentes inerentes;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Fundamentação teórica do relatório;</li> <li>● Resumo dos artigos consultados;</li> <li>● Descrição da organização e funcionamento da equipa;</li> <li>● Aquisição de conhecimentos das abordagens terapêuticas mais utilizadas;</li> <li>● Descrição e reflexão sobre as práticas desenvolvidas pela equipa na unidade de dor e sobre as minhas próprias práticas;</li> <li>● Aquisição de conhecimentos globais sobre PCA;</li> </ul>

## PLANO DE ACTIVIDADES (continuação)

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES / ESTRATÉGIAS	INDICADORES
<p>Melhorar o padrão de avaliação e monitorização sistemática da dor na pessoa idosa internada em situação crítica</p>	<p># Pesquisa bibliográfica e revisão da literatura no âmbito da dor;</p> <p># Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Apresentação do projecto à equipa multidisciplinar;</li> <li>✓ Análise dos registos de enfermagem relativamente à avaliação e monitorização da dor – diagnóstico da situação (elaboração de grelha de observação – na 1ª e últimas duas semanas);</li> <li>✓ Observação e análise das práticas de cuidados (elaboração de grelha de observação - na 1ª e últimas duas semanas);</li> <li>✓ Criação de um grupo de trabalho para esta temática</li> <li>✓ Realização de acções de formação/estudo de caso com a equipa de enfermagem: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Abordar generalidades sobre a temática da dor</li> <li>▪ Alertar para as particularidades na avaliação da dor na pessoa idosa</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Apresentação dos dados obtidos na 1ª fase e 2ª fase do diagnóstico da situação</li> </ul>

## PLANO DE ACTIVIDADES (continuação)

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES / ESTRATÉGIAS	INDICADORES
<p>Melhorar o padrão de avaliação e monitorização sistemática da dor na pessoa idosa internada em situação crítica (continuação)</p> <p>Desenvolver competências clínicas especializadas, no domínio do enfermeiro especialista médico-cirúrgico, nomeadamente nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família em situação crítica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alertar para a importância da avaliação e monitorização sistemática na pessoa idosa em situação crítica;</li> <li>✓ Proporcionar momentos de discussão/reflexão sobre as práticas desenvolvidas (utilizando as passagens do turno);</li> <li>✓ Disponibilidade para sugestão dos colegas;</li> <li>✓ Divulgação dos resultados da análise dos registos de enfermagem (numa das acções de formação);</li> <li>✓ Realização de uma acção de formação para informação e esclarecimentos sobre o PCA;</li>   <li>✓ Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa com dor tendo em conta:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A avaliação multidimensional do idoso</li> <li>▪ Interação com a pessoa idosa e família</li> </ul> </li> <li>✓ Promoção de momentos de reflexão com a equipa de enfermagem sobre os cuidados de enfermagem à pessoa idosa;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reflexão sobre o desenvolvimento de uma cultura de prática reflexiva (reflexão na acção e sobre a acção) por parte da equipa de enfermagem</li> </ul>

---

**Apêndice II**

Revisão da literatura

## REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura foi efectuada no sentido de conhecer o “estado da arte” relativamente ao domínio da dor na pessoa idosa. Como refere FORTIN (1999, p. 74) a “revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação” e um dos seus objectivos “consiste em distinguir o que é conhecido sobre o assunto e o que falta explorar” (FORTIN, 1999, p. 86). Assim, foi efectuada pesquisa e revisão bibliográfica direccionada à temática em estudo, desenvolvida e completada ao longo do percurso efectuado, de acordo com as necessidades sentidas e como forma de enriquecimento do trabalho. A reflexão e o estudo resultantes desta pesquisa contribuíram significativamente para o enquadramento teórico e conceptual deste projecto, visando o desenvolvimento da prática clínica e a melhoria dos cuidados de enfermagem baseada na evidência científica. Assim, para efectuar uma pesquisa abrangente foi utilizada a base de dados electrónica EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text) e procurados artigos científicos em texto integral (em inglês), publicados entre o ano 2000 e o ano 2011 e de acesso gratuito. As palavras-chave utilizadas foram: Pain assessment OR Pain management OR Pain measurement AND Elderly OR Aged OR 80 and over, tendo sido combinadas de acordo com a lógica booleana (CRAIG; SMYTH, 2004). No sentido de escolher e utilizar as palavras correctas e conseguir uma pesquisa rica e fidedigna utilizei como suporte o Medical Subject Headings Browser (MeSH Browser) que adequa as palavras às bases de dados e fornece de forma pormenorizada a definição de cada palavra. Através desta pesquisa foram encontrados diversos artigos dos quais foram seleccionados dez por constituírem maior evidência científica relativamente à temática em estudo e por contribuírem de forma significativa para o desenvolvimento deste trabalho bem como para a aquisição de novas competências no âmbito da dor.

Os artigos serão apresentados em tabelas permitindo, de forma resumida e sintética, mostrar os resultados obtidos em cada um.

Foi também efectuada uma revisão da literatura das directrizes nacionais e internacionais mais recentes, nomeadamente: a Direcção Geral da Saúde, a Organização Mundial da Saúde, American Geriatrics Society, a British Geriatric Society, a British Pain Society, a International Association for the Study of Pain. As directrizes emanadas por estas instituições fundamentam a prática de cuidados e a tomada de decisão dos profissionais de saúde, na medida em que, sendo sustentadas pela evidência científica, promovem as boas práticas e a melhoria dos cuidados prestados (GRAIG; SMYTH, 2004).

Autores	FITZCHARLES, Mary-Ann; LUSSIER, David; SHIR, Yoram
Título	<b><i>“Management of Chronic Arthritis Pain In the Elderly”</i></b>
Método	Revisão de Literatura
Objectivo	Conhecer e compreender as causas mais frequentes para as dores músculo-esqueléticas nas pessoas idosas, com especial relevância para a osteoartrite bem como, as intervenções farmacológicas e não farmacológicas mais adequadas para o seu tratamento.
Participantes	Pessoas idosas com dor crónica de origem músculo-esqueléticas
Resultados	A osteoartrite e outras dores de origem músculo-esqueléticas são frequentes nas pessoas idosas comprometendo de forma significativa a sua funcionalidade e qualidade de vida, permanecendo porém, sub-tratadas. As abordagens terapêuticas na dor reumática baseiam-se na experiência clínica e no senso comum pelo que exigem maior evidência científica. O controlo deve ser multimodal, incluindo intervenções farmacológicas e não farmacológicas. O tratamento farmacológico nas pessoas idosas é frequentemente condicionado pelos potenciais efeitos adversos pelo que, as alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento devem ser consideradas no tratamento e controlo da dor bem como, a manutenção das suas funcionalidades, aderindo ao exercício físico ou programa de reabilitação.

Autores	MELLAR, Davis; SRIVASTAVA, Manish
Título	<b><i>“Demographics, Assessment and Management of Pain in the Elderly”</i></b>
Método	Revisão de Literatura
Objectivo	Descrever principais determinantes a considerar na avaliação e controlo da dor nos idosos.
Participantes	Pessoas idosas com dor
Resultados	A dor nos idosos é experienciada de forma diferente que na população jovem. A prevalência da dor aumenta a cada década de vida sendo o cancro uma das principais causas de dor. A dor mal controlada nas pessoas idosas leva a distúrbios cognitivos, depressão e alterações de humor com impacto negativo nas actividades de vida diária. Por outro lado existem barreiras no controlo da dor que dificultam todo o processo, nomeadamente a negação, o desejo de ser “um bom paciente”, barreiras geográficas e limitações financeiras. Assim, baseando-se na

	<p>premissa de que o objectivo major no tratamento da dor nos idosos é o alívio da dor e a optimização das actividades de vida diária, o plano para um controlo eficaz deve combinar estratégias farmacológicas e não farmacológicas. Os autores reúnem nesta revisão de literatura os aspectos fundamentais (definidos em 28 itens) na avaliação e controlo da dor nas pessoas idosas, designadamente: Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua própria dor; Conhecer a sua história de dor e utilizar instrumentos de avaliação unidimensional e multidimensional adequado à situação; Iniciar analgésicos em doses baixas e lentamente, valorizando as alterações fisiológicas que surgem com o envelhecimento e que podem causar alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas; Orientar os pacientes e definir em conjunto estratégias de intervenção que contribuam positivamente nas actividades de vida diária e aumentem a sua qualidade de vida.</p>
--	--

Autores	ZWAKHALEN, S.; HAMERS, J.; ABU-SAAD, H.; BERGER, M.
Título	<b><i>“Pain in Elderly People with Severe Dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools”</i></b>
Método	Revisão Sistemática de Literatura
Objectivo	Revisão e identificação dos instrumentos de avaliação comportamental da dor, disponíveis para avaliação da dor em pessoas idosas com demência severa, avaliação das suas propriedades psicométricas e vantagens clínicas.
Participantes	Pessoas idosas com demência severa residentes em lares
Resultados	Identificadas doze instrumentos comportamentais para avaliação da dor em pessoas idosas com demência severa no entanto, nenhuma foi considerada suficientemente convincente para que seja recomendada a 100% na medida em que, a maioria dos instrumentos se encontra em desenvolvimento e apresentam qualidades psicométricas moderadas. Porém, consideraram as escalas: PAINAD, ECPA, PACSLAC e DOLOPLUS 2, como as que demonstram melhores qualidades psicométricas, sendo os dois últimos, os únicos instrumentos construídos de raiz para a pessoa idosa com demência severa valorizando todas as suas características.

Autores	JABLONSKI, Anita; ERSEK, Mary
Título	<b><i>“Nursing Home Staff Adherence to Evidence-Based Pain Management Practices”</i></b>
Método	Abordagem quantitativa: auditoria retrospectiva
Objectivo	Determinar em que medida os profissionais dos lares aderem às directrizes actuais, baseadas na evidência, para a avaliação e controlo da dor persistente nas pessoas idosas residentes nos lares.
Participantes	291 Indivíduos residentes em 14 lares no Oeste do Estado de Washington (EUA), com idades compreendidas entre os 67 e os 103 anos.
Resultados	<p>Auditoria realizada utilizando o instrumento de avaliação “The Pain Management Chart Audit Tool (PM-CAT) ” embora a avaliação nestas instituições seja habitualmente realizada através do instrumento “Iowa Pain Thermometer (IPT)”. Os resultados obtidos revelam algumas lacunas entre a prática e as directrizes baseadas nas evidências relativamente à avaliação e controlo da dor persistente nas pessoas idosas uma vez que, o registo da avaliação da dor quanto às suas características, padrão e impacto foi muitas vezes deficiente. Embora as prescrições terapêuticas fossem ao encontro do descrito na evidência científica, o controlo da dor mostrava-se inadequado presumivelmente pela deficiente avaliação da mesma. Por outro lado, os registos relativamente aos procedimentos não farmacológicos utilizados no controlo da dor também são escassos.</p> <p>A documentação e os registos podem não reflectir a prática real e como tal os resultados obtidos relativamente à aderência por parte dos profissionais, às directrizes baseadas na evidência científica podem ser enganosas. Porém, é indiscutível que os registos adequados e realizadas de forma regular é fundamental para as boas práticas na avaliação e controlo da dor.</p>

Autores	BARBER, Jonathan; GIBSON, Stephen
Título	<b><i>“Treatment of Chronic Non-Malignant Pain in the Elderly”</i></b>
Método	Revisão de Literatura
Objectivo	Fornecer aos profissionais de saúde não especialistas em geriatria ou no controlo da dor uma visão geral e actual sobre o tratamento da dor de origem não oncológica nas pessoas idosas.
Participantes	Pessoas idosas com dor crónica de origem não oncológica.



Resultados	<p>A abordagem farmacológica constitui a forma mais comum para o tratamento da dor crónica de origem não oncológica nas pessoas idosas. No entanto, as alterações fisiológicas inerentes ao processo de envelhecimento, nomeadamente alterações farmacodinâmicas e farmacocinéticas, traduzem-se em processos complexos e heterogéneos na resposta aos tratamentos para o controlo da dor, constituindo um desafio constante para os profissionais de saúde. Por outro lado, existe uma carência a nível de evidência científica no que diz respeito ao tratamento farmacológico dirigido à pessoa idosa com dor crónica, que é compensada pelas informações baseadas na experiência e prática clínica.</p> <p>As estratégias farmacológicas consideradas caracterizam-se como: anti-inflamatórios não esteróides, não opióides, opióides e adjuvantes, devendo ser utilizados de forma adequada, objectivando o alívio da dor persistente e o aumento da funcionalidade nesta faixa etária cada vez mais em expansão.</p>
------------	--

Autores	MITCHELL, Caroline
Título	<i>“Assessment and Management of Chronic Pain in the Elderly People”</i>
Método	Revisão de Literatura
Objectivo	Actualização dos enfermeiros relativamente à avaliação e controlo da dor proporcionando uma visão ampla sobre as estratégias mais adequadas no controlo da dor nas pessoas idosas
Participantes	Pessoas idosas com dor crónica.
Resultados	<p>O tratamento e controlo da dor nas pessoas idosas é frequentemente dificultado pelas co-morbilidades e efeitos colaterais inerentes ao processo de envelhecimento. A educação/formação dos pacientes e profissionais de saúde é fundamental para o sucesso do tratamento e prevenção de complicações. Existem preconceitos que devem ser eliminados para que se obtenha sucesso efectivo no tratamento e controlo da dor, nomeadamente: os preconceitos sobre o envelhecimento; potenciais riscos inerentes ao tratamento farmacológico (por exemplo: sedação, depressão respiratória, anorexia e depressão da função renal); inexistência de uma avaliação efectiva da dor. As estratégias farmacológicas e não farmacológicas devem ser utilizadas de forma a garantir um controlo efectivo e alívio da dor.</p>

Autores	HIGGINS, Isabel; MADJAR, Irena; WALTON, Jo Ann
Titulo	<b><i>“Chronic Pain in Elderly Nursing Home Residents: The Need for Nursing Leadership”</i></b>
Método	Abordagem Qualitativa - Método Fenomenológico
Objectivo	Conhecer as experiências vivenciadas pelas pessoas idosas com dor crónica residentes em lares assim como o impacto da dor no seu quotidiano.
Participantes	13 Pessoas idosas residentes em lares na Austrália
Resultados	Através de entrevistas realizadas e notas de observação efectuadas durante nove meses identificaram-se problemas significativos no controlo e alívio da dor nas pessoas idosas residentes nesses lares. Os participantes revelaram que enquanto idosos, sofrer de dor e viver num lar é como estar constantemente tristes uma vez que, a dor, o alívio e controlo da dor são desvalorizadas pelos profissionais de saúde existentes nestas instituições. Os preconceitos sobre a dor, considerando-a como resultante e inerente ao processo de envelhecimento, as rotinas diárias e o estabelecimento de outras prioridades, remetem a dor e a sua necessidade de controlo para segundo plano, desvalorizando-a por completo. É inaceitável que exista uma incidência tão elevada de dor não controlada nos lares. A liderança por parte dos Enfermeiros na prestação dos cuidados, na supervisão de outros funcionários menos qualificados, é fundamental. A formação e aquisição dos conhecimentos adequados na avaliação e controlo da dor crónica nas pessoas idosas assim como, na administração de terapêutica tendo em conta a prevenção e monitorização dos possíveis efeitos adversos, são imprescindíveis para as boas práticas no controlo da dor.

Autores	GIANNI, W.; CECI, M.; BUSTACCHINI, S.; CORSONELLO, A.; ABBATECOLA, A.; BRANCATI, A.; ASSISI, A.; SCUTERI, A.; CIPRIANI, L.; LATTANZIO, F.
Titulo	<b><i>“Opioids for the Treatment of Chronic Non-Cancer Pain older People”</i></b>
Método	Revisão de Literatura
Objectivo	Demonstrar a eficácia do uso de opióides no tratamento da dor crónica de origem não oncológica nas pessoas idosas, destacando a sua duração.
Participantes	Pessoas idosas com dor crónica de origem não oncológica.
Resultados	A dor crónica afecta entre 45 a 85% da população idosa pelo que a necessidade

	<p>de tratamento da mesma tem vindo a crescer substancialmente. Porém, o tratamento da dor crónica nem sempre é correctamente direccionado dando origem à redução da qualidade de vida, associada por sua vez à diminuição da socialização, depressão, distúrbios do sono, défice cognitivo, má nutrição e limitações funcionais.</p> <p>É importante que sejam realizados mais estudos e investigações relativamente ao uso de opióides no tratamento da dor crónica de origem não maligna nas pessoas idosas na medida em que, até à data, a literatura não fornece dados suficientes que constituam evidência científica conclusiva. Embora esteja provado que a utilização de doses baixas de opióides (considerados fracos) é eficaz no controlo da dor crónica nas pessoas idosas, é fundamental ter em atenção a evolução dos efeitos adversos dos opióides nomeadamente, os efeitos gastrointestinais e do sistema nervoso central. Recentemente a American Geriatric Society desenvolveu novas guidelines para o tratamento da dor crónica nas pessoas idosas, mostrando-se favoráveis ao uso de opióides em detrimento dos anti-inflamatórios não esteroides.</p>
--	---

Autores	AURET, Kristen; SCHUG, Stephan
Titulo	<i>“Underutilisation of Opioids in Elderly Patients with Chronic Pain”</i>
Método	Revisão de Literatura
Objectivo	Conhecer e compreender os motivos de sub-utilização de opióides no tratamento da dor crónica nas pessoas idosas e definir estratégias no sentido de ultrapassar as barreiras existentes.
Participantes	Pessoas idosas com dor crónica.
Resultados	<p>O impacto do tratamento deficiente da dor crónica nas pessoas idosas e na sua qualidade de vida é sobejamente conhecido. Apesar de provada pela evidência científica a eficácia dos opióides no controlo da dor nesta faixa etária, continua a verificar-se uma sub-utilização dos mesmos sendo várias as razões relatadas. Nomeadamente: a deficiente avaliação da dor nos idosos, medo da polifarmácia e dos efeitos adversos dos opióides (má tolerância, vício e dependência física).</p> <p>O sucesso da utilização dos opióides no tratamento e alívio da dor nas pessoas idosas é exequível se existir uma avaliação correcta do paciente em causa, conhecimento e experiência na administração da terapêutica (indicações,</p>

	posologia, dosagem, efeitos adversos), educação/ensino do paciente, se estabeleçam objectivos no tratamento e haja uma reavaliação regular. Porém, é fundamental que exista maior valorização por parte da classe médica relativamente ao uso dos opióides no tratamento da dor crónica nas pessoas idosas.
--	---

Autores	DAVISON, Sara
Titulo	<b><i>“Chronic Kidney Disease: Psychosocial impact of chronic pain”</i></b>
Método	Revisão de Literatura
Objectivo	Conhecer as vivências das pessoas idosas com doença renal crónica em programa de diálise, quais os sinais e sintomas mais frequentes e de que forma afectam a sua qualidade de vida.
Participantes	Pessoas idosas com dor crónica e doença renal crónica.
Resultados	<p>As pessoas idosas com doença renal crónica apresentam frequentemente um misto significativo de sintomas físicos e mentais, muitas vezes equiparados aos doentes terminais em cuidados paliativos. No entanto, a sua percepção da influência da dor na sua qualidade de vida é muitas vezes subestimada e subtratada pelos profissionais de saúde. É imprescindível uma avaliação frequente e rigorosa que conduza a um tratamento eficaz da dor crónica e de outros sintomas físicos e mentais, como exemplo a depressão, tão comum neste tipo de doentes. Assim, é proposto pelo autor, algumas estratégias de intervenção que contribuem para as boas práticas na prestação de cuidados, nomeadamente: encarar a dor tendo em conta a sua multidimensionalidade; acreditar sempre na pessoa que sente dor e reconhecê-la como o seu melhor avaliador; avaliar a dor valorizando as suas particularidades (localização, intensidade, evolução, factores atenuantes e de agudização); utilização de instrumentos simples, padronizados e de auto-avaliação; incluir o doente e cuidador no processo de tratamento, formando-os para a continuidade dos cuidados; utilização de estratégias não farmacológicas sempre que for adequado.</p> <p>Quando a abordagem dos sintomas de depressão, das limitações funcionais e da dor são abordadas com sucesso, a probabilidade de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas com doença renal crónica é significativa.</p>

## BIBLIOGRAFIA

- AURET, K.; SCHUG, S. (2005) - Underutilisation of opioids in elderly patients with chronic pain. **Drugs & Aging**. [em linha] Vol. 22, nº 8 (Agosto, 2005) p. 641-654. Acedido em 10/05/2011. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2009291782&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- BARBER, J., & GIBSON, S. (2009) - Treatment of chronic non-malignant pain in the elderly: safety considerations. **Drug Safety: An International Journal Of Medical Toxicology And Drug Experience**. [em linha] Vol. 32, nº 6 (Junho, 2009) p. 457-474. Acedido em 5/06/2011. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=19459714&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- DAVIS, Mellar; SRIVASTAVA, Manish (2003) – Demographics, assessment and management of pain in the elderly. **Drugs & Aging**. [em linha] Vol. 20, nº 1 (Janeiro 2003) p. 23-57. Acedido em 4/06/2011. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=106&sid=40ff5ea-f5ad-42bf-8968-48b972017805%40sessinonmgr113&vid=10>.
- DAVISON, Sara (2007) - Chronic kidney disease: Psychosocial impact of chronic pain. **Geriatrics**, [em linha] Vol. 62, nº 2 (Fevereiro, 2007) p. 17-23. Acedido em 5/06/2011. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010348192&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- FITZCHARLES, Mary-Ann; LUSSIER, David; SHIR, Yoram (2010) – Management of chronic arthritis pain in the elderly. **Drugs & Aging**. [em linha] Vol. 27, nº 6 (Junho, 2010) p. 471-490. Acedido em 4/06/2011. Disponível em <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=106&sid=40ff5ea-f5ad-42bf-8968-48b972017805%40sessinonmgr113&vid=11>.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- GIANNI, W.; [et al] (2009) - Opioids for the treatment of chronic non-cancer pain in older people. **Drugs & Aging**. [em linha] Vol. 26, nº 1 (Dezembro 2009) p. 63-73. Acedido em

4/06/2011.

Disponível

em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010570243&lang=pt-br&site=ehost-live>.

- GRAIG, J.; SMYTH, R (2004) – **Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-61-4.
- HIGGINS, I., MADJAR, I., & WALTON, J. (2004) - Chronic pain in elderly nursing home residents: the need for nursing leadership. **Journal of Nursing Management**. [em linha] Vol. 12, nº 3 (Maio, 2004) p. 167-173. Acedido em 4/06/2011. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15089954&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- JABLONSKI, A.; ERSEK, M. (2009) - Nursing home staff adherence to evidence-based pain management practices. **Journal Of Gerontological Nursing**. [em linha] Vol. 35, nº 7 (Julho, 2009) p. 28-34. Acedido em 4/06/2011. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010348192&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- MEDICAL SUBJECT HEADINGS BROWSER in **National Library of Medicine** (2011). Acedido em 14/05/2011. Disponível em: [http://www.nlm.nih.gov/pubs/techbull/so10/so10\\_2011\\_mesh\\_avail.html](http://www.nlm.nih.gov/pubs/techbull/so10/so10_2011_mesh_avail.html).
- MITCHELL, C. (2001) - Assessment and management of chronic pain in elderly people. **British Journal Of Nursing** [em linha] Vol. 10, nº 5 (Março 2001) p. 296-304. Acedido em 5/06/2011. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010122613&lang=pt-br&site=ehost-live>.
- ZWAKHALEN, Sandra [et al] (2006) - Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. **BMC Geriatrics**. [em linha] Vol 6, nº 1 (Janeiro, 2006). Acedido em 5/06/2011. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16441889&lang=pt-br&site=ehost-live>.

---

**Apêndice III**

Reflexão e Certificado: “Encontros de Medicina Interna 2011 do Hospital Garcia de Orta”

## REFLEXÃO

### “Encontros de Medicina Interna 2011”

Os “*Encontros de Medicina Interna 2011*” realizaram-se nos dias 10 e 11 de Novembro no Departamento de Formação Contínua e Investigação do Hospital Garcia de Orta, EPE, tendo sido organizado pelo Serviço de Medicina do mesmo hospital.

Considerarei pertinente participar neste evento na medida em que me possibilitaria a consolidação dos conhecimentos adquiridos e a aquisição de novos saberes no domínio clínico da medicina interna e da prestação de cuidados ao doente adulto/idoso internado e/ou seguido em ambulatório.

A medicina interna é uma especialidade de translação que envolve todos os grupos profissionais pelo que pode ser considerada como um pilar do hospital. Sendo uma especialidade de alta pluripatologia, transversal a todas as especialidades, tem um papel importante no tratamento dos doentes e na forma como os hospitais são organizados.

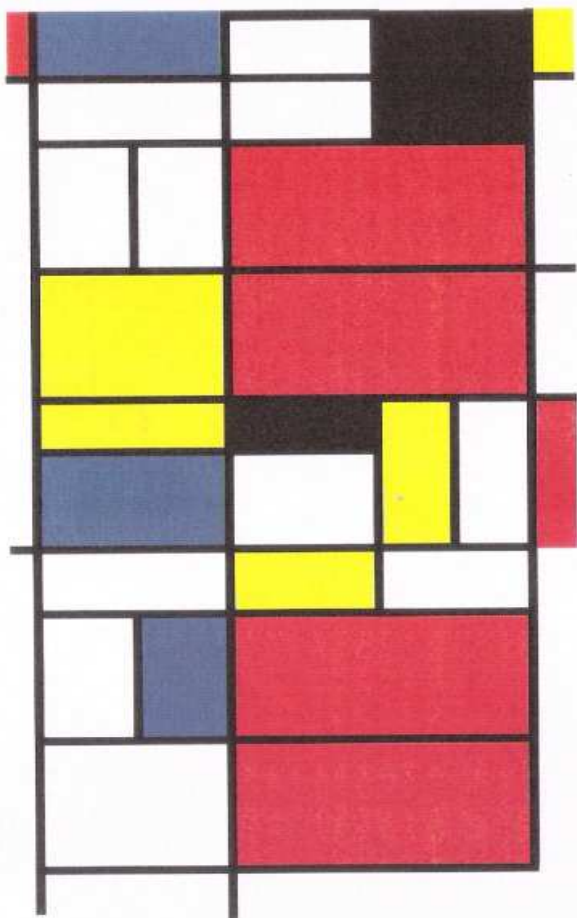
Com a evolução tecnológica e científica nas últimas décadas, o conhecimento também foi aumentando proporcionalmente, surgindo a medicina cada vez mais segmentada e especializada. Mudou o conhecimento, mudaram as patologias e de igual modo, mudaram as necessidades dos doentes que, não só têm acesso a mais informação como, por seu lado se tornaram mais exigentes quanto aos seus direitos como cidadãos. Neste contexto, é fundamental uma abordagem global ao doente tendo em conta a sua individualidade mas também o contexto de vida em que se encontra inserido.

O programa científico foi abrangente contando com várias áreas da medicina interna, nomeadamente: pneumologia, psiquiatria, hemato-oncologia, reumatologia, cardiologia e dermatovenereologia. Patologias como a DPOC, Tromboembolismo Pulmonar, Doenças Autoimunes, Fibrilhação Auricular, Dislipidémia, Anemia no idoso e Alterações Psiquiátricas no idoso, fizeram parte da discussão científica, assim como, as abordagens terapêuticas e não terapêuticas mais adequadas e dirigidas a cada situação. De realçar a articulação estabelecida com o serviço de reabilitação que contribuiu de forma significativa, destacando as novas abordagens e perspectivas de reabilitação para os doentes nas diversas vertentes clínicas e de tratamento.

As comunicações livres abordaram essencialmente patologias raras e de difícil diagnóstico, com sinais e sintomas que surgiam muitas vezes “mascarados”, dificultando o processo de análise e diagnóstico da situação, exigindo por parte dos profissionais uma maior atenção e vigilância.



Este evento traduziu-se, sem dúvida, numa aprendizagem global e transversal a todas as especialidades que englobam a medicina interna e que constituem a realidade da minha prática diária. Na Unidade de Cuidados Intensivos onde desempenho funções, tratando-se de uma unidade polivalente, diariamente me deparo com diversas patologias que caracterizam de igual modo o processo de envelhecimento das pessoas idosas. Deste modo, considero que a presença neste encontro foi uma mais-valia para o desenvolvimento de competências como enfermeira especialista no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica.



**ENCONTROS de  
MEDICINA  
INTERNA 2011**

**CERTIFICADO**

Certificamos que,

**ANA CRISTINA SÁ NOGUEIRA**

esteve presente nos **Encontros de Medicina Interna 2011 do Hospital Garcia de Orta**, que decorreram nos dias 10 e 11 de Novembro de 2011 no Hospital Garcia de Orta, Almada.

Almada, 11 de Novembro 2011

*Dr. José Barata*  
Presidente dos Encontros  
de Medicina Interna do HGO

---

**Apêndice IV**

Reflexão e Certificado: “19<sup>as</sup> Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta”

## REFLEXÃO

### “19<sup>as</sup> Jornadas da Unidade de Dor do Hospital Garcia de Orta”

A participação nas Jornadas da Unidade de Dor (UD) surge no contexto do ensino clínico efectuado na UD embora se tenha realizado no mês de Janeiro, em que já decorria o ensino clínico na Unidade de Cuidados Intensivos.

A UD, para além das actividades desenvolvidas na área da prestação de cuidados, formação, ensino e investigação, desenvolve também actividade organizativa, na medida em que é responsável pela organização anual das Jornadas da Unidade de Dor.

Como refere a Ordem dos Enfermeiros (OE), a aquisição e actualização de conhecimentos sobre a dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de ensino, de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente (OE, 2008). Assim, a participação nestas jornadas advêm da necessidade de aquisição de novos conhecimentos e desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa com dor, bem como, das estratégias de tratamento e controlo da dor.

As Jornadas de Dor proporcionaram aos profissionais de saúde um espaço de debate de ideias sobre diversos temas, nomeadamente: “Plantas medicinais e medicamentos - a cultura da segurança”, “Dor e ergonomia”, “Opióides e toxicoddependência: planetas diferentes?”; “As perturbações do sono no tratamento da dor”; “Analgesia pós-operatória”; “O país real e o tratamento da dor aguda no pós-operatório”, entre outros.

Vários são os estudos que têm surgido nas últimas décadas, na tentativa de compreender aquela que é considerada condição inseparável da existência humana mas também, a experiência humana mais partilhada para além da morte (LE BRETON, 2007). A sua complexidade e subjectividade, associadas ao seu carácter multidimensional, constituem um desafio diário para os que a experienciam, para os cuidadores e profissionais de saúde, relativamente ao seu tratamento e controlo, visando a sua eliminação ou alívio.

A equiparação da dor como o 5º sinal vital veio reforçar a importância da valorização, da avaliação e do alívio da dor como elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas.

Baseando-nos na premissa de que o controlo da dor é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde, a promoção das boas práticas na avaliação, tratamento e controlo da dor deve ser o objectivo primário de cada indivíduo. Porém, a dor constitui uma problemática complexa

na gestão dos cuidados prestados diariamente pelo que, na sua abordagem, se torna indispensável a valorização de factores como, a individualidade da pessoa que a sente e a singularidade de quem cuida, inseridos num contexto de multidisciplinidade e profissionalismo. Neste sentido, um compromisso de equipa na abordagem da dor é imprescindível para o sucesso da estratégia terapêutica e uniformização dos cuidados à pessoa com dor.

A participação nas Jornadas da Dor traduziu-se numa mais-valia para o desenvolvimento do projecto de aprendizagem na medida em que, os conhecimentos adquiridos contribuíram de forma significativa para o meu crescimento profissional e pessoal relativamente à dor do outro.

## **BIBLIOGRAFIA:**

LE BRETON, D. (2007) - **Compreender a dor**. Cruz Quebrada: Estrela Polar. ISBN: 978-972-8929-60-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Dor: guia orientador de boa prática**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISBN 978-972-99646-9-5.

10<sup>o</sup>

Convénio  
da ASTOR

[ 19<sup>as</sup> Jornadas  
da Unidade de Dor  
do Hosp. Garcia de Orta ]

# Diploma

*Certifica-se que o (a) Exmo(a). Sr.(a)*

**ANA CRISTINA SÁ NOGUEIRA**

*participou no 10<sup>o</sup> Convénio da Astor*

*19<sup>as</sup> Jornadas da Unidade de Dor*

*do Hospital Garcia de Orta,*

*realizado no dia 27 de Janeiro de 2012, em Lisboa.*

*Lisboa, 27 de Janeiro de 2012*

*A Organização*

*Rui Costa*

*Dr. Rui Costa*



centro hospitalar  
do Porto



---

**Apêndice V**

Caracterização dos serviços: Unidade de Dor e Unidade de Cuidados Intensivos

## CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE DOR

A Unidade de Dor (UD - também denominada Unidade Funcional da Dor) integra o Departamento de Emergência, Dor e Peri-Operatório e localiza-se no Piso 8, entre os Serviços de Hemato-oncologia e Pneumologia.

Tem como missão prestar serviços e actos clínicos diferenciados a doentes de todos os grupos etários referenciados à UD, portadores de dor crónica (oncológica e não oncológica), tendo como referência a população da área de influência do hospital, quer em regime de ambulatório quer em regime de internamento com actividade electiva e de urgência.<sup>23</sup>

O espaço físico da UD é constituído por 3 gabinetes: gabinete multidisciplinar, gabinete de consulta diária/sala de reuniões de formação/biblioteca, hospital de dia/sala de trabalho, uma arrecadação e um WC:. Os gabinetes são polivalentes, dando resposta a qualquer uma das actividades desenvolvidas e encontram-se dispersos pelo corredor do piso. A arrecadação situa-se fora do serviço, no átrio dos elevadores.

Relativamente aos recursos humanos a UD é constituída por: 4 Médicos, 5 Enfermeiras, 1 Psicóloga, 2 Assistentes Operacionais, 1 Assistente Técnica, 1 Assistente Social e 1 Técnica de Nutrição e Dietética (as três últimas são partilhadas com outros serviços). De realçar, o apoio do Serviço de Oncologia através da consulta multidisciplinar de Oncologia que se realiza uma vez por mês, a colaboração de uma médica (Clínica Geral) externa ao hospital que realiza sessões de Mesoterapia semanalmente e a consulta multidisciplinar de Neurocirurgia e Fisiatria que decorre também uma vez por mês. Existe igualmente uma articulação com o Serviço dos Cuidados Continuados, no acompanhamento dos doentes seguidos pela UD em ambulatório. Por outro lado a UD funciona como “serviço de apoio” aos Cuidados Continuados no que diz respeito ao stock de estupefacientes e quando a Farmácia não consegue dar resposta.

O horário de funcionamento é das 8.00h às 18.30h de Segunda a Quinta-Feira, inclusive, e das 8.00h às 17.00h à Sexta-Feira.

A UD é de uma unidade referência a nível nacional, pela excelência técnico-profissional e humana e pela qualidade dos cuidados de saúde prestados. Regendo-se pelos valores de humanização, no direito ao alívio do sofrimento, pelo respeito pela individualidade, pela qualidade de vida definida pelo doente e pelos princípios éticos, bem como, respeito pelos princípios de

---

<sup>23</sup> Manual de Políticas e Normas de Procedimento do Hospital Garcia de Orta, EPE – Regulamento da Unidade Funcional Dor elaborado a 12/02/2008.



acessibilidade e de universalidade, tem sempre presente a eficiência na utilização dos recursos existentes. Desenvolve a sua actividade nas áreas de prestação de cuidados a doentes com dor crónica, nomeadamente: o Ambulatório, onde se inserem as consultas, o hospital de dia e as consultas telefónicas; o Internamento; a Formação, Ensino e Investigação, dando resposta às necessidades formativas de médicos, enfermeiros e psicólogos. Desenvolve também actividade organizativa na medida em que é responsável pela organização anual das Jornadas da Unidade de Dor.

## CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

A Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) faz parte do Departamento de Emergência e Planeamento Operatório que integra também os serviços de Anestesiologia, Bloco Operatório Central e Urgência Geral. Situa-se no Piso 1, junto aos serviços que integram o mesmo departamento e ao Serviço de Imagiologia.

Trata-se de uma UCI polivalente de Nível III vocacionada para o tratamento global do doente adulto/idoso, do foro médico-cirúrgico, ortotraumatológico e neurocirúrgico, integrada no plano estratégico da Direcção-Geral de Saúde, como uma das unidades polivalentes de referência do país.

A sua missão é a prestação de cuidados altamente diferenciados, dando resposta às necessidades dos doentes adultos que apresentem falência de um ou mais órgãos ou sistemas, necessitando de apoio tecnológico e de cuidados permanentes, quer médicos quer de enfermagem, que não são possíveis noutros serviços deste hospital. Os seus objectivos principais são:

- ✓ Prestar cuidados de qualidade e eficiência;
- ✓ Promover gestão racional dos recursos humanos e materiais;
- ✓ Promover o trabalho multidisciplinar e a satisfação dos profissionais;
- ✓ Promover formação contínua aos profissionais;
- ✓ Participar na formação profissional pós graduada de médicos, enfermeiros e outros profissionais.

Relativamente ao espaço físico é constituído por:

- ✓ 1 Sala aberta com lotação de 7 camas e um quarto de isolamento com sistema de pressurização e capacidade para 1 cama;
- ✓ 2 Salas para arrumação de materiais clínicos e equipamentos;
- ✓ 1 Copa;
- ✓ 1 Sala de sujos com saída para o exterior (existe separação do circuito de limpos e sujos);
- ✓ 1 Gabinete do Director Clínico;
- ✓ 1 Gabinete do Enfermeiro Chefe;
- ✓ 1 Gabinete médico;

- ✓ 1 Gabinete de secretariado;
- ✓ 1 Sala para reuniões (utilizada também para acolhimento aos familiares dos utentes)
- ✓ 1º Hall de entrada (à entrada no serviço) funciona como sala de espera para as visitas;
- ✓ 2º Hall onde se efectua a transferência física dos doentes.

A UCI possui equipamentos de ventilação, monitorização invasiva e perfusão, em número adequado para as necessidades actuais. Dispõe ainda de uma máquina de gasimetria; 2 monitores de diálise *AK-200* (da Gambro) e um monitor *PrismaFlex* (da Gambro), com rede de tratamentos de água; e equipamentos informáticos, cerca de um computador por cada duas camas, número que permite a informatização do processo clínico SAPE.

A equipa multidisciplinar é constituída por 32 Enfermeiros (incluindo o Enfermeiro Chefe e o Enfermeiro Coordenador), 8 Médicos Intensivistas (incluindo o director clínico), 9 Assistentes Operacionais e 1 Assistente Técnico. Para além destes elementos a UCI conta com o apoio das diversas especialidades existentes no hospital, da Assistente Social, da Psicóloga e Dietista, articulando-se de igual modo com outros serviços, nomeadamente, a Fisioterapia e a Farmácia.

A equipa de enfermagem é constituída por 31 elementos que se encontram na prestação directa de cuidados, havendo 2 enfermeiros especialistas em Reabilitação, 2 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 2 enfermeiros especialistas em Saúde Mental.

As equipas de Enfermagem são compostas por seis elementos nos turnos da manhã (8h-16.30h) nos dias úteis, cinco nos turnos da tarde (16h-23h) e noite (22.30h-8.30h) e manhãs de fim-de-semana e feriados. A metodologia de trabalho utilizada segue os princípios do método individual de trabalho, cabe ao enfermeiro responsável de turno elaborar os planos de distribuição, a cada enfermeiro é atribuída a responsabilidade por um ou dois doentes, tendo em conta a gravidade, intervenções previstas e experiência do enfermeiro. Durante o ano 2008 procedeu-se à informatização do processo clínico, passando a ser utilizada linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) na versão Beta 2 e o software aplicativo SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) disponibilizado pelo IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde) Os profissionais da UCI colaboram na formação, pré e pós graduada, de profissionais de saúde.

## **BIBLIOGRAFIA**

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE (2008) - **Manual de Políticas e Normas de Procedimento do Hospital Garcia de Orta, EPE – Regulamento da Unidade Funcional Dor.** elaborado a 12/02/2008.

HOSPITAL GARCIA DE ORTA, EPE (2009) - **Relatório de contas de 2009** [em linha]. Acedido em 10/07/2011. Disponível em: <http://www.hgarciaorta.min-saude.pt/NR/rdonlyres/ADCFF897-FD66-4007-9E5BBB28E62A/18513/RelatorioeContas2009HGOrta.pdf>.

---

**Apêndice VI**

Escalas para avaliação da dor

## ESCALAS PARA AVALIAÇÃO DA DOR

A dor é um fenómeno fisiológico indispensável para a integridade física do indivíduo (DGS, 2008) na medida em que, quando sentimos dor, tratando-se de um acto consciente, o nosso organismo reage, surgindo sinais de alerta que nos induz a uma atitude de defesa, prudência e vigilância relativamente ao que nos rodeia (Le BRETON, 2007). Pode dizer-se que lhe devemos a sobrevivência como espécie, tornando no entanto, presente a fragilidade e vulnerabilidade da condição humana. Todavia, a dor é também, uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas e reflectindo-se no seu estado físico e psicossocial.

Constituindo o envelhecimento da população uma realidade das últimas décadas deparamo-nos actualmente, com um elevado número de pessoas idosas, com alterações naturais e inevitáveis, inerentes ao processo de envelhecimento. Porém, estas alterações são muitas vezes acompanhadas de doenças crónicas e outras comorbilidades que causam dor, traduzindo-se em consequências devastadoras na qualidade de vida do indivíduo, afectando de forma significativa a sua autonomia e independência.

Considerado um problema de saúde pública, a dor é a principal causa de procura dos cuidados de saúde, sendo no entanto, frequentemente negligenciada pela sociedade, subvalorizada, sudiagnosticada e subtratada nos serviços de saúde (DGS, 2008). Tendo em conta o impacto negativo e significativo na vida da pessoa que sente dor, torna-se premente uma abordagem directa a esta problemática, com um olhar mais crítico e reflexivo, visando uma avaliação e controlo sistemáticos, transversal a todas as faixas etárias.

Em contexto de hospitalização em situação crítica a dor constitui um importante problema com um impacto negativo no agravamento do quadro clínico de qualquer doente. Podendo ser causada por diferentes factores intrínsecos ao motivo de internamento, a avaliação da dor no âmbito dos cuidados intensivos, torna-se mais complexa quando se associa a todo o quadro a dificuldade e/ou incapacidade na comunicação (devido a alterações do nível de consciência, do nível de sedação e/ou por se encontrarem sob efeito de bloqueadores neuromusculares ou simplesmente, pela presença do tubo endotraqueal (JACOBI et al, 2002)).

Assiste-se actualmente a um novo paradigma na abordagem da dor, tendo em conta a sua complexidade multifactorial, utilizando novos métodos farmacológicos e não farmacológicos, visando o controlo precoce e alívio da dor, proporcionando maior conforto ao indivíduo. Neste contexto, o papel desempenhado pelos profissionais de enfermagem, em consonância com outros

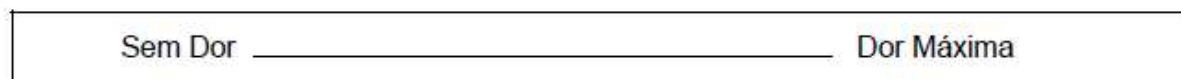
profissionais, é fundamental para o desenvolvimento de estratégias e intervenções apropriadas na gestão eficaz da dor.

As diretrizes internacionais e nacionais existentes para a avaliação, tratamento e controlo da dor, surgem com o intuito de uniformizar a prestação de cuidados neste âmbito. As escalas de avaliação de dor constituem uma ferramenta fundamental neste processo pelo que considereei pertinente, inserido no ensino clínico do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem do Idoso, a elaboração de um documento em que constassem as principais escalas de avaliação de dor adoptadas a nível nacional. Assim, serão apresentadas as escalas mais utilizadas para a avaliação da dor no utente adulto/idoso, recomendadas pela Direcção Geral de Saúde (DGS), bem como, as mais usadas em contexto de cuidados intensivos, orientadas por organismos internacionais, validadas para a população portuguesa.

Os instrumentos de avaliação da dor dividem-se em três categorias: **Instrumentos Unidimensionais** (que medem uma única dimensão da dor – a intensidade), frequentemente utilizados em contexto hospitalar de modo a obter informações rápidas, não invasivas e válidas sobre a dor e a analgesia; **Instrumentos Multidimensionais** (que fornecem uma avaliação mais abrangente: avaliam não apenas os componentes sensoriais da dor (localização, duração, tipo), mas também os emocionais/afectivos (tensão, medo) e os componentes de avaliação cognitiva; **Instrumentos Comportamentais** (que integram parâmetros fisiológicos e comportamentais do doente) (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2002; DGS, 2010).

## INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO UNIDIMENSIONAIS

### **Escala Visual Analógica (EVA)**



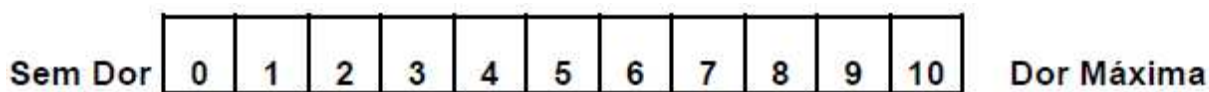
Fonte: DGS: Circular Normativa nº 9/DGCG, 2003

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 (DGS, 2003).

### **Escala Numérica (EN)**



Fonte: DGS: Circular Normativa nº 9/DGCG, 2003

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 (DGS, 2003).



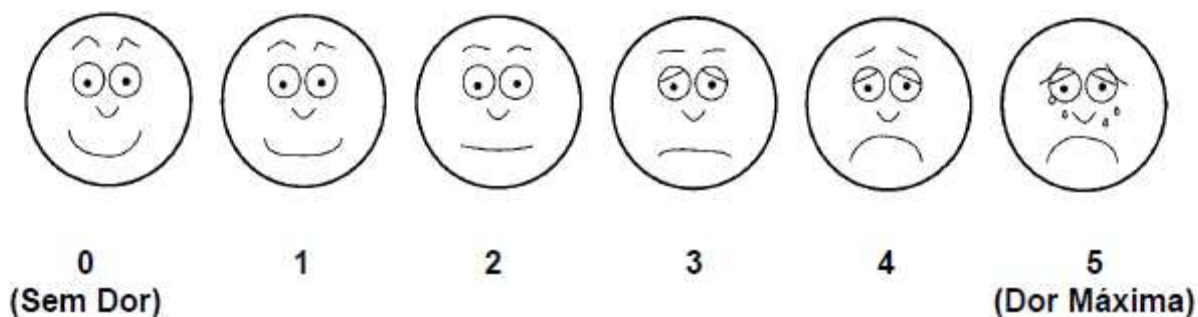
## Escala Qualitativa (EQ) ou Escala Verbal Simples

<b>Sem Dor</b>	<b>Dor Ligeira</b>	<b>Dor Moderada</b>	<b>Dor Intensa</b>	<b>Dor Máxima</b>
----------------	--------------------	---------------------	--------------------	-------------------

Fonte: DGS: Circular Normativa nº 9/DGCG, 2003

Na Escala Qualitativa, solicita-se ao doente que classifique a intensidade da sua dor, de acordo com os seguintes adjetivos: “Sem Dor”, “Dor Ligeira”, “Dor Moderada”, “Dor Intensa” ou “Dor Máxima” (DGS, 2003).

## Escala das Faces (EF)



Fonte: DGS: Circular Normativa nº 9/DGCG, 2003

Na Escala das 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” (DGS, 2003).

## **INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAIS**

### **Breve Inventário da Dor – Brief Pain Inventory (BPI)**

Questionário desenvolvido para avaliar o impacto da dor nas actividades de vida diária. Composta por 15 itens de severidade e impacto nas actividades de vida diária nomeadamente, habilidade para caminhar, humor, trabalho, sono, actividade geral, entre outros (CLEELAND, 2009).

### **Questionário de Dor de McGill – McGill Pain Questionnaire (MPQ)**

É provavelmente o método multidimensional mais conhecido e avalia a dor nas dimensões afectiva, sensorial e avaliativa, baseando-se nas palavras que os doentes seleccionam para descrever a sua dor. Apresenta uma escala qualitativa de intensidade de dor e um desenho do corpo humano, no qual o doente assinala a localização da dor. Assim, neste questionário são registados a localização da dor, a sua intensidade e o seu comportamento através de 3 partes: índice de avaliação da dor, uma escala de descrição verbal e intensidade da dor presente (MELZACK, 1987).

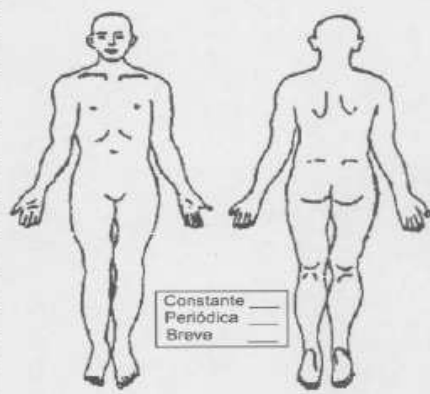
Não obstante estes instrumentos de avaliação multidimensional sejam completos, são considerados algo complexos, necessitando de muito tempo para ser aplicado em doentes com idade avançada e com outros factores associados, na medida em que, baseiam-se na informação fornecida pelo utente, exigindo um conhecimento profundo do mesmo (ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS; BRITISH GERIATRICS SOCIETY; BRITISH PAIN SOCIETY, 2007). Por outro lado, embora sejam também mencionadas pelas actuais directrizes internacionais, como adequadas para a população idosa (AGS, 2002), não se encontram validadas para a população idosa portuguesa e a Direcção Geral de Saúde, nas recentes orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa, recomenda apenas a utilização de escalas unidimensionais ou comportamentais.

## McGill Pain Questionnaire – Português

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_  
 Analgésico(s) \_\_\_\_\_ Dosagem \_\_\_\_\_ Hora da Adm. \_\_\_\_\_  
 analgésico(s) \_\_\_\_\_ Dosagem \_\_\_\_\_ Hora da Adm. \_\_\_\_\_  
 Intervalo de Administração dos Analgésicos +4 +1 +2 +3  
 IAvD: S Af Av M(S) M(AfAv) M(T) PRI (T)  
 (1-10) (11-15) (16) (17-19) (20) (17-20) (1-20)

1 Espasmodica	11 Cansativa
Tremor	Exaustiva
Pulsátil	12 Enjoativa
Latejante	Sufocante
Martelante	13 Amedrontadora
2 Crescente	Apavorante
Repentina	Aterrorizante
Provocada	14 Castigante
3 Picada	Debilitante
Agulhada	Cruel
Perfurante	Perversa
Punhalada	Mortal
Lancinante	15 Desgraçada
4 Aguda	Enlouquecedora
Cortante	16 Incômoda
Dilacerante	Perturbadora
5 Beliscante	Desconforto
Pressionante	Intensa
Pinçante	Insuperável
Cãibra	17 Difusa
Esmagamento	Irradiante
6 Fisgada	Penetrante
Puxão	Que transpassa
Distensão	18 Aperto
7 Quente	Dormente
Queimação	Estirante
Escaldante	Esmagadora
Queimadura	Demolidora
8 Formigamento	19 Fresca
Cocção	Fria
Ardência	Congelante
Ferroada	20 Importunante
9 Insensibilidade	Nauseante
Sensibilidade	Angustiante
Que Machuca	Desagradável
Dolorida	Torturante
Forte	IAD
10 Suave	0 Sem dor
Tensão	1 Leve
Esfoiante	2 Desconfortante
Rompimento	3 Angustiante
	4 Horrível
	5 Excruciante

Intensidade Atual de Dor (IAD) \_\_\_\_\_  
 Comentários: \_\_\_\_\_

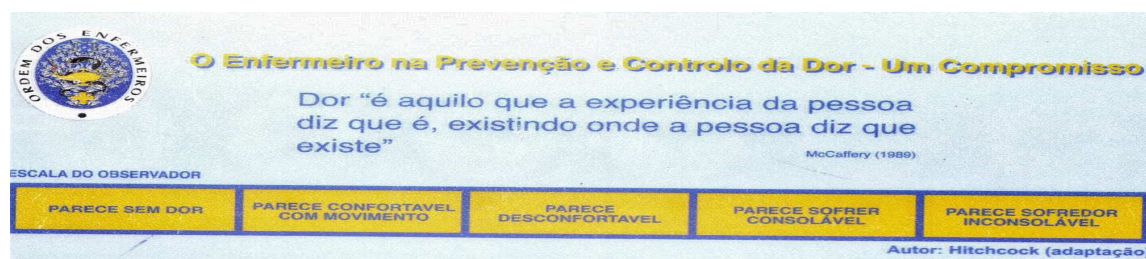


Sintomas que Acompanham:	Sono:	Ingestão de alimentos:
náusea	Bom	Boa
Dor de cabeça	Descontínuo	Alguma
Tontura	Insônia	Pouca
Sonolência	Comentários:	Nenhuma
Constipação		Comentários:
Diarréia		
Comentários:	Atividades:	Comentários:
	Boa	
	Alguma	
	Pouca	
	Nenhuma	

Figure 3. Final version of the Brazilian Portuguese McGill Questionnaire.

# INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO COMPORTAMENTAIS

## Escala do Observador (EO)



Fonte: Ordem dos Enfermeiros, 2008

Escala gradativa que classifica a dor do doente em cinco categorias que variam entre “Parece sem Dor” e “Parece Sofredor Inconsolável”. Trata-se de uma adaptação da Escala de Dor de Hitchcock e segundo ROGRIGUES et al (2007) é utilizada apenas em doentes que não conseguem verbalizar a sua dor ou que estejam inconscientes e desorientados (doentes cujo score na Escala de Glasgow seja inferior a 15).

## Escala DOLOPLUS-2

A escala DOLOPLUS-2 é o único instrumento de avaliação comportamental validado para a população idosa portuguesa. Construída especificamente para a avaliação da dor na pessoa idosa com déficite cognitivo moderado a severo, baseia-se na observação do seu comportamento tendo em conta as repercussões da dor em três dimensões: somática, psicomotora e psicossocial. A pontuação conseguida com a DOLOPLUS não representa a experiência de dor relativamente a um determinado momento mas sim, a progressão da dor experimentada (MG ZWAKHALEN et al, 2006). A pontuação obtida no subgrupo repercussões somáticas é a mais sugestiva de presença de dor (ORDEM ENFERMEIROS, 2008).

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

## Escala PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia)

A avaliação da dor através da escala PAINAD foi desenvolvida no sentido de dar resposta à necessidade de avaliar a dor em doentes com demência avançada e/ou com incapacidade na comunicação das suas necessidades. Trata-se de uma escala simples e de aplicação rápida, fiável para medir a dor em doentes não comunicantes (ORDEM ENFERMEIROS, 2008).

Composta por cinco itens: padrão respiratório, vocalização negativa, expressão facial, linguagem corporal e necessidade de consolo, os seus scores variam entre o número 0 (ausência de Dor) e o número 10 (Dor máxima). Cada item da escala é quantificado de 0 a 2 sendo deste modo, mais fácil objectivar e quantificar a experiência dolorosa de um determinado momento. Segundo a literatura, um score de 4 ou mais requer uma intervenção, enquanto scores mais baixos requerem vigilância frequente (WARDEN et al, 2003).

ITEMS	0	1	2
Respiração independente da Vocalização	Normal	Esforço respiratório ocasional; pequeno período de hiperventilação	Esforço respiratório marcado; período longo de hiperventilação; respiração Cheyne-Stokes
Vocalização negativa	Nenhuma	Gemido ocasional; discurso desconexo; com sentido negativo e reprovador	Chamamentos repetidos e perturbados; gemidos e lamentos em voz alterada; choro alterado
Expressão facial	Sorriso ou sem expressão	Triste; assustado; desaprovador	Esgar facial de dor
Linguagem corporal	Relaxado	Tenso; inquieto e com movimentos nervosos	Rígido; pernas dobradas; punhos cerrados; empurrões; agressão
Consolação	Sem necessidade de consolo	Através do toque e da voz, fica tranquilo e distraído	Incapaz de se distrair ou tranquilizar

Fonte: Warden V, Hurler AC, Volicer L., 2003

## Escala NVPS (Nonverbal Pain scale)

A escala NVPS resulta da adaptação de uma escala inicialmente desenvolvida para avaliação da dor em recém-nascidos (Escala FLACC Behavioral Pain Scale). Todavia, por não ser adequada ao doente adulto, sedado/curarizado, submetido a ventilação invasiva, foi reformulada, tendo sido acrescentado um novo parâmetro que inclui a componente respiratória e adaptação ventilatória. Embora seja frequentemente utilizada nas unidades de cuidados em Portugal, esta escala não se encontra validada para a população portuguesa.

Composta por cinco itens: face, actividade, vigilância, fisiologia e respiração, os seus scores podem variar entre o número 0 (ausência de Dor) e o número 10 (Dor máxima) sendo que, cada item da escala é quantificado de 0 a 2.

Score	0	1	2
Categorias			
<b>Face</b>	Sem expressão facial ou sorriso	Fácies de desconforto ocasional: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Franzir a testa;</li> <li>• Face contraída</li> </ul>	Fácies de desconforto frequente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Franzir a testa;</li> <li>• Face contraída</li> </ul>
<b>Actividade</b>	Posição normal; calmo	Procura de atenção através de movimentos; movimento lento e cauteloso	Irrequieto/ agitação motora e/ou Reflexos de fuga
<b>Vigilância</b>	Deitado; quieto; descontraído; ausência de posicionamento das mãos sobre o corpo	Move-se com dificuldade; tenso	Move-se com extrema dificuldade; Rígido
<b>Fisiologia</b>	Sinais vitais estáveis	Alterações Hemodinâmicas TA sist.>20 mmHg e/ou Fc> 20cpm	Alterações Hemodinâmicas TA sist.>30 mmHg e/ou Fc>25cpm
<b>Respiração</b>	Adaptação ventilatória	Desadaptação ventilatória ligeira: Fr> 10 cpm e/ou Spo2<5%	Desadaptação ventilatória severa: Fr>20 cpm e/ou Spo2<10%

Fonte:University of Rochester Medical Center, 2005

### **Behavioral Pain Scale (BPS)**

Escala baseada na componente comportamental cujos critérios incidem sobre a avaliação da expressão facial, o tónus dos membros superiores e a adaptação ventilatória. O seu uso está limitado a doentes submetidos a sedação profunda, tratamento com bloqueadores neuromusculares, tetraplegia e ploneuropatia (PAYEN et al, 2001). Não se encontra validada para a população portuguesa.

### **Escala de Comportamentos Indicadores de Dor (ESCID)**

Escala que inclui 5 itens comportamentais: musculatura facial, tranquilidade, tónus muscular, adaptação ventilatória, conforto (LATORRE, 2010). O seu uso também está limitado a doentes submetidos a sedação profunda, tratamento com bloqueadores neuromusculares, tetraplegia e ploneuropatia e não se encontra validada para a população portuguesa.



## BIBLIOGRAFIA

- ❖ AMERICAN GERIATRICS SOCIETY (2002) – The management of persistent pain in older persons. **Journal of the American Geriatrics Society** [em linha]. Vol 50, nº 6 (Julho 2002), p. 205-224. Acedido em 5/01/2012. Disponível em: [http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009\\_Guideline.pdf](http://www.americangeriatrics.org/files/documents/2009_Guideline.pdf).
- ❖ CLEELAND, C. (2009) – The brief pain inventory – user guide. **MD Anderson Cancer Center** [em linha]. Acedido em 5/04/21012. Disponível em [http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/BPI\\_UserGuide.pdf](http://www.mdanderson.org/education-and-research/departments-programs-and-labs/departments-and-divisions/symptom-research/symptom-assessment-tools/BPI_UserGuide.pdf).
- ❖ JACOBI, J., [et al] (2002) – Clinical practice guidelines for the sustained use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. **Critical Care Medicine**. Vol 30, nº 1, p. 41-119. Acedido a 04/06/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010122613&lang=pt-br&site=ehost-live>
- ❖ LATORRE et al (2011) – Validación de la escala de conductas indicadoras de dolor para valorar el dolor en pacientes críticos, no comunicativos y sometidos a ventilación: resultados del proyecto ESCID. **Enfermería Intensiva - ScienceDirect**. (Janeiro, 2011). Vol. 22, nº 1. p. 3-12. Acedido em 10/01/2012. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130239910001069>.
- ❖ LE BRETON, D. (2007). **Comprender a dor**. Cruz Quebrada: Estrela Polar. ISBN: 978-972-8929-60-2.
- ❖ MELZACK, R. (1987) – The short-form McGill questionnaire. **Pain** [em linha]. Vol 30, nº 2 (Agosto, 1987) p. 191-197. Acedido em 2/02/2012. Disponível em [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ShoppingCartURL&method=add&eid=1-s2.0-0304395987910748&acct=C000228598&version=1&userid=10&ts=1334691860&md5=47d8cd4c96a77794406ecbff5903f371](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ShoppingCartURL&method=add&eid=1-s2.0-0304395987910748&acct=C000228598&version=1&userid=10&ts=1334691860&md5=47d8cd4c96a77794406ecbff5903f371).

- ❖ MG ZWAKHALEN, S. [et al] (2006) – Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. **BMC Geriatrics** [em linha]. Vol 6, nº 3 (Janeiro, 2006). ISSN 14771-2318. Acedido em 2/07/2011. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16441889&lang=pt-br&site=ehost-live>
  
- ❖ ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008) – **Dor: guia orientador de boa prática**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. ISBN 978-972-99646-9-5.
  
- ❖ PAYNE, JF et al (2001) – Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioural pain scale. **Critical Care Medicine** [em linha]. (2001). Vol 29, nº 12. Acedido em 2/02/2012. Disponível em <http://www.consensus-conference.org/data/Upload/Consensus/1/pdf/787.pdf>.
  
- ❖ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2010) – Circular informativa e orientação nº 015/2010: **Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa** [em linha]. (Dezembro 2010). Acedido em 7/01/2011. Disponível em <http://www.dgs.pt/>.
  
- ❖ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008) – Circular normativa nº 11/DSCS/DPCD: **Programa nacional de controlo da dor** [em linha]. (Junho 2008). Acedido em 4/02/2011. Disponível em <http://www.dgs.pt/>.
  
- ❖ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004) – **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas** [em linha]. (Junho 2004), 3. Acedido em 10/02/2011. Disponível em: [www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/...9E74.../i006346.pdf](http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/...9E74.../i006346.pdf).
  
- ❖ PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003) - **Circular Normativa Nº 9/DGCG. A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor**. Lisboa: DGS. Acedido em 02/06/2011. Disponível em <http://www.dgs.pt/>.
  
- ❖ RODRIGUES, C. et al (2007) – Avaliar a dor no doente com alterações cognitivas: um desafio para o enfermeiro. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. Coimbra. ISSN 1646-379X. nº 11 (2007) p. 39-41.

- ❖ ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS; BRITISH GERIATRICS SOCIETY; BRITISH PAIN SOCIETY (2007) - The assessment of pain in older people: national guidelines. Concise guidance to good practice series [em linha]. nº 8 (Outubro, 2007) p. 1-15. ISBN 978-1-86016-318-0. Acedido em: 10/01/2012. Disponível em: [http://www.britishpainsociety.org/book\\_pain\\_older\\_people.pdf](http://www.britishpainsociety.org/book_pain_older_people.pdf).
  
- ❖ WARDEN, V; HURLEY, AC; VOLICER, L. (2003) - Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. Journal of the American Medical Directors Association [em linha]. Vol 4, p. 9-15. Acedido em 18/10/2011. Disponível em <http://www.amda.com/publications/caring/may2004/painad.cfm>.

---

**Apêndice VII**

Formação realizada na Unidade de Dor

## Estágio – Unidade de Dor

# A Dor nas Pessoas Idosas: Mitos e Realidades na Prática de Cuidados

Ana Cristina Sá Nogueira - 31 Outubro 2011

### Envelhecimento Demográfico

- ✓ Marco característico da 2ª metade do séc. XX
- ✓ Alteração no padrão epidemiológico
- ✓ Alteração da estrutura e dos comportamentos sociais e familiares
- ✓ Progressos técnico científicos → > crença na medicina

Ana Cristina Sá Nogueira - 31 Outubro 2011

### Envelhecimento da População

#### MUNDO

- Em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com mais de 80 anos) constituirão o grupo etário de maior crescimento, dos quais 75% dessas pessoas viverá em países desenvolvidos

(OMS, 2005)

#### PORTUGAL

- Entre 1960 e 2001, observou-se uma diminuição em cerca de 60% da população jovem face ao aumento em 140% da população idosa, verificando-se, no mesmo período, um incremento em aproximadamente 1 milhão de indivíduos, dos quais 987 047 são mulheres

(CARRILHO, 2009)

Ana Cristina Sá Nogueira - 31 Outubro 2011

### Processo de Envelhecimento



Ana Cristina Sá Nogueira - 31 Outubro 2011

## DOR

- Experiência multidimensional desagradável
- Envolve componente sensorial e emocional
- Associa-se a uma lesão concreta ou potencial ou é descrita em função dessa lesão
- Fenómeno complexo, subjectivo e individual

in (1994)

Ana Cristina Sá Nogueira - 31 Outubro 2011

## DOR vs IDOSOS

- Afecta 45 a 85% da população idosa
- Reduz a qualidade de vida
- Diminui a socialização/aumenta a depressão
- Afecta o sono/repouso
- Compromisso cognitivo
- Deficiência nutricional

Ana Cristina Sá Nogueira - 31 Outubro 2011

### Dor vs Idosos

★ A prevalência e complexidade das repercussões físicas, psicológicas, sociais e culturais causadas pela dor na vida da pessoa idosa, encaminha-nos para a necessidade de uma abordagem multidimensional e interdisciplinar.

★ “Um compromisso de equipa na abordagem da dor é fundamental para a sua avaliação, diagnóstico, prevenção e tratamento, devendo incluir a participação da pessoa que sente dor, do cuidador principal e família enquanto parceiros de cuidados.”

(Ordem dos Enfermeiros, 2008)

### Mitos (M) / Realidades (R)

M – **“A dor é uma consequência natural do envelhecimento”**

R – Fisiologicamente o envelhecimento não causa dor. A dor quando surge e acompanha o processo de envelhecimento é consequência das doenças crónicas e comorbilidades associadas ao mesmo.

McCaffery & Pasero (1999)  
International Association for the Study of Pain (2008)

### Mitos / Realidades

M – **“A percepção da dor ou da sensibilidade diminui com a idade”**

R – Embora haja evidências de que o sofrimento emocional relacionado com a dor possa ser menor nas pessoas idosas comparativamente aos mais jovens, não existem evidências científicas que comprovem uma diminuição da percepção da dor ou sensibilidade à dor inerente ao processo de envelhecimento. Os processos neurofisiológicos envolvidos na nociceção não se alteram com a idade.

McCaffery & Pasero (1999)  
International Association for the Study of Pain (2008)

### Mitos / Realidades

M – **“Se a pessoa idosa não refere dor é porque não tem dor”**

R – As pessoas idosas frequentemente subvalorizam a dor.

- ★ Crescem valorizando a capacidade de aguentar a dor;
- ★ Interiorizam que a dor é inerente ao envelhecimento;
- ★ Não querem preocupar/alarmar/incomodar a família;
- ★ Têm receio de perder a sua independência e autonomia.

McCaffery & Pasero (1999)  
International Association for the Study of Pain (2008)

### Mitos / Realidades

M – **“Se a pessoa idosa parece estar ocupada, a dormir ou se distrai de outra forma da dor, é porque não tem dor”**

R – Frequentemente os idosos consideram inaceitável mostrar e admitir que têm dor pelo que utilizam estratégias de distração. Dormir pode ser uma estratégia de coping mas também pode indicar exaustão e não alívio da dor. A avaliação da presença ou não de dor não deve ser baseada apenas no comportamento.

McCaffery & Pasero (1999)  
International Association for the Study of Pain (2008)

### Mitos / Realidades

M – **“Os potenciais efeitos secundários dos opióides são perigosos quando usados no tratamento da dor nas pessoas idosas”**

R – As alterações no processo metabólico, capacidade de absorção, de distribuição e eliminação inerentes ao envelhecimento aumentam o risco de efeitos secundários e toxicidade dos opióides. A sua utilização é segura quando existe uma monitorização e avaliação sistemáticas da resposta do idoso ao tratamento.

McCaffery & Pasero (1999)  
International Association for the Study of Pain (2008)

### Mitos / Realidades

M – *“Se a pessoa idosa estiver confusa é porque foi medicado com opióides”*

R – A confusão pode ser também sinal de dor não controlada. Hipóxia e distúrbios hidro-electrolíticos são variáveis a ter em conta. Para determinar as causas da confusão é imprescindível uma avaliação completa, clínica e laboratorial, bem como excluir possíveis interacções medicamentosas.

McCaffery & Pasero (1999)  
International Association for the Study of Pain (2008)

### Mitos / Realidades

M – *“As pessoas idosas com demência ou outras alterações cognitivas não sentem dor. Os seus relatos de dor são inválidos”*

R – Não existe evidência científica de que a deficiência cognitiva nas pessoas idosas conduza à diminuição da percepção/sensibilidade à dor. No entanto, progressivos estados de déficit cognitivo, podem levar ao desconforto e à dor mal tratada. A avaliação da dor nestes casos é um desafio e a melhor abordagem começa pela aceitação e valorização das queixas do doente.

McCaffery & Pasero (1999)  
International Association for the Study of Pain (2008)

### Outros Mitos / Realidades

M – *“Estímulos comparáveis produzem o mesmo nível de dor em todas as pessoas”*

R – Todas as pessoas têm um limiar de sensação uniforme mas o limiar de percepção dolorosa é influenciado por factores físicos, culturais e psicossociais sendo variável de indivíduo para indivíduo ou até na mesma pessoa de acordo com a situação.

Ordem Enfermeiros (2008)

### Outros Mitos / Realidades

M – *“A dor só existe na presença de lesão”*

R – Toda a dor é real independentemente da sua causa.

M – *“O comportamento das pessoas reflecte a sua dor”*

R – Não existe nenhum indicador fisiológico ou comportamental específico de dor para além do auto-relato.

Ordem Enfermeiros (2008)

### Outros Mitos / Realidades

M – *“Os costumes e as crenças não são importantes no controlo da dor”*

R – Os valores socioculturais e as experiências individuais influenciam significativamente a forma como a pessoa vivencia e expressa a sua dor.

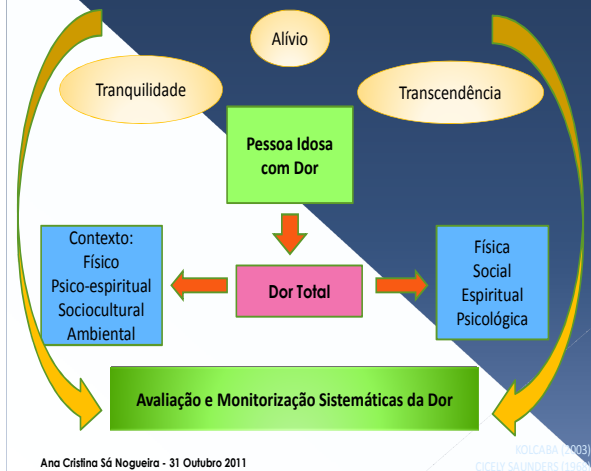
M – *“Os profissionais de saúde são os peritos na avaliação da dor”*

R – Os profissionais de saúde devem reconhecer a pessoa como o melhor avaliador da sua dor.

Ordem Enfermeiros (2008)

### Factores a ter em conta na Prestação de Cuidados

- ★ Avaliação Multidimensional do Idoso (Comprehensive Geriatric Assessment) – recorrer às escalas de avaliação se necessário (ex: Mini-Mental State; Escala de Barthel; Escala de Depressão Geriátrica; Avaliação do Estado Nutricional; Escalas de avaliação de dor);
- ★ Valorização do auto-relato e manifestações de dor;
- ★ A família e os cuidadores principais devem ser considerados parceiros activos no controlo da dor e tomada de decisão.



### Considerações Finais

- ★ A competência para a avaliação da dor exige formação contínua;
- ★ O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada visando a multidimensionalidade do indivíduo;
- ★ A percepção e expressão da dor variam de pessoa para pessoa, de acordo com as suas características individuais, a sua história de vida e o contexto em que se encontra inserida;
- ★ A dor não controlada aumenta a vulnerabilidade, o sofrimento e a morbilidade à dor.

***“A negação e a desvalorização da dor do Outro é um erro ético no confronto com o sofrimento e a dor, bem como uma falha na excelência do exercício profissional.”***

Lúclia Nunes – Ordem dos Enfermeiros (2008, p. 7)

### Bibliografia

- CARRILHO, M<sup>o</sup> J.; PATRÍCIO, L. (2009). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. Instituto Nacional de Estatística. nº 48. (2009). 101-145.
- Helms, J., & Barone, C - Physiology and treatment of pain. *Critical Care Nurse*. [em linha], vol 28, nº 6 (Dezembro 2008) 38-50. Acedido a 04/06/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010122613&lang=pt-br&site=ehost-live>
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (2008) – *Pain Management for Older Adults – A self Help Guide*. IASP Press. ISBN 978-0-931092-70-1.
- KOLCABA, Katharine (2003) – *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-1663-7.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003) - Circular Normativa N<sup>o</sup> 9/DGCG. A dor como 5<sup>o</sup> sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor Lisboa: DGS. Acedido em 02/06/2011. Disponível em: <http://www.myos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - CONSELHO DE ENFERMAGEM (2008) - *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

### Bibliografia

- McCAFFERY, M.; PASERO, C. (1999) – *Pain Clinical Manual*. 2<sup>a</sup> edição. Mosby, Inc. ISBN 0-8151-5609-X.
- MITCHELL, C. - Assessment and management of chronic pain in elderly people. *British Journal Of Nursing* (Mark Allen Publishing) [em linha], vol 10, nº5 (2001) 296-304. (2001). Acedido a 04/06/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010122613&lang=pt-br&site=ehost-live>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) – *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. [online]. (2005). Acedido em Janeiro de 2011. Disponível em: [http://prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf)
- <http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=d67d8ab4f4c10bf22aa353e27879133c>. Acedido a 04/06/2011.



---

**Apêndice VIII**

Estudo de caso: Pessoa Idosa com Dor internada na Unidade de Cuidados Intensivos

**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

II Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa Idosa

**A Pessoa Idosa com Dor internada na Unidade de Cuidados Intensivos**

Estudo de Caso

Ana Cristina Marques Abreu do Rosário de Sá Nogueira

**LISBOA 2012**

## ÍNDICE

<b>0- INTRODUÇÃO .....</b>	<b>4</b>
<b>1 - DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA .....</b>	<b>7</b>
1.1 - História de vida e história familiar .....	8
1.2 – Genograma .....	9
1.3 – Ecomapa .....	10
<b>2 – DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO DE CUIDADOS .....</b>	<b>11</b>
2.1 - História da doença actual .....	11
2.2 - Avaliação actual da pessoa idosa .....	12
2.3 - Descrição dos principais problemas da pessoa idosa e família .....	14
<b>3 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....</b>	<b>16</b>
3.1 - Processo de envelhecimento .....	16
3.2 - Doença crónica .....	18
3.3 – A pessoa idosa e a hospitalização .....	20
3.4 - Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba .....	21
3.5 – A dor na pessoa idosa .....	25
<b>4 – ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DOS ANTECEDENTES PESSOAIS .....</b>	<b>30</b>

<b>4.1 - Hipertensão arterial .....</b>	<b>30</b>
<b>4.2 – Dislipidémia .....</b>	<b>31</b>
<b>4.3 - Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC) .....</b>	<b>31</b>
<b>4.4 - Doença de Alzheimer .....</b>	<b>32</b>
<b>5 - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM / PLANO DE CUIDADOS .....</b>	<b>34</b>
<b>6 - REFLEXÃO SOBRE O CASO EM ESTUDO .....</b>	<b>38</b>
<b>7 – CONCLUSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>41</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>45</b>

## 0 – INTRODUÇÃO

A elaboração de um estudo de caso deve proporcionar o aprofundamento do conhecimento teórico-prático referente a uma situação real de cuidados de enfermagem. Constituindo uma exploração intensiva de uma simples unidade de estudo ou de um caso, como por exemplo uma pessoa, família, grupo, comunidade ou cultura (FORTIN, 1999) e tendo em conta o dinamismo e complexidade inerentes aos mesmos, constitui uma estratégia de formação que contribui de forma consistente para o desenvolvimento de competências técnico-científicas, relacionais e pedagógicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial e exprime as grandes alterações resultantes das mudanças sociais, económicas e políticas ocorridas a partir da segunda metade do séc. XX. Associado ao declínio da natalidade e ao aumento da esperança média de vida, o fenómeno do envelhecimento traduz-se numa preocupação crescente com o incremento do número de pessoas idosas e muito idosas. Cronologicamente o idoso é classificado como a pessoa com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento, que em Portugal está associada à idade de reforma (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2002).

O processo de envelhecimento, sendo inevitável, é natural e progressivo, caracterizado por um conjunto complexo de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, associado ao declínio das capacidades funcionais intrínsecas e específicas de cada indivíduo, expondo-o ao aparecimento de doenças crónicas, mentais e incapacitantes (DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS), 2004).

Associado a este processo dinâmico e irreversível que é o envelhecimento e que acarreta doenças crónicas e outras co-morbilidades, surge frequentemente outro fenómeno, igualmente complexo e multidimensional – a **Dor**, que conduz a uma maior dependência e perda de autonomia, afectando significativamente a qualidade de vida da pessoa idosa.

A dor é um fenómeno fisiológico indispensável para a integridade física do indivíduo (DGS, 2008) na medida em que, quando sentimos dor, tratando-se de um acto

consciente, o nosso organismo reage, surgindo sinais de alerta que nos induz a uma atitude de defesa, prudência e vigilância relativamente ao que nos rodeia (Le BRETON, 2007). Pode dizer-se que lhe devemos a sobrevivência como espécie, tornando no entanto, presente a fragilidade e vulnerabilidade da condição humana.

Considerando o impacto negativo na qualidade de vida da pessoa idosa, podendo conduzir a importantes limitações funcionais e sofrimento, com repercussões físicas, psicológicas, sociais e culturais, a dor deve ser encarada como uma prioridade nos cuidados de saúde de excelência, valorizando o indivíduo na sua globalidade e individualidade.

O desenvolvimento de estratégias que permitam um conhecimento profundo da pessoa idosa/família, nomeadamente a recolha criteriosa dos dados, a definição dos diagnósticos de enfermagem inerentes à problematização em estudo assim como, a planificação dos cuidados de enfermagem dirigidos e individualizados, constituem a génese para o desenvolvimento de um corpo de conhecimento próprio em enfermagem avançada permitindo deste modo, uma intervenção eficaz na tomada de decisão perante a pessoa idosa e família. Neste contexto, a realização deste estudo de caso surge no âmbito do ensino clínico realizado na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), inserido no II Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa Idosa.

O estudo de caso desenvolvido é subordinado ao tema “**A Pessoa Idosa com Dor internada na Unidade de Cuidados Intensivos**”, indo ao encontro dos meus interesses e motivações pessoais, bem como forma de desenvolvimento de competências e aprofundamento de conhecimentos no âmbito da dor na pessoa idosa, tendo em conta a complexidade e especificidade inerentes ao estadio em que se encontram no ciclo de vida.

A pessoa idosa escolhida surge no contexto de um internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), por agravamento do seu quadro clínico no pós-operatório, após cirurgia electiva por colecistite aguda.

O quadro conceptual de enfermagem que fundamenta a identificação da situação de cuidados, a sua planificação e intervenção junto da pessoa idosa é a “Teoria de Conforto” de Katharina Kolcaba que considero dar resposta à problemática em causa,

indo ao encontro da satisfação das suas necessidades nomeadamente o alívio da dor, objectivando o conforto, bem-estar e melhoria da qualidade de vida.

Como objectivos para este estudo de caso foram delineados os seguintes:

- ✚ Compreender o impacto da dor na pessoa idosa internada na UCI;
- ✚ Desenvolver a capacidade de recolha aprofundada de informação, de forma sistematizada e organizada da pessoa idosa e família;
- ✚ Identificar a situação de cuidados da pessoa idosa e família com base no quadro conceptual de enfermagem de Katharine Kolcaba;
- ✚ Apresentar a prescrição de enfermagem através do plano de cuidados tendo em conta os problemas identificados da pessoa idosa e família.

O trabalho está estruturado em quatro partes: a primeira parte contempla a descrição e avaliação da pessoa idosa bem como, a descrição dos principais problemas da pessoa idosa e família; a segunda parte engloba o enquadramento teórico onde é feito o desenvolvimento dos temas mais relevantes neste estudo de caso nomeadamente, o processo de envelhecimento, a doença crónica, a hospitalização, a teoria de conforto de Kolcaba, a dor na pessoa idosa; a terceira parte onde é feita uma breve referência à etiologia e fisiopatologia dos principais antecedentes pessoais da pessoa idosa; a quarta parte contempla a prescrição de enfermagem/plano de cuidados dirigidas à pessoa idosa, a reflexão sobre o estudo de caso e a conclusão, salientando os aspectos mais relevantes deste estudo e a sua importância no contexto da prática diária e no desenvolvimento de competências, como enfermeira especialista na abordagem à pessoa idosa e família.

# 1 - DESCRIÇÃO E AVALIAÇÃO DA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA

O processo de enfermagem é constituído por uma série de etapas e acções planeadas, dirigidas à satisfação de necessidades e à resolução dos problemas da pessoa/família, propiciando uma abordagem sistemática dos cuidados. A avaliação inicial constitui a primeira fase do processo de enfermagem devendo ser um processo sistemático, organizado e contínuo de colheita de dados, a partir de diversas fontes para avaliar o estado de saúde do doente/família (LUCKMANN e SORENSEN, 1998). Como refere NIGHTINGALE (2005), a mais importante aula prática que pode ser dada às enfermeiras é ensinar-lhes o que observar, como observar, quais os sintomas que indicam melhoras, quais os que indicam o contrário, os que têm importância e os que a não têm.

Tendo em conta estes pressupostos e orientada pela Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba foi realizada uma entrevista pessoal, através de um instrumento de colheita de dados baseado na avaliação multidimensional do idoso, que permitirá determinar a vulnerabilidade/fragilidade da pessoa idosa sob o ponto de vista clínico, fisiológico, capacidade funcional, social e mental assim como, coordenar e integrar um plano de intervenção individualizado (Anexo I).

A colheita de dados foi realizada com recurso a uma entrevista informal, semi-estruturada<sup>1</sup> à esposa e cuidadora principal, atendendo ao facto da pessoa idosa em estudo se encontrar internada em estado crítico e em coma induzido, sob efeito de sedação profunda. A observação directa e a consulta do processo clínico referente ao período de internamento hospitalar, autorizada pela Sr<sup>a</sup> Enfermeira Directora da instituição (Anexo II), constituíram de igual modo instrumentos para a colheita de dados.

Todo o processo foi antecedido de uma explicação relativamente ao projecto académico em causa, consentimento da família para a sua participação, salvaguardando os princípios éticos inerentes, nomeadamente os princípios da confidencialidade e do anonimato das fontes bem como, a não utilização dos dados para outros fins. A entrevista decorreu na UCI numa sala de reuniões, com um ambiente calmo e intimista, promovendo toda a privacidade necessária.

---

<sup>1</sup> As entrevistas semi-estruturadas tendem a ser como conversas e permitem maior flexibilidade na recolha de informação. Possibilita ao entrevistador a exploração dos problemas e questões básicos, a verificação de quão sensível ou controverso é o tema e do modo como os entrevistados conceptualizam os problemas e falam sobre eles bem como, permitem o acesso, mais directo, às opiniões e comportamentos das pessoas relativamente a um determinado assunto, GHIGLIONE (1997), POLIT e HUNGLER (1995).



<b>Dados Biográficos</b>	
Nome: A. P.	Nome preferido: A.
Idade: 76 anos	Data de nascimento: 10/01/1936
Género: Masculino	Estado Civil: Casado
Nacionalidade: Portuguesa	Naturalidade: Lisboa
Escolaridade: 4ª Classe	Profissão: Reformado
Residência: Costa da Caparica	Religião: Católica não praticante

## **1.1 – História de vida e história familiar**

O Sr. A. nasceu em Lisboa, numa família alargada, constituída pelos pais e mais quatro irmãos, já todos falecidos. Segundo a esposa, o Sr. A. era o elemento mais novo da família não tendo conhecimento de mais nenhum familiar vivo, nem de outras relações familiares. Casou-se com 20 anos e teve dois filhos, tendo emigrado para a Suécia onde viveu até o ano 1999, altura em que ficou viúvo e regressou a Portugal. O filho mais velho (56 anos) ainda vive na Suécia e o mais novo (54 anos) vive na Alemanha mas deixou de ter contacto com o pai há vários anos, pois desde sempre tiveram problemas. No entanto, já contactou o irmão no sentido de saber notícias do estado de saúde do pai.

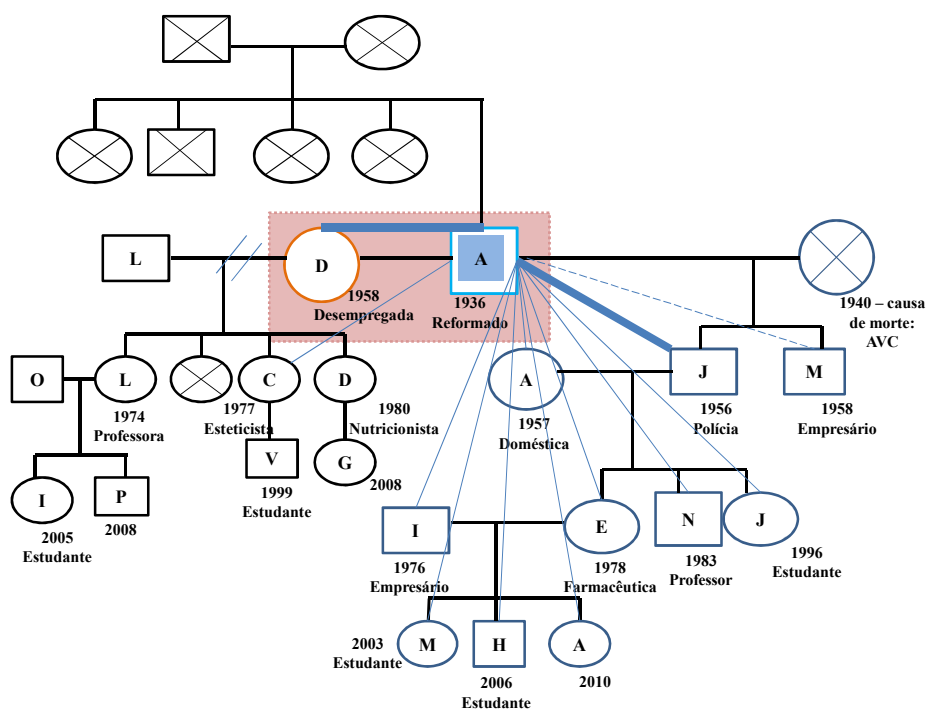
Tem três netos do filho mais velho e três bisnetos que conhece bem, pois visita-os com regularidade na Suécia.

Actualmente reformado, auferir uma reforma de 284,00€ que acumula com a reforma de 230,00€, vinda da Suécia pelo tempo que lá trabalhou na construção naval. Reside com a segunda esposa desde há 10 anos, na Costa da Caparica num apartamento no R/C, com duas assoalhadas, uma casa-de-banho, uma cozinha e uma garagem.

A esposa reside em Portugal há 12 anos mas é natural do Brasil onde exercia a profissão de Técnica de Higiene Dentária. Encontra-se desempregada desde Maio 2010, tendo trabalho até então, como cozinheira num restaurante. Casada desde os 15 anos, divorciou-se poucos anos depois tendo criado as 4 filhas sozinha. Tem 4 netos e apenas uma das filhas vive em Portugal, com quem contacto diário.

Segundo a esposa o Sr. A referia ter sido sempre saudável até aos 55 anos, altura em que lhe foi diagnosticado hipertensão arterial, dislipidemia e doença pulmonar obstrutiva crónica. Fumador crónico (cerca de 40/50 cigarros por dia), nega hábitos alcoólicos. Como outros antecedentes pessoais refere uma cirurgia a hérnia inguinal direita há mais de 30 anos. No mês de Julho do ano 2010, inicia quadro de alterações de memória, períodos de agitação, dificuldade em dormir e conduzir, com agravamento progressivo e maiores dificuldades nas actividades de vida diárias, tendo sido diagnosticado doença de Alzheimer. Desde então as suas vidas sofreram grandes alterações, com necessidade de abandonar determinados hábitos e rotinas diárias. Os passeios e a convivência com os amigos passaram a ser esporádicos, permanecendo assim a maior parte do tempo em casa. A esposa, sua cuidadora principal, refere ter tido muita dificuldade em aceitar a doença do marido, sendo ainda seguida em consulta de psicologia. Embora mencione um quadro de depressão após o diagnóstico do Sr. A., diz que actualmente está bem, sentindo-se capaz e com vontade de cuidar do marido.

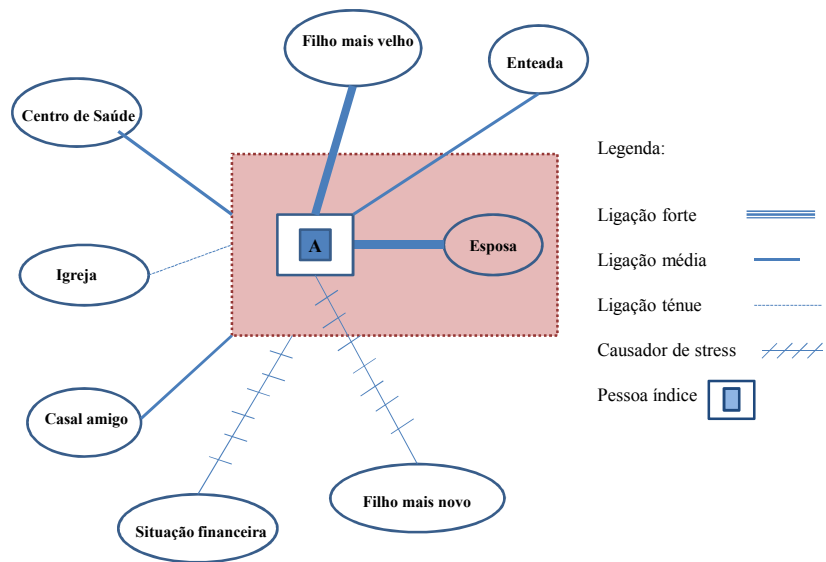
## 1.2 - Genograma



Legenda:

Homem □ Pessoa índice ■ Falecidos ⊗ ⊗ Ligação de conflito - - - -  
Mulher ○ Agregado familiar ■ Ligação muito forte ■ Ligação forte —  
Divórcio //—

### 1.3 – Ecomapa



## **2 – DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO DE CUIDADOS**

### **2.1 – História da doença actual**

O Sr. A. recorre ao Serviço de Urgência no dia 11 de Janeiro do corrente ano, com dores abdominais fortes, febre e episódios de vómitos. Apresenta bom estado geral. Realiza ecografia abdominal que confirma vesícula biliar distendida, dolorosa e com litíase, ficando internado no serviço de Cirurgia com o diagnóstico de colecistite aguda, para realização de colecistectomia electiva. Operado a 13/01 é reoperado de urgência a 14/01, por apresentar abdómen agudo, com peritonite biliar, constatando-se saída de conteúdo entérico. Efectuada lise de bridas e aderências, ressecção segmentar do delgado, anastomose funcional e toilette peritoneal. A 16/01 novo agravamento do quadro clínico com necessidade de ser reoperado por fístula biliar a partir do leito vesicular, constatando-se anastomose entérica continente. A 18/01 apresenta agravamento progressivo da função renal em contexto de sépsis, com necessidade de suporte vasoactivo a 20/01. A 28/01 por paragem respiratória sem assistolia (provável pneumonia de aspiração), inicia-se manobras de reanimação cardio-respiratória de forma eficaz, é entubado orotraquealmente e transferido para a UCI por necessidade de ventilação mecânica.

À entrada na UCI apresentava instabilidade hemodinâmica e ventilatória, com suporte vasoactivo, estado comatoso, ferida operatória aberta com evisceração tendo regressado novamente ao Bloco Operatório a 31/01 para reparação da parede abdominal e toilette peritoneal. Com perfusão de alimentação parentérica desde o 1º dia na UCI por manter fístula entérica e não apresentar trânsito intestinal. Sedoanalgesiado inicialmente com Midazolam e Alfentanil, passando depois a Remifentanil, apresentou sempre um esgar facial e alterações hemodinâmicas manifestando presença de dor intensa e dor mal controlada. Avaliação da dor utilizando a escala NVPS (Nonverbal Pain Scale) com valores entre 8 e 10. Neste contexto, foi contactada a Unidade de Dor que após avaliação do doente inicia perfusão contínua de Fentanil através de PCA (Patient Controlled Analgesia), com necessidade de bólus antes dos procedimentos e mobilizações. Para

maior controlo da dor inicia também analgesia em esquema com Paracetamol, Nolotil e Tramadol.

O Sr. A. manteve ventilação invasiva até dia 21/02 tendo sido transferido para o serviço de Cirurgia a 24/02. Durante todo o internamento na UCI recebeu a visita diária da sua esposa e filho.

## **2.2 – Avaliação actual da pessoa idosa**

Considerando que o Sr. A se manteve em coma induzido, sob efeito de sedação e analgesia em doses elevadas, não foi possível durante todo o ensino clínico estabelecer uma comunicação verbal com o mesmo. Aquando a sua transferência para o serviço de Cirurgia, embora mais acordado e com menos aporte sedativo, não reunia condições que permitissem a realização de uma entrevista. Assim, a avaliação foi efectuada mediante observação física do doente e informações adicionais fornecidas pela esposa.

Nas pessoas com doença de Alzheimer a avaliação cognitiva ou neuropsicológica é fundamental para a detecção e caracterização do défice cognitivo. Se o Sr. A reunisse condições poderia ter sido aplicado o Mini-Mental State Examination (MMSE) que consiste num breve exame do estado mental permitindo detectar alterações cognitivas e possíveis demências. Neste caso seria importante conhecer que tipo de alterações cognitivas apresentava o Sr. A no contexto da doença de Alzheimer.

À entrada no Serviço de Urgência, segundo informações no processo clínico, o Sr. A apresentava bom estado geral: consciente, orientado no espaço e no tempo, pele e mucosas coradas e hidratadas, nutrido e com integridade cutânea mantida. Segundo a esposa mede 180cm e pesa 80kg apresentando deste modo um Índice de Massa Corporal (IMC) = 24,7, classificado portanto como normal. Todavia, considerei pertinente realizar a avaliação do estado nutricional do doente através da escala Mini Nutritional Assesment (Nestlé) (Anexo III), aplicando o questionário à esposa (por impossibilidade do doente em comunicar) uma vez que se trata da cuidadora principal, que o acompanha em todas as suas actividades de vida diária, podendo fornecer informações correctas e fidedignas como se do próprio se tratasse. Assim, como resultado obteve-se uma pontuação de 20 pontos, indicando que o doente se encontra sob risco de desnutrição.

Quando transferido para a UCI, contava 17 dias de internamento hospitalar e 4 intervenções cirúrgicas. Apresentava mau estado geral, visivelmente desnutrido e emagrecido. Uma vez que se encontrava acamado não foi possível confirmar o seu peso actual e determinar o IMC. Porém, se antes de ser internado já apresentava risco de desnutrição, ao procedermos a uma nova avaliação do estado nutricional, a probabilidade de apresentar uma pontuação compatível com a desnutrição seria muito grande.

Todo este contexto e o facto de se encontrar acamado há vários dias, com edemas generalizados, aumenta significativamente o risco de úlceras de pressão na medida em que, existe alteração a nível da percepção sensorial, diminuição da mobilidade, probabilidade de haver mais humidade na pele, assim como, maior fricção e forças de deslizamento. Deste modo, foi aplicada a Escala de Braden, cuja pontuação de 11 indica alto risco de úlcera de pressão (Anexo IV).

Em relação à respiração, o Sr. A esteve conectado à prótese ventilatória durante 34 dias tendo sido transferido para a enfermaria ainda com aporte de oxigénio contínuo a 15 L/min por máscara de Venturi. Tendo em conta que se mantém ainda acamado, não tendo efectuado nenhum levante, não me foi possível avaliar o grau de dispneia durante a realização de qualquer actividade básica de vida diária. Porém, durante alguns procedimentos de enfermagem, nomeadamente a alternância de decúbitos, apresenta dispneia moderada acompanhada por vezes de baixa da saturação de oxigénio, que recupera após repouso absoluto. Constata-se portanto, uma dependência em grau elevado para as actividades básicas de vida diária, apresentando uma pontuação = 5 no Índice de Barthel (Anexo V) indicando que se encontra totalmente dependente.

Outras escalas poderiam ser utilizadas para completar a avaliação multidimensional do Sr. A nomeadamente, a Escala de Actividades de Vida Diária de Lawton e Brody que permitiriam fazer uma avaliação parcelar de acordo com cada grupo de actividades. No entanto, mesmo que fossem aplicada a escala tendo por base as suas actividades antes do internamento, estariam completamente desadequadas aquando do seu regresso a casa. Tratando-se de uma situação de doença crítica, com internamento demorado e longo período de imobilidade, as alterações físicas e psicológicas que surgem, sendo inevitáveis, condicionam de forma significativa a sua recuperação e capacidade de autonomia.

Em relação à eliminação vesical, o Sr. A mantém-se algaliado por indicação clínica e por necessidade de controlo rigoroso do balanço hídrico. Apresenta trânsito intestinal no entanto, ainda pouco regular na medida em que ainda apenas alimentação parentérica.

O decurso de internamento hospitalar do Sr. A, encontrando-se em situação crítica e em risco de vida traduziu-se num processo longo de sofrimento, gerador de grande stress, desgaste físico e emocional, com impacto negativo em todos os membros da família, em especial para a sua esposa que é a sua cuidadora principal<sup>2</sup>. Como a mesma referiu o desempenho deste papel intensificou-se de forma significativa no último ano, sendo cada vez mais exigente e cansativo na medida em que é ela a responsável pela prestação total de cuidados, ou seja, como refere SEQUEIRA (2010, p. 157), “tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar directamente a pessoa idosa que necessita de cuidados”. O aparecimento de uma síndrome demencial tem de um modo geral repercussões na vida do doente, implicando uma necessidade crescente de cuidados de outrem e constituindo uma situação complexa e um desafio para a família (SEQUEIRA, 2010). O facto de ter que cuidar de alguém com alterações cognitivas, comportamentais, de conduta social e psicológica que um doente com demência apresenta, acarreta transformações significativas a vários níveis na vida pessoal de quem cuida. No caso da esposa do Sr. A este processo foi agravado com a necessidade de internamento e complicações que surgiram. Tendo em conta estes pressupostos considereei pertinente avaliar o risco de sobrecarga do cuidador, utilizando para o efeito a Escala de Zarit, cujo score é de 37 indicando não existir sobrecarga significativa para o cuidador (Anexo VI).

### **2.3 - Descrição dos principais problemas da pessoa idosa e família**

Com base na avaliação global e diagnóstico de enfermagem efectuados, foram identificados os problemas mais significativos que podem influenciar directa ou

---

<sup>2</sup> Ao longo dos tempos a família tem assumido um papel fulcral na função de cuidar e pela manutenção da autonomia dos seus membros que necessitam de cuidados no domicílio. Constituindo um pilar fundamental no apoio e no cuidado a longo prazo (como é o caso da dependência associada à doença crónica), o cuidador informal é normalmente um membro da família ou alguém muito próximo do doente que se responsabiliza de forma directa e sistemática pelos cuidados. Em muitas situações cuida de forma solitária, sem apoio de outros membros da família (SEQUEIRA, 2010).

indirectamente as actividades de vida diária do Sr. A, alterando de forma significativa o seu bem-estar e a sua qualidade de vida. Considerando que permanecerá internado por mais algum tempo, o plano de actividades a desenvolver será inserido no contexto hospitalar e também no sentido de planear o seu regresso a casa.

O diagnóstico de enfermagem, a determinação dos focos de atenção, as atitudes e intervenções de enfermagem delineadas assim como, a validação e avaliação do mesmo, são baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão Beta 2 e norteadas pela Teoria de Conforto de Kolcaba. Assim, os principais problemas identificados foram:

- ✓ Dor em grau elevado;
- ✓ Dispneia em grau moderado;
- ✓ Auto-cuidado alterado em grau elevado: higiene, vestir-se e despir-se, posicionar-se, transferir-se, alimentar-se e uso do sanitário;
- ✓ Risco de úlcera de pressão
- ✓ Auto-controlo: Ansiedade alterado;
- ✓ Insegurança da família;
- ✓ Stress por mudança de ambiente (transferência para a enfermaria)

Tendo em conta o historial de internamento do Sr. A, a presença de dor constitui um dos diagnósticos mais relevantes, promovendo o sofrimento, angústia e desconforto, pelo que será abordado com mais pormenor, relativamente à sua etiologia a fisiopatologia, no capítulo 3.5 do enquadramento teórico.



### **3 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

#### **3.1 - Processo de envelhecimento**

O envelhecimento das populações constitui um facto comprovado mundialmente. As alterações sócio-demográficas associadas à redução das taxas de natalidade e de mortalidade conduzem ao aumento da esperança de vida e consequentemente a uma sociedade envelhecida<sup>3</sup>. Progressos técnico-científicos, educativos e sociais determinam que as pessoas vivam cada vez mais. No entanto, esta longevidade nem sempre se traduz em melhor qualidade de vida e bem-estar, acarretando repercussões na percepção do envelhecimento como fenómeno individual e social, bem como um grande impacto na sociedade e sistema de saúde.

O envelhecimento é um processo universal e contínuo que acompanha o indivíduo ao longo do seu ciclo vital tendo o seu conceito sofrido “várias mutações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época” (SEQUEIRA, 2010, p.10). Por sua vez IMAGINÁRIO (2008), diz que a principal característica do envelhecimento é o decréscimo da capacidade de resposta do nosso organismo perante as transformações que surgem no meio ambiente, traduzindo-se em desequilíbrios homeostáticos, que conduzem muitas vezes a alterações da própria personalidade.

Dada a sua complexidade é cada vez mais reconhecido como uma etapa de ganhos e perdas, de crescimento e de declínio, dando origem a alterações estruturais e funcionais do nosso organismo, que pode ser influenciado por factores genéticos e hereditários, pelos estilos de vida adoptados e pelo meio ambiente (MONIZ, 2003). Como refere BERGER (1995, p. 145) envelhecer “é um processo multidimensional que comporta

---

<sup>3</sup> Em Portugal, no ano 2001, a população idosa representava cerca de 16,5% tendo aumentando continuamente até atingir os 17,9% em 2009. Dentro da população idosa, o crescimento é mais forte nos idosos mais velhos (80 ou mais anos) que subiu de 6,9% em 2001 para 25,0% em 2009. O índice de longevidade é superior nas mulheres tendo-se elevado de 46,8% em 2001 para 49,6% em 2009, contra 42,9% nos homens. Em 2009 por cada 100 jovens com menos de quinze anos existiam 118 idosos. Estima-se que em 2048 a população idosa aumentará para 31,3% agravando-se assim o processo de envelhecimento da população portuguesa bem expresso no índice de envelhecimento de 240 idosos por cada 100 jovens (INE, 2010).

mecanismos de reparação e de destruição desencadeados ou interrompidos em momentos e a ritmos diferentes para cada ser humano” e que, sendo influenciado pelo contexto sócio-cultural em que a pessoa se insere, constrói-se de forma progressiva e é vivido de forma variável mas única por cada pessoa.

Pode assim afirmar-se, que o envelhecimento humano não é um estado mas sim um processo de desenvolvimento progressivo, impossível de datar. Afecta o indivíduo nas suas diversas estruturas (bio-psico-socio-cultural e espiritual), não sendo contudo transversal, em termos de gravidade e celeridade. Deste modo, quando falamos de uma determinada idade cronológica poderá não significar o mesmo em termos de idade biológica, psicológica e/ou social.

A concepção de pessoa idosa resulta da fixação de uma idade cronológica que são os 65 anos e as diferentes dimensões nas quais se comporta, interagindo com o ambiente em que se encontra inserida, tem vindo a sofrer alterações significativas nas últimas décadas. Actualmente, construção pessoal sobre o envelhecimento e a pessoa idosa, tende a encarar a velhice como um estadio do ciclo de vida marcado pelos estereótipos e preconceitos. A sociedade contemporânea valoriza a pessoa pela sua capacidade imediata de produzir riqueza material, situação que com o envelhecimento se vai contrariando pelas limitações e perda de capacidade funcional inerente a esta etapa da vida. É imprescindível que haja uma mudança profunda de atitudes para que possamos compreender o envelhecimento como um processo dinâmico e encarar a pessoa idosa no seu todo e tendo em conta a sua individualidade (MONIZ, 2003).

Várias foram as teorias explicativas<sup>4</sup> que surgiram nas últimas décadas e durante as pesquisas sobre o processo de envelhecimento no entanto, nenhuma oferece uma explicação total e universalmente aceite.

O processo ininterrupto e irreversível do envelhecimento acarreta limitações e vulnerabilidades para o nosso corpo que se repercutem a nível da saúde. A diminuição acentuada da capacidade de regeneração celular que induz ao envelhecimento dos tecidos, a redução das trocas energéticas que conduzem, por sua vez, à diminuição da taxa metabólica do organismo, traduzem-se em alterações anatómicas e funcionais dos

---

<sup>4</sup> Segundo SEQUEIRA (2010), as teorias que se destacam são: a Teoria Ecológica, Teoria Gerodinâmica (tem por base a teoria geral dos sistemas, a teoria do caos e a teoria termodinâmica) e as Teorias do Desenvolvimento. Menciona também as teorias que abordam as competências relacionadas com o quotidiano dos idosos: a Teoria dos Componentes, a teoria do domínio específico e a teoria da adequação ambiente/indivíduo.

principais órgãos vitais, que frequentemente comprometem a capacidade funcional do indivíduo (SEQUEIRA, 2010). Os sistemas orgânicos mais afectados são: o sistema cardiovascular (menor eficácia e rendimento cardíaco por estreitamento e endurecimento das artérias), o sistema respiratório (menor capacidade ventilatória por diminuição da elasticidade das estruturas pulmonares), sistema renal (diminuição da elasticidade e perda da massa renal levando a uma menor eficiência na eliminação de substâncias tóxicas), sistema nervoso (deterioração neurofibrilar dos neurónios, acumulação de placas senis), sistema gastrointestinal (atrofia da mucosa gástrica, deficiente absorção dos nutrientes e esvaziamento gástrico) e sistema músculo-esquelético (diminuição da elasticidade das articulações, redução da massa muscular e óssea conduzindo à diminuição da força muscular (SEQUEIRA, 2010).

As alterações biológicas que surgem com o envelhecimento têm de igual modo repercussões a nível dos sistemas sensoriais (mais frequentes a visão e a audição condicionando as actividades do quotidiano) e repercussões psicológicas e do desempenho cognitivo que se manifestam pela alteração de atitudes e comportamentos.

### **3.2 - Doença crónica**

Associado à diminuição da capacidade de resposta às situações bio-psico-sociais que caracterizam o envelhecimento, surgem com frequência as doenças crónicas<sup>5</sup> e incapacitantes que levam à perda de autonomia e à dependência do idoso. Este défice funcional conduz inevitavelmente à necessidade de apoio familiar e por vezes institucional. No entanto, embora sensível aos fenómenos da diminuição e da decadência física do idoso, a estrutura familiar contemporânea deixou de comportar o cuidado à pessoa idosa no seu ambiente comum. Este paradigma ditou uma diferente forma de envelhecer, dando ênfase ao envelhecimento com qualidade, visando a preservação da capacidade funcional ao longo do ciclo de vida.

---

<sup>5</sup> Segundo a OMS, as doenças crónicas, representam 60% do total de mortes por ano. Dos 35 milhões de pessoas que morreram de doenças crónicas, em 2005, metade tinha menos de 70 anos e mais de metade eram mulheres ([http://www.who.int/topics/chronic\\_disease/en/](http://www.who.int/topics/chronic_disease/en/)).

A perspectiva do envelhecimento activo<sup>6</sup> é baseada no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização. O processo de envelhecimento bem sucedido, contraposto ao envelhecer dependente, deve ser pensado como uma responsabilidade individual, centrada na pessoa que envelhece. Isto significa que os estilos de vida que cada um adopta, ainda que não totalmente determinantes, contribuem significativamente para um bem-envelhecer.

Com o conseqüente incremento da população idosa a nível mundial, constata-se um aumento da prevalência de doenças crónicas com maior incidência a partir dos 65 anos de idade.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) define doenças crónicas como tendo uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.

Segundo HONORÉ (2002, p. 151) “o crescimento das doenças crónicas é consequência tanto dos progressos técnicos da medicina como da sua insuficiência. Os progressos permitem uma sobrevida prolongada para um certo número de patologias, permanecendo todavia incapazes de as curar, daí a sua evolução para a cronicidade”.

As doenças crónicas representam a maior causa de morte em grande parte dos países industrializados e nos países em desenvolvimento económico, constituindo actualmente uma pandemia global alarmante, pelas complicações associadas, pela morte prematura e pelo impacto na qualidade de vida das pessoas.

Qualquer que seja o modelo de cuidados utilizado na abordagem da doença crónica, o enfermeiro conserva uma posição privilegiada, assumindo um papel determinante ao nível da promoção da saúde e da prevenção, tratamento e recuperação

---

<sup>6</sup> O termo “**envelhecimento activo**” foi adoptado pela OMS (2005) e diz respeito “ao processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”. Tratando-se de um processo que se refere ao indivíduo, não só numa perspectiva individual, mas também envolvido e fazendo parte de um grupo/comunidade, depende de vários factores e determinantes (factores determinantes transversais, factores determinantes relacionados com os serviços sociais e de saúde, factores determinantes comportamentais, factores determinantes relacionados com aspectos pessoais, factores determinantes relacionados com o ambiente físico e social e factores determinantes económicos). Estes interagem entre si, influenciam a forma e a qualidade do envelhecimento, permitindo que se identifique o potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do ciclo vital.

da doença. O enfoque deverá centra-se no doente, família e comunidade, com os quais os enfermeiros devem estabelecer relações de parceria centradas na partilha de informação e na motivação. Como refere COLLIÈRE (1989, p. 287) “o campo da competência da enfermagem, isto é, o domínio dos cuidados de enfermagem, situa-se, verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito à sua limitação ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio”.

### **3.3 – A pessoa idosa e a hospitalização**

Considerando que o fenómeno do envelhecimento demográfico, o processo de envelhecimento do Homem e as consequências inerentes aos mesmos, constitui uma realidade actual e um desafio na sociedade contemporânea, não podemos subestimar a existência de um aumento significativo das situações de doença e incapacidade associados à longevidade (CABETE, 2005). Assim se justifica e se compreende a elevada afluência de pessoas idosas aos serviços hospitalares e a procura de cuidados de saúde e profissionais diferenciados. Porém, a missão hospitalar contemporânea e a reorganização estratégica exigida actualmente, remete-nos para uma organização que oferece serviços de qualidade mas de curta duração, levando muitas vezes à prestação de cuidados pouco individualizados e a uma alta precoce.

A hospitalização “é uma experiência assustadora para doentes de todas as idades e leva a sentimentos de isolamento, solidão e ansiedade” CABETE (2005, p. 18). Para a população idosa o internamento pode representar uma situação geradora de stress e instabilidade, caracterizada pela constante ameaça à vida e ao seu bem-estar, desconforto pela exposição corporal a que estão sujeitos, perda de identidade, de autonomia e de controlo da situação, alteração da auto-imagem e perda do papel familiar e social (CABETE, 2005). Por seu lado, MONIZ (2003), refere que a hospitalização para a pessoa idosa representa uma situação de ameaça mas ao mesmo tempo um desafio. De acordo com a capacidade de adaptação, com as vivências anteriores e as representações de saúde e doença que cada indivíduo possui, a experiência da hospitalização pode ser vivenciada de diferentes formas. Porém, a concepção de que o hospital controla os

comportamentos dos utentes, despojando-os da sua identidade como pessoa e ajustando-os à cultura hospitalar, é comum a todos aqueles que reflectem sobre esta problemática.

O processo de hospitalização da pessoa idosa numa UCI é ainda mais complexo e gerador de grande stress. A necessidade de cuidados diferenciados pode ser inerente à agudização das comorbilidades intrínsecas ao próprio envelhecimento ou simplesmente, resultante de uma fatalidade, que confina o idoso a um espaço físico muito limitado, rodeado de meios tecnológicos sofisticados, diagnósticos e intervenções invasivas, essenciais à sua sobrevivência mas tornando-o ainda mais vulnerável e dependente. A situação de saúde crítica em que se encontra, muitas vezes consciente que a sua vida está em risco, conduz a pessoa idosa e família a um sentimento de perda total das suas funções e capacidades, atingindo um grau de fragilidade e dependência frequentemente irreversíveis. Por outro lado, associado ao sentimento de grande ansiedade pela gravidade da situação em que se encontram, medo e receio do que ainda poderá acontecer, deparam-se com o fenómeno da dor que inevitavelmente agrava todo o quadro, aumentando o sofrimento e desconforto da pessoa idosa e família.

Os doentes internados nas UCI's apresentam frequentemente dor e desconforto físico que, não sendo controlado, pode contribuir para o aparecimento de perturbações do sono, agitação, exaustão e desorientação, agravando significativamente a sua condição clínica (JACOBI et al, 2002). Por outro lado, a percepção individual da dor pode ser influenciada por vários factores como: as experiências anteriores de dor, a expectativa da dor, o estado emocional e processos cognitivos de cada doente. Neste contexto, é fundamental que exista uma avaliação e monitorização sistemática da dor bem como, registos consistentes que permitam documentar a situação e delinear um plano de intervenção, objectivando o alívio da dor e aumento do conforto com consequentes repercussões positivas na condição clínica do doente (JACOBI et al, 2002).

### **3.4 - Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba**

Paralelamente à doença, a pessoa idosa depara-se com o sofrimento e o desconforto, enfrentando uma situação de crise para a qual tem que desenvolver

estratégias e capacidade de adaptação. Quando a doença ou a incapacidade surgem, a pessoa desenvolve respostas intencionais ou processos corporais de adaptação, na procura do equilíbrio que leva ao conforto (VIEIRA, 2009).

Ao longo da sua história, a missão da enfermagem tem sido focalizada na compreensão da experiência do sofrimento e desconforto do doente e nas medidas desenvolvidas para aliviar esse sofrimento, promovendo o seu bem-estar e capacitando-o para que seja capaz de seguir com o seu projecto de vida.

É imprescindível que a enfermagem, enquanto disciplina do conhecimento e da prática, fundamente as suas intervenções em estruturas conceptuais e operacionalizáveis que sustentem a avaliação das necessidades das pessoas idosas, os diagnósticos efectuados, planificação e implementação dos cuidados bem como, a avaliação dos resultados que decorrem dessas intervenções.

As teorias de conforto têm assumido um papel preponderante na filosofia dos cuidados de enfermagem e o termo conforto<sup>7</sup>, que faz parte integrante da linguagem diária dos enfermeiros, é aplicado em diferentes contextos da prática. O enfermeiro é aquele que promove o conforto e fortalece o outro que está doente. Sendo um conceito desde sempre vinculado e identificado como elemento fundamental para os cuidados de enfermagem, o conforto tem vindo, ao longo dos tempos, a assumir diferentes significados de acordo com a evolução histórica, com o contexto social, cultural e religioso bem como, com a evolução técnico-científica das ciências de saúde e da disciplina de enfermagem em particular, que privilegiou o desenvolvimento e implementação dos modelos conceptuais.

Na revisão de literatura efectuada constata-se que, no início de Século XX, num período em que se previa o agravamento de problemas de saúde pública devido às alterações sócio-económicas, nomeadamente a revolução industrial e pelo reduzido efeito curativo da medicina, o conforto é assumido como o principal objectivo da enfermagem sendo determinante na avaliação das boas práticas das enfermeiras. A conservação do conforto constituía um factor determinante da habilidade e personalidade da enfermeira, sendo a primeira e a última consideração a ser feita pela enfermeira.

---

<sup>7</sup> Etimologicamente o termo conforto deriva do latim *confortāre* que significa fortalecer. É um derivado regressivo de confortar, que significa “auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, infelicidade; acto ou efeito de confortar” (Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea, 2001, p. 918).

Foram várias as teorias de enfermagem em que o conceito de conforto surge com grande relevância, quer pela perspectiva de missão e processo de ajuda ao outro, quer pela perspectiva de idoneidade, competência e resultado de cuidados com qualidade, sendo igualmente evidente em diferentes taxonomias, nomeadamente na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)<sup>8</sup>.

As referências mais precisas surgem com NIGHTINGALE, Florence (2005, p. 132), quando menciona que

“O alívio e o conforto sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são de que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia”.

A mesma autora referia ainda que o objectivo da observação não poderia nunca ser descurado, a observação não servia apenas para recolher informação mas sim, “para salvar a vida e aumentar a saúde e o conforto”, NIGHTINGALE (1859) citado por KOLCABA (2003, p. 20).

Mais tarde, outros autores também encararam o conforto como um conceito relevante nas suas teorias, nomeadamente, Jean Watson, Ida Jean Orlando, Virgínia Herderson, Madeleine Leninger, Patrícia Benner, Josephine Paterson e Loretta Zderad. As teorias de enfermagem das três primeiras contribuíram significativamente para o incremento da teoria do conforto<sup>9</sup> desenvolvido por Katharine Kolcaba que, na década de 90, se dedicou à sua conceptualização e operacionalização, dando visibilidade ao conceito de conforto inserido numa enfermagem contemporânea. A teoria de Kolcaba é centrada no estado de conforto vivido pelo doente após a intervenção de enfermagem, ou seja, para Kolcaba a

---

<sup>8</sup> Segundo a CIPE a dor “é um tipo de sensação com as características específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso, com expressão facial característica, olhos baços e apagados, olhar sofrido, alteração do tónus muscular, estreitamento do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social (...); as sensações de dor aguda são autolimitadas e funcionam como mecanismo de protecção (...), é habitualmente referida como uma sensação aguda e intensa de facada, impacto ou tormento; a dor crónica é normalmente referida como embotada, incomodativa, surda assustadora ou insuportável; pode estar associada a dificuldades no sono, irritabilidade, depressão, isolamento, desespero e desamparo (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, 2005, p. 36)

<sup>9</sup> A teoria de conforto de Katharine Kolcaba é considerada uma teoria de médio alcance uma vez que engloba um menor número de conceitos e relações, pode ser construída a partir de várias fontes, adapta-se a um vasto leque de experiências e práticas e sendo suficientemente concretas, podem ser testadas (KOLCABA, 2003).



arte da enfermagem é baseada nos cuidados de conforto que constituem um processo contínuo de actividades e intervenções por parte do enfermeiro, com a finalidade de obter um aumento no conforto e bem-estar do doente (KOLCABA, 2003). Segundo a mesma, quando em situações de cuidados de saúde preocupantes, as necessidades de conforto do indivíduo, são satisfeitas pelos enfermeiros. No entanto, considerando que este processo só fica completo com a avaliação dos resultados, desenvolveu uma estrutura taxonómica, que permite operacionalizar os resultados das intervenções de enfermagem. Neste contexto, definiu conforto como “a experiência imediata de ter alcançado as necessidades humanas básicas de tranquilidade, alívio e transcendência”, inseridos num contexto, em cuidados de saúde, “físico, psico-espiritual, social-cultural e ambiental KOLCABA, 2003, p. 14). Assim, os três estados de conforto definidos por Kolcaba são:

- ✓ “**Alívio** – estado em que uma necessidade foi feita sendo necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual;
- ✓ **Tranquilidade** – estado de calma ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente;
- ✓ **Transcendência** – estado no qual a pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar e resolver os seus problemas.

Os estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos:

- ✓ **Físico** – referente às sensações corporais;
- ✓ **Psicoespiritual** – referente à consciência de si, incluindo a auto-estima, o auto-conceito, a sexualidade e o sentido de vida;
- ✓ **Sociocultural** – referente às relações interpessoais, familiares e sociais;
- ✓ **Ambiental** – que envolve aspectos externos da experiência humana (temperatura, luz cor, barulho, mobiliário – elementos naturais ou artificiais do meio ambiente) ” (KOLCABA, 2003 p. 15).

Os pressupostos que sustentam a definição e a teoria de conforto holístico de Kolcaba são os seguintes: o conforto constitui o principal resultado para os cuidados de saúde - é o foco no paciente. O homem tem respostas holísticas perante um estímulo complexo e o conforto é o resultado, igualmente holístico e desejável, que está associado e dependente dos cuidados de enfermagem, cujas intervenções têm como objectivo a satisfação das suas necessidades básicas. Deste modo, o conforto é um resultado holístico e consequência das intervenções planeadas pelo enfermeiro tendo em conta as

necessidades do indivíduo e as variantes do contexto em que está inserido. Quando o conforto desejado é atingido, a pessoa doente sente-se mais fortalecida e capaz de se empenhar no desenvolvimento e manutenção de comportamentos e hábitos de vida saudáveis. A consequência do aumento do conforto é o compromisso por parte do indivíduo em procurar e manter comportamentos saudáveis, internos e externos, denominados na teoria de Kolcaba por *Health Seeking Behaviors* (HSB) – comportamentos de procura de saúde. Por seu lado, o conforto do enfermeiro, vendo o seu paciente com as suas necessidades satisfeitas e feliz com os cuidados de saúde, também sairá reforçado bem como, a instituição em que estão inseridos será beneficiada mantendo o bom funcionamento e as boas práticas de enfermagem (KOLCABA, 2003).

Num estudo (meta-análise) efectuado por Mary Siefert, a concepção de conforto surge como uma “dimensão ou uma componente de processos dinâmicos, experiências e conceitos como a qualidade de vida, esperança, controlo, tomada de decisão e reconciliação. A mesma autora refere que o controlo e ausência da dor são frequentemente encarados como sinónimos de conforto, enquanto a presença de dor é usada para descrever o desconforto (SIEFERT, 2002, p. 16).

O alívio da dor e do desconforto é um objectivo primordial nos cuidados de enfermagem pelo que requer uma atitude terapêutica dirigida e individualizada, com vista a abranger todos os factores que interferem com as necessidades do indivíduo visando o bem-estar e a qualidade de vida.

### **3.5 – A dor na pessoa idosa**

A dor<sup>10</sup> é uma condição inseparável da existência humana, é uma experiência universal e tem início prematuro na vida de cada um de nós. É um fenómeno complexo, subjectivo e multidimensional, difícil de apreender, definir, explicar ou medir.

Segundo LE BRETON (2007), a dor é a experiência humana mais partilhada para além da morte. O conceito de dor deve ser encarado como um complexo de elementos físicos,

---

<sup>10</sup> A palavra Dor deriva do latim *dolor* e significa sensação física desagradável, mais ou menos intensa ou violenta, provocada por um choque, uma afecção, uma alteração sofrida pelo organismo (Dicionário de Língua Portuguesa Contemporânea, 2001, p. 1308).

emocionais, sociais e espirituais, ou seja, a dor deve ser sempre considerada uma “dor total”<sup>11</sup> (a dor física encontra-se associada à dor psicológica, espiritual e social), experienciada pela pessoa e compreendida pelos que a rodeiam.

De acordo com a International Association for the Study of Pain (IASP) a dor “é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só um componente sensorial mas também um componente emocional e que se associa a uma lesão tecidual concreta, ou é descrita em função dessa lesão”, ou seja, a “dor não é apenas uma sensação mas sim um fenómeno complexo que envolve emoções e outros componentes que lhe estão associados, devendo ser encarada segundo um modelo biopsicossocial” (GONÇALVES, 2002, p.5).

SANTOS, C. e BRITES, P (2003, p. 31) referem que a dor “é uma entidade sensorial múltipla que envolve aspectos emocionais, sensoriais, culturais, ambientais e cognitivos. Estando relacionada com o ambiente cultural em que se está inserido, o seu carácter varia de pessoa para pessoa, de acordo com as experiências vividas anteriormente e as recordações das mesmas, bem como, tendo em conta a capacidade de cada indivíduo de compreender as suas causas e consequências. Apesar de todo o avanço técnico-científico verificado nas últimas décadas, não existem marcadores biológicos que permitam caracterizar objectivamente a dor assim como, não existe uma relação directa entre causa e dor. A mesma lesão pode causar dores diferentes em indivíduos diferentes ou no mesmo indivíduo em momentos diferentes, dependendo do contexto em que se está inserido nesse mesmo momento. A experiência de dor é individual, tem continuidade entre o presente e o passado, não é estática, tem intencionalidade e constitui-se na nossa actividade mental (GONÇALVES, 2002). Porém, existe uma certeza que é comum na espécie humana: quando a dor se manifesta como acontecimento consciente, o nosso corpo reage e surgem os sinais de alerta que estimulam os mecanismos de defesa, de orientação, atenção e exploração. Estudos recentes revelam que a prevalência de “dor não-aliviada nos idosos que vivem na comunidade é quase 50%, e 70% a 80% dos residentes em lares da terceira idade afirmam ter dor” (MONAHAN, 2010).

---

<sup>11</sup> O conceito de “dor total” foi desenvolvido por Cicely Saunders, nos anos 60, após o seu estudo aprofundado sobre os cuidados aos doentes em fim de vida que viriam a conduzir à evolução do conhecimento e prática da medicina no controlo da dor assim como, a uma maior preocupação sobre as necessidades sociais e de ordem prática dos doentes e suas famílias (MAGALHÃES, 2009).

Ao longo das últimas décadas várias foram as teorias<sup>12</sup> desenvolvidas no sentido de compreender o fenómeno da dor no entanto, foi a Teoria do Portão que contribuiu de forma significativa para o actual entendimento em relação ao processo da dor. De acordo com esta teoria a “dor não é uma experiência sensorial simples, mas uma integração complexa de dimensões sensoriais, afectivas e cognitivas” (MONAHAN, 2010, p. 346).

O processo pelo qual um estímulo doloroso é percebido envolve quatro fases: a Transdução, a Transmissão, a Modulação e a Percepção<sup>13</sup>. A fisiopatologia da dor inclui os processos que se julga contribuir para a dor fisiopatológica ou persistente (como o sistema nervoso central fica alterado com estímulos nocivos repetidos) e sendo assim, é a duração e o local da dor que determinam as manifestações clínicas. Neste contexto podemos encontrar vários tipos de dor: a dor nociceptiva, que resulta da actividade de fibras aferentes nociceptivas, intactas, saudáveis e que são despertadas por estímulos intensos; a dor neuropática que consiste numa dor prolongada suscitada por estímulos repetidos ou continuados que sensibilizam e alteram o sistema nervoso central; a dor somática/dor visceral que pode ter origem na pele ou no tecido subcutâneo (dor superficial), nos músculos e nos ossos (dor somática profunda) ou nos órgãos (dor visceral); dor reflexa, sentida em áreas que não as estimuladas por lesão ou doença, ocorre frequentemente por lesão ou traumatismo de órgãos viscerais e reflecte-se em superfícies cutâneas (MONAHAN, 2010).

Quanto à duração a dor pode ser caracterizada como aguda quando estamos perante um episódio transitório que funciona como um sinal de alerta mostrando que há algo que não está bem. O início é geralmente súbito e as áreas dolorosas podem, de modo geral, ser bem identificadas. A dor aguda é regra geral, acompanhada pelo

---

<sup>12</sup> Segundo MONAHAN (2010) as teorias de transmissão da dor que mais se destacaram foram: a Teoria dos Afectos (defende que a dor é uma emoção cuja intensidade depende do significado da parte envolvida), a Teoria da Especificidade (refere que os receptores específicos da dor projectam impulsos em vias dolorosas neurais até ao cérebro), a Teoria dos padrões (refere que a dor resulta de efeitos, combinados, da intensidade de estímulos e da soma de impulsos no corno dorsal da espinal medula) e a Teoria do Portão (defende que os impulsos da dor podem ser controlados por um mecanismo de entrada na substância gelatinosa do corno dorsal, espinal medula, para permitir ou inibir a transmissão).

<sup>13</sup> Os nociceptores são receptores da dor que respondem a estímulos químicos, térmicos, eléctricos ou mecânicos, através da transdução. Entre os estímulos químicos libertados por tecidos lesados encontram-se as histaminas, as bradiquininas, as prostaglandinas e os ácidos. Os impulsos da dor são transmitidos através das fibras A-delta e C à substância gelatinosa do corno dorsal da espinal medula. Vias espinais, ascendentes, na medula ventral transportam os impulsos até ao tálamo e ao córtex. Algumas vias espinais descendentes transportam impulsos inibidores da dor de volta à substância gelatinosa. Os impulsos de dor, transmitidos através das fibras A-beta, também têm um efeito supressor em impulsos transportados por fibras A-delta e C. A substância P é um neurotransmissor de impulsos da dor. As endorfinas e a serotonina são neurotransmissores de impulsos inibidores da dor (MONAHAN, 2010).

aumento da tensão muscular e por ansiedade, podendo ambas contribuir para o aumento da percepção da dor. A dor crónica pode começar como uma dor aguda mas caracteriza-se pela sua persistência para além do tempo normal de cicatrização ou cura, ou seja, entre três e seis meses. A sensação de dor pode ser mais difusa do que na dor aguda sendo por isso mais difícil para a pessoa identificar a zona específica de dor. A dor crónica é frequentemente caracterizada por estados de irritabilidade marcada que conduzem à diminuição de interesses, ao isolamento, à ruptura nas actividades de vida diárias e distúrbios do sono como também, interferência nos papéis familiares e na socialização.

Como se pode constatar são inúmeros os factores que podem influenciar a percepção da sensação dolorosa. Assim, quando nos reportamos à pessoa idosa, esta deve ser cuidada, inserida num contexto particular e único, tendo em conta factores como a vulnerabilidade, o seu papel na família e experiências anteriores que podem influenciar (positiva ou negativamente) a sua percepção da sensação de dor.

A dor é um dos elementos mais importantes da perda de qualidade de vida no idoso, no entanto, o tratamento da dor no idoso é, regra geral, deixado para segundo plano uma vez que é, frequentemente, encarada como uma fatalidade inerente ao envelhecimento. As alterações naturais mas inevitáveis que surgem gradualmente com o processo de envelhecimento, têm impacto significativo a nível funcional, dos vários órgãos e sistemas bem como, a nível social e psicológico da pessoa idosa. A dor, quando associada a este processo, tem consequências devastadoras na qualidade de vida do indivíduo, afectando de forma significativa a sua autonomia e independência, tornando-o ainda mais vulnerável a desencadear desajustes orgânicos, psicológicos e sociais. Vários estudos revelam que a dor acarreta consequências negativas para a saúde física, funcional e mental do idoso, conduzindo à depressão, distúrbios do sono, diminuição da mobilidade e actividade física, má nutrição, isolamento social e demora no processo de reabilitação.

Na pessoa idosa em situação crítica a dor constitui um importante problema com um impacto negativo no agravamento do seu quadro clínico, não sendo porém, considerada uma prioridade quando comparada com outros sinais vitais (JACOBI et al, 2002). Podendo ser causada por diferentes factores intrínsecos ao motivo de internamento (dor aguda) ou mesmo à patologia de base (dor crónica), a dor na pessoa

idosa internada em cuidados intensivos, potenciada pelo processo de envelhecimento e vulnerabilidade inerente à idade, é um factor de extrema relevância no quadro clínico do doente. Neste contexto, o papel desempenhado pelos profissionais de enfermagem, em consonância com outros profissionais, é fundamental para o desenvolvimento de estratégias e intervenções apropriadas na gestão eficaz da dor na pessoa idosa.

Assiste-se actualmente a um novo paradigma na abordagem da dor, tendo em conta a sua complexidade multifactorial, utilizando novos métodos farmacológicos e não farmacológicos, visando o controlo precoce e alívio da dor, proporcionando maior conforto ao indivíduo.

Como menciona MONAHAN (2010, p. 343) referindo-se à definição de McCaffery e Pasero de que a dor é “qualquer coisa que a pessoa diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”, mudou a prática, focando a atenção dos profissionais de saúde na subjectividade da dor. A individualização da dor e a compreensão do que ela representa para o indivíduo é fundamental para um controlo eficaz.

Na pessoa idosa em estudo (Sr. A.) a dor surge de forma intensa num contexto pós-cirúrgico e internamento na UCI, com agravamento progressivo e impacto significativo no seu quadro clínico. As sucessivas intervenções cirúrgicas e a necessidade de realização do penso diariamente, associado ao desenvolvimento de um quadro séptico e instabilidade hemodinâmica, contribuíram para o aumento da dor e difícil controlo da mesma. Por outro lado, deparamo-nos também com uma pessoa cujo limiar de dor é ténue, pois segundo a esposa, o Sr. A. sempre teve pouca tolerância à dor, queixando-se com facilidade e por pequenas coisas. Deste modo, a prescrição de enfermagem e as estratégias desenvolvidas na prestação de cuidados ao Sr. A. terão como objectivo major o controlo sintomático da dor, para que progressivamente se sinta capaz de realizar as actividades de vida diária sem dor e com o máximo de conforto, recuperando assim a sua independência e autonomia

## **4 – ETIOLOGIA E FISIOPATOLOGIA DOS ANTECEDENTES PESSOAIS**

### **4.1 - Hipertensão arterial**

Apesar dos avanços na área da fisiologia cardiovascular, a etiologia da pressão arterial elevada, na maioria dos casos, é desconhecida. A pressão arterial é controlada por um complexo conjunto de mecanismos inter-relacionados que envolvem o controlo do tónus vascular e o equilíbrio do sódio e água. De um modo geral, a hipertensão ocorre sem apresentar sintomas podendo no entanto, ser bastante lesiva para os vasos sanguíneos dos principais sistemas orgânicos. Numa fase inicial as alterações patológicas encontradas na estrutura dos vasos sanguíneos são insignificantes, contudo, ao longo do tempo a cronicidade da pressão elevada, vai provocando lesões importantes que interferem com o fluxo sanguíneo e a irrigação dos órgãos vitais. As artérias (de grande e pequeno calibre) são também afectadas tornando-se ateroscleróticas e fracas, aumentando o risco de doenças cardiovasculares, doença da artéria renal e do parênquima renal assim como, doença vascular periférica (HARRISON, 1992). Embora a hipertensão em si seja normalmente assintomática, os sintomas de lesão terminal orgânica são mais evidentes à medida que a doença progride. Uma hipertensão arterial avançada e não tratada pode dar origem a um quadro de manifestações clínicas significativas nomeadamente, cefaleias, visão embaçada, rinorragias espontâneas e depressão (MONAHAN et al, 2010). A hereditariedade e a idade são dois factores a ter também em atenção. Em geral, quanto mais idosa for a pessoa, maior a probabilidade de desenvolver hipertensão arterial. Cerca de dois terços das pessoas com idade superior a 65 anos são hipertensas, sendo este o grupo em que a hipertensão sistólica isolada é mais frequente. Segundo o INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2009) 19,8% da população em Portugal sofre de hipertensão arterial. Encontram-se como principais factores de risco a obesidade, o consumo exagerado de álcool, o sedentarismo, a má alimentação, o tabagismo e o stress.

## **4.2 - Dislipidémia**

A dislipidémia é um termo usado para designar todas as anomalias quantitativas ou qualitativas dos lípidos (gorduras) no sangue. Sendo um dos principais factores de risco da aterosclerose representa um importante factor de risco cardiovascular na medida em que, a gordura acumulada nas paredes das artérias pode levar à obstrução parcial ou total do fluxo sanguíneo que chega ao coração e ao cérebro. As dislipidémias podem manifestar-se pelo aumento dos triglicéridos, aumento do colesterol, por uma combinação dos dois factores anteriores (chamada dislipidémia mista) e também por uma redução dos níveis de HDL (lipoproteína de alta densidade). As LDL (lipoproteínas de baixa densidade) são as componentes mais aterogénicas das componentes lipídicas transportando 60 a 70% do colesterol do organismo. A dislipidémia pode ser de origem genética e hereditária, denominada dislipidémia primária, ou secundária, sendo proveniente de outros processos patológicos concomitantes como por exemplo a diabetes, a má nutrição, níveis de actividade sedentários e tabagismo (MONAHAN et al, 2010).

## **4.3 – Doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC)**

A DPOC, considerado um problema de saúde pública, é uma das principais causas de morbilidade crónica, de perda de qualidade de vida e de mortalidade, sendo responsável por um elevado número de internamentos hospitalares e tratamentos de longa duração (DIRECÇÃO-GERAL DE SAÚDE (DGS), 2005).

Tratando-se de uma doença crónica de evolução lenta, insere-se num conjunto de situações clínicas que contribuem para a limitação do fluxo aéreo e é caracterizada pela alternância entre as fases estáveis e as fases de agravamento dos sintomas, designadas exacerbações agudas.

O tabagismo constitui o principal factor causal de DPOC em mais de 90% dos doentes, provocando alterações nas vias aéreas que limitam o fluxo. Porém, apenas 15 a 20% dos grandes fumadores desenvolvem a doença, apontando deste modo, para os factores ambientais e genéticos como agentes causais adicionais (MONAHAN et al, 2010).



Os desequilíbrios nas quantidades de proteases (enzimas) e antiproteases desempenham um papel importante no desenvolvimento de DPOC na medida em que, o défice de proteases pode levar ao aumento da destruição do parênquima pulmonar. O défice de alfa 1-antitripsina (proteína sérica produzida pelo fígado normalmente encontrada nos pulmões) é a única anomalia genética conhecida que provoca DPOC e o seu principal papel é proteger os pulmões de um produto de deterioração de leucócitos chamado elastase de neutrófilos. Neste contexto, o défice de alfa 1-antitripsina conduz ao enfisema prematuro. As duas alterações fisiopatológicas são a destruição do parênquima pulmonar (característico do enfisema) e a inflamação das vias aéreas centrais (característico da bronquite aguda), sendo a consequência funcional destas anomalias a limitação do fluxo de ar expiratório (MONAHAN et al, 2010).

As alterações patológicas pulmonares conduzem a alterações fisiológicas que são características na DPOC, nomeadamente, hipersecreção de muco, disfunção ciliar, limitação do débito aéreo, hiperinsuflação pulmonar, anomalias nas trocas gasosas, hipertensão pulmonar e *cor pulmonale* (insuficiência cardíaca direita), que se desenvolvem, normalmente por ordem no processo de evolução da doença. Assim, a gravidade da DPOC é classificada em quatro estádios –estadio I, estadio II, estadio III e estadio IV - que se caracterizam pela limitação do débito aéreo que é ligeira no 1º estadio e evolui para uma limitação ventilatória muito grave no último estadio. (DGS, 2005).

As pessoas com DPOC reduzem as suas actividades de vida diária (AVD), muitas vezes de forma inconsciente, para se adaptarem aos seus sintomas respiratórios. Habitualmente só procuram ajuda médica quando confrontados com uma exacerbação dos sintomas que interferem significativamente nas AVD, resultando na diminuição da qualidade de vida.

#### **4.4 – Doença de Alzheimer**

A doença de Alzheimer é uma doença degenerativa primária do cérebro causada pela morte das células cerebrais e consequente atrofia do cérebro. Caracteriza-se pelo declínio progressivo, irreversível de funções cognitivas como a memória, o pensamento, a compreensão, o cálculo, a linguagem, a capacidade de aprender e o discernimento.

Classifica-se como demência quando estes são suficientes para prejudicar as actividades de vida diária, conduzindo à perda de autonomia do indivíduo. Sendo uma doença que afecta principalmente pessoas com mais de 50 anos, com um início insidioso e deterioração lenta, é muitas vezes associada ao processo de envelhecimento. No entanto, sabe-se que o declínio das funções cognitivas quando associadas ao envelhecimento é muito menor, surgindo de forma gradual, resultando em incapacidades menores. Na doença de Alzheimer os doentes tornam-se confusos, com alterações da personalidade, por vezes agressivos e com distúrbios de conduta e à medida que a doença evolui vão ficando cada vez mais dependentes de terceiros mesmo para a realização das actividades mais básicas (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2001).

A causa exacta da doença permanece desconhecida no entanto, é aceite pela comunidade científica como uma doença geneticamente determinada embora não seja necessariamente hereditária. Não tendo cura nem existindo ainda medicação que impeça a progressão da doença, torna-se imprescindível que a sua abordagem contemple duas variáveis: o tratamento dos aspectos comportamentais, através de terapêutica dirigida e orientação dos profissionais de saúde bem como, o tratamento dos desequilíbrios químicos que ocorrem a nível cerebral (OMS, 2001).

## 5 - PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM / PLANO DE CUIDADOS

Contexto	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
<b>FÍSICO</b>	Dor em grau elevado  NVPS (Nonverbal Pain Scale) com valores entre 8 e 10	Administrar medicação para a dor; Monitorizar a dor através da escala de dor numérica ou qualitativa; Vigiar tipo de dor; Identificar a atitude relativamente à dor; Ensinar a gestão da dor; Gerir a dor; Identificar outras técnicas não farmacológicas que possam ser utilizadas; Apoiar a pessoa; Gerir ambiente físico;	Avaliar os efeitos da medicação administrada; Avaliar a resposta psicossocial às instruções acerca da dor; Avaliar o controlo da dor;
	<b>Outcomes:</b> Controlo sintomático da dor; Alívio da dor; Aumento do conforto		
	Dispneia em grau moderado	Administrar oxigénio contínuo (actualmente a 8 L/min com FiO2 a 35% Aumentar O2 quando faz transferências e/ou outros esforços; Monitorizar a dispneia através da escala Medical Research Council Dyspnea Questionaire Vigiar a respiração; Elevar cabeceira da cama;	Avaliar resposta aos procedimentos terapêuticos
<b>Outcomes:</b> Ausência de dispneia; Aumento de conforto			

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM / PLANO DE CUIDADOS (continuação)**

<b>Contexto</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
<b>FÍSICO</b>	Auto-cuidado: Higiene alterado em grau elevado (Índice de Barthel – score 0 no item Banho)	Assistir no auto-cuidado higiene Incentivar o auto-cuidado higiene Ensinar sobre estratégias adaptativas para o auto cuidado higiene	Avaliar autonomia da pessoa para o auto-cuidado
	Auto-cuidado: Vestir-se e despir-se alterado em grau moderado (Índice de Barthel – score 0 no item Vestir-se)	Assistir no auto-cuidado vestir-se e despir-se Incentivar o auto-cuidado vestir-se e despir-se Providenciar vestuário	
	Auto-cuidado: Posicionar-se alterado em grau elevado	Assistir a pessoa no posicionamento Posicionar a pessoa Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos Ensinar, instruir e treinar sobre a técnica de posicionamento	
	Auto-cuidado: Transferir-se alterado em grau elevado (Índice de Barthel – score 0 no item Transferência cadeira-cama)	Assistir a pessoa na transferência Incentivar a pessoa a transferir-se	
	Auto-cuidado: Alimentar-se alterado em grau elevado (Índice de Barthel – score 0 no item Alimentação)	Assistir a pessoa a alimentar-se Incentivar a pessoa a alimentar-se	
	Auto-cuidado: Uso do sanitário alterado em grau moderado (Índice de Barthel – score 5 no item Controlo intestinal)	Assistir a pessoa no auto-cuidado uso do sanitário Optimizar a fralda	
	Outcomes: Melhoria a nível da mobilidade; Aumento da autonomia no auto-cuidado; Melhorar a auto-imagem; Promover o conforto		

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM / PLANO DE CUIDADOS (continuação)**

<b>Contexto</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
<b>FÍSICO</b>	Risco de úlcera de pressão (Escala de Braden – Score 11: alto risco)	Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden; Incentivar a pessoa a alternar posicionamentos; Providenciar equipamento para alívio da pressão;	Avaliar risco de úlcera de pressão através da Escala de Braden (2/2 dias e SOS) Avaliar integridade cutânea
	Outcomes: Manutenção da integridade cutânea		
<b>AMBIENTAL</b>	Stress por mudança de ambiente /transferência para a enfermaria) em grau moderado	Escutar a pessoa e a família; Apoiar a pessoa e a família;	Avaliar o grau de stress através da sua verbalização e da família
	Outcomes: Redução do grau de stress para grau reduzido		
<b>SOCIO CULTURAL</b>	Insegurança da família em grau moderado (preocupação com o futuro)	Orientar a família para o serviço social; Orientar a família para os serviços de saúde; Incentivar a comunicação;	
	Outcomes: Redução do grau de insegurança na família para grau reduzido		

**PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM / PLANO DE CUIDADOS (continuação)**

<b>Contexto</b>	<b>Diagnóstico de Enfermagem</b>	<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Avaliação</b>
<b>PSICO ESPIRITUAL</b>	Auto-controlo: Ansiedade da família alterado em grau moderado	Escutar a família; Apoiar a família; Promover uma comunicação expressiva de emoções; Informar sobre os tratamentos; Encorajar o autocontrolo ansiedade; Encorajar o envolvimento da família; Facilitar o suporte ao doente;	Avaliar
	Outcomes: Redução do grau de ansiedade da família para grau reduzido		
	Insegurança na família em grau moderado (alteração da dinâmica familiar)	Promover o envolvimento da família; Encorajar a comunicação expressiva de emoções; Incentivar a comunicação; Incentivar a tomada de decisão com conhecimento;	
	Outcomes: Redução do grau de insegurança na família para grau reduzido		

## 6 - REFLEXÃO SOBRE O CASO EM ESTUDO

A elaboração deste estudo de caso permitiu-me desenvolver várias competências relativamente à abordagem da pessoa idosa e família na sua globalidade, inserida num determinado contexto que, neste caso concreto não era o seu contexto de vida habitual. Tendo o primeiro contacto sido efectuado durante o processo de hospitalização e internamento na UCI, em que o doente se encontrava em situação crítica e em risco de vida, proporcionou-me um conhecimento mais aprofundado da pessoa/família e dos seus mecanismos de adaptação face a situações geradoras de stress. Vivenciando de uma forma mais próxima os seus medos e receios bem como, a capacidade de organização e de empenho de todos os membros da família tendo sempre como objectivo major e comum, a recuperação do seu parente, reforçou a minha consciencialização para a importância da família no equilíbrio biopsicossocial do idoso e a necessidade de a considerar ao mesmo nível de prioridade como unidade de cuidados.

A necessidade de recolha de dados de modo aprofundado, sistematizado e organizado conduziu a um conhecimento profundo da pessoa idosa/família, estabelecendo-se uma relação terapêutica gratificante que permitiu uma avaliação multidimensional da pessoa idosa, dos seus problemas e das suas necessidades. A caracterização da situação de cuidados, utilizando os métodos e escalas existentes para avaliação funcional, social e psicológica da pessoa idosa/família são fundamentais para a definição de estratégias na abordagem e prescrição de enfermagem. A definição dos diagnósticos de enfermagem, das intervenções necessárias e adequadas à situação assim como a sua implementação e avaliação contínua, privilegiando a individualidade e o contexto em que se encontram inseridos, são imprescindíveis para uma prestação de cuidados com qualidade visando o bem-estar, empowerment e melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa e família.

As pesquisas bibliográficas efectuadas e o desenvolvimento das temáticas inerentes ao estudo constituíram uma mais-valia na medida em que contribuiu para o desenvolvimento e aquisição de novos conhecimentos baseados na evidência científica, fundamentando a pertinência do estudo de caso e das acções desenvolvidas.

## 7 – CONCLUSÃO

O envelhecimento populacional a nível mundial que caracterizou as últimas décadas do séc. XX traduz-se num desafio para a realidade contemporânea, exigindo atitudes criativas e viáveis que visam a melhor qualidade de vida de toda a população. Porém, o aumento da esperança média de vida, caracterizada por uma população cada vez mais envelhecida, conduz a uma maior prevalência das doenças crónico-degenerativas e conseqüentemente maior dependência nas actividades de vida diária.

A consciencialização relativamente aos problemas dos idosos e a importância da manutenção da sua autonomia, independência e qualidade de vida deve constituir uma preocupação global e transversal a todas as disciplinas.

O processo de envelhecimento, embora universal e multifactorial, tem um carácter único e intrínseco ao indivíduo. No entanto, as alterações e deterioração fisiológica inerentes a este percurso são comuns a grande parte da população, acarretando consigo maior fragilidade e vulnerabilidade e conseqüentemente mais doença física e psíquica. Embora a doença crónica seja a mais relevante, não podemos negligenciar as situações agudas que também conduzem à hospitalização do idoso pela incapacidade resultante e défice na autonomia que outrora garantia a sua independência.

A enfermagem, como profissão de ajuda, tem na sua essência a manutenção e reposição da autonomia e independência do indivíduo tendo em conta o contexto em que se encontra inserido. A acção do enfermeiro deve ser dirigida ao indivíduo/família e comunidade, no atendimento das suas necessidades humanas fundamentais numa intervenção interpessoal fomentando a essência de cada um enquanto pessoa e promovendo o bem-estar e o conforto.

O alívio da dor e do sofrimento, que frequentemente acompanha o envelhecimento, é uma premissa fundamental nos cuidados de enfermagem contemporâneos. Sendo considerada como o 5º sinal vital, a dor é um dos elementos mais importantes no que se refere à perda da qualidade de vida. Neste contexto uma intervenção precoce e adequada no controlo e avaliação da dor é indispensável para maximizar o conforto, promovendo a autonomia, consolidando o potencial da pessoa idosa para que possa continuar no seu projecto de vida. O recurso a uma estrutura conceptual, operacionalizável, que sustente o desenvolvimento de um processo de enfermagem na sua globalidade é uma mais-valia na aquisição e aperfeiçoamento de competências específicas no cuidado à pessoa idosa e



família. O enfermeiro especialista deve assumir um papel dinamizador na construção e divulgação do saber ao nível da pessoa idosa e família.

## BIBLIOGRAFIA

- BERGER, M. Éd. (1995) – **Pessoas idosas – uma abordagem global**. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-8-7.
- CABETE, Dulce (2005) – **O Idoso, a Doença, e o Hospital: o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-89-4.
- CARRILHO, M<sup>a</sup> J.; PATRÍCIO, L. (2009) - A situação demográfica recente em Portugal. **Revista de Estudos Demográficos**. Instituto Nacional de Estatística. nº 48. (2009). 101-145.
- COLLIÈRE, Marie-Francoise (1989) - **Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Paris: Inter Edition. ISBN 972-95420-7.
- CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2005) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) Beta 2**. Lisboa: Livromédica. ISBN 972-98149-53.
- DICIONÁRIO DE LINGUA PORTUGUESA CONTEMPORÂNEA (2001) – Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa. 1º volume. Braga: Verbo. ISBN 972-22-2046-2.
- FORTIN, Marie-Fabienne (1999) – **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- GHIGLIONE, R; MATALON, B. (1997) – **O Inquérito: Teoria e prática**. 3ª ed. Oeiras: Celta Editora. ISBN 972-8027-70-2.
- GONÇALVES, A. (2002) - Aspectos Psicológicos da Dor Crónica. **Associação Portuguesa para o Estudo da Dor**. [em linha]. Vol. 10, nº 1 (2002). 5-9. ISSN 0872-4814. Acedido em: 10/06/2011. Disponível em: <http://www.aped-dor.org/index.php?lop=conteudo&op=8e296a067a37563370ded05f5a3bf3ec>.
- HARRISON, T.R. [et al] (1992) - **Medicina Interna**. 12ª edição. Rio de Janeiro. Editora Guanabara. ISBN 85-277-0023-1.
- HONORÉ, Bernard (2002) – **A Saúde em Projecto**. Loures:Lusociência.ISBN 972-8383-31-2.
- [http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns\\_vol2.pdf](http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/media/pns_vol2.pdf)
- [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/contents/en/index.htm](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.htm)

- <http://www.who.int/en/>
- [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/)
- IMAGINÁRIO, Cristina (2008) – **O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal**. Coimbra: Formasau. ISBN 978-972-8485-94-8.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2010) – **Revista de Estudos Demográficos**. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. ISSN 1645-5657.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA- Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 (2009). Lisboa. ISBN 978-972-673-845-8.
- KOLCABA, Katharine (2003) – **Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research**. Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-1663-7.
- LE BRETON, D. (2007) - **Compreender a dor**. Cruz Quebrada: Estrela Polar. ISBN: 978-972-8929-60-2.
- LENINGER, M. (1988) – **Care: the essence of nursing and health**. Detroit: Wayne State University Press. ISBN 0-8143-1994-7.
- LUCKMANN, J.; SORENSEN, K. (1998) – **Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica**. Lisboa. Lusodidacta. ISBN 9789729661068.
- MAGALHÃES, José (2009) – **Cuidar em Fim de Vida**. Lisboa: Coisas de Ler. ISBN 978-989-8218-07-0.
- MONAHAN, Frances; [et al] (2010) – **Enfermagem Médico-Cirúrgica: perspectivas de saúde e doença**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-22-2.
- MONIZ, José (2003) – **A Enfermagem e a Pessoa Idosa: a prática de cuidados como experiência formativa**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-49-5.
- NIGHTINGALE, Florence (2005) – **Notas Sobre Enfermagem: o que é e o que não é**. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-92-4.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2001) – Relatório sobre a saúde no mundo 2001: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Organização Mundial da Saúde [em linha]. (2001). Acedido em 20/02/2012. Disponível em <http://www.acs.min-saude.pt/files/2008/03/rel-mundial-sm-2001.pdf>.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2005) - **Prevenção de doenças crónicas: um investimento vital**. OMS. Acedido em: 10/05/2011. Disponível em:
- PIMENTEL, L. (2005) – **O Lugar do Idoso na Família**. 2ª edição. Coimbra: Quarteto. ISBN 989-558-051-7.

- POLIT, D.; HUNGLER, B. (1995) – **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. ISBN 85-7307-101-X.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004) - **Plano Nacional de Saúde 2004/2010: Orientações Estratégicas**. Lisboa: DGS vol II. ISBN: 972-675-110-1. Acedido em 15/06/2011. Disponível em:
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004) – **Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas**. Circular Normativa nº 12/DGCG de 02/07/2004. Acedido em 17/06/2011. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006345.pdf>.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2005) - **Programa Nacional de Combate à Obesidade**. Circular Normativa nº 03/DGCG de 17/03/2005. Acedido em 18/06/2011. Disponível em: <http://www.dgs.pt/default.aspx?>
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2004) – **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas** [em linha]. (Junho, 2004), 3. Acedido em 10/02/2011. Disponível em: [www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/...9E74.../i006346.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/...9E74.../i006346.pdf).
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2005) – Circular normativa nº 04/DGCG: **Programa nacional de prevenção e controlo da doença pulmonar obstrutiva crónica** [em linha]. (Março 2005). Acedido a 4/02/2011. Disponível em <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006907.pdf>.
- PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (2008) – Circular normativa nº 11/DSCS/DPCD: **Programa nacional de controlo da dor** [em linha]. (Junho 2008). Acedido em 4/02/2011. Disponível em <http://www.dgs.pt/>.
- SANTOS, C.; BRITES, P. (2003) – Doente Idoso com Dor: perspectiva de enfermagem. **Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica**. Lisboa. ISSN 0871-5386. Vol. XV, nº 152 (Março/Abril). 24-36.
- SEQUEIRA, Carlos (2010) – **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa: Lidel. ISBN 978-972-757-717-0.
- SIEFERT, M. (2002) – Concept Analysis of Comfort. **Nursing Forum** [em linha], Vol.37, nº 4 (Outubro/Dezembro, 2002) 16-23. Acedido em 10/06/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=11297eb3-875c-4c1d-9ece-5>.
- VIEIRA, Margarida (2009) – **Ser Enfermeiro – da compaixão à proficiência**. 2ª Edição. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN – 978-972-54-0195-8

- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) – **Active ageing: a policy framework**. [em linha]. Madrid. (Abril, 2002). Acedido a 10/06/2011. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf).

## **ANEXOS**

## Anexo I

Guia / Instrumento de colheita de dados

(Avaliação Multidimensional do Idoso)

# **AVALIAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO IDOSO<sup>14</sup>**

## **GUIA/INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

- ✓ Idade
- ✓ Sexo
- ✓ Estado Saúde e as queixas – declaração de patologias
- ✓ Estado Cognitivo e estado Emocional
- ✓ Estado Nutricional
- ✓ Locomoção – quedas/equilíbrio
- ✓ Actividades de Vida Diária
- ✓ Actividades Instrumentais de Vida
- ✓ Actividade Social
- ✓ Hábitos
- ✓ Medicação e outras terapêuticas

---

<sup>14</sup> UNIDADE CURRICULAR “Enfermagem de Cuidados ao Idoso com Doença Crónica (Apontamentos). Prof. Adriana Henriques. ESEL, 2011.



## Anexo II

Autorização para consulta do processo clínico da pessoa idosa em estudo ao Hospital  
Garcia de Orta, EPE

Almada, 8 de Novembro de 2011

Ao Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE

Exma. Sra. Enfermeira Directora Odília Neves

Assunto: Pedido de autorização para a colheita de dados no âmbito de estágio do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Médico cirúrgica.

Eu, Ana Cristina Marques Abreu do Rosário de Sá Nogueira, Enfermeira Graduada com o número mecanográfico 22750, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos, venho por este meio solicitar a autorização para a colheita de dados necessária à realização de um estudo de caso sobre um doente internado no serviço em questão, no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa Idosa, leccionado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e a ser desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos.

A colheita de dados será feita através da análise dos registos de enfermagem no sistema CIPE/SAPE, da observação directa e da realização de uma entrevista com a pessoa idosa e família.

Comprometo-me, durante a realização do estudo de caso, a salvaguardar os princípios éticos, inerentes, nomeadamente os princípios da confidencialidade e do anonimato das fontes bem como, a não utilização dos dados para outros fins.

Atenciosamente,

Ana Cristina Sá Nogueira

## Anexo III

Mini Nutritional Assessement (Nestlé) – Avaliação do Estado Nutricional



# Mini Avaliação Nutricional®

## Mini Nutritional Assessment MNA™

Sobrenome: \_\_\_\_\_ Nome: A. Sexo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Idade: 76 Peso (kg): 80 kg Altura (cm): 180 cm Leito: \_\_\_\_\_

Preencher a primeira parte deste questionário, indicando a resposta. Somar os pontos da Triagem. Caso o escore seja igual ou inferior a 1 concluir o questionário para obter a avaliação do estado nutricional.

### Triagem

- A** Nos últimos três meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir?  
 0 = diminuição severa da ingestão  
 1 = diminuição moderada da ingestão **1**  
 2 = sem diminuição da ingestão
- B** Perda de peso nos últimos meses  
 0 = superior a três quilos  
 1 = não sabe informar **2**  
 2 = entre um e três quilos  
 3 = sem perda de peso
- C** Mobilidade  
 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas  
 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa **2**  
 2 = normal
- D** Passou por algum estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses?  
 0 = sim **0** 2 = não
- E** Problemas neuropsicológicos  
 0 = demência ou depressão graves **0**  
 1 = demência leve  
 2 = sem problemas psicológicos
- F** Índice de massa corpórea (IMC = peso [kg] / estatura [m]<sup>2</sup>)  
 0 = IMC < 19  
 1 = 19 ≤ IMC < 21  
 2 = 21 ≤ IMC < 23 **3**  
 3 = IMC ≥ 23

**Escore de triagem** (subtotal, máximo de 14 pontos)  **12**

- 12 pontos ou mais normal;  
desnecessário continuar a avaliação
- 11 pontos ou menos possibilidade de desnutrição;  
continuar a avaliação

### Avaliação global

- G** O paciente vive em sua própria casa (não em casa geriátrica ou hospital)?  
 0 = não **4** 1 = sim
- H** Utiliza mais de três medicamentos diferentes por dia?  
 0 = sim **0** 1 = não
- I** Lesões de pele ou escaras?  
 0 = sim **4** 1 = não

- J** Quantas refeições faz por dia?  
 0 = uma refeição  
 1 = duas refeições **2**  
 2 = três refeições
- K** O paciente consome:  
 • pelo menos uma porção diária de leite ou derivados (queijo, iogurte)? sim  não   
 • duas ou mais porções semanais de legumes ou ovos? sim  não   
 • carne, peixe ou aves todos os dias? sim  não   
 0,0 = nenhuma ou uma resposta «sim»  
 0,5 = duas respostas «sim» **1, 0**  
 1,0 = três respostas «sim»
- L** O paciente consome duas ou mais porções diárias de frutas ou vegetais?  
 0 = não **1** 1 = sim
- M** Quantos copos de líquidos (água, suco, café, chá, leite) o paciente consome por dia?  
 0,0 = menos de três copos  
 0,5 = três a cinco copos **0, 5**  
 1,0 = mais de cinco copos
- N** Modo de se alimentar  
 0 = não é capaz de se alimentar sozinho  
 1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade **2**  
 2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade
- O** O paciente acredita ter algum problema nutricional?  
 0 = acredita estar desnutrido  
 1 = não sabe dizer **4**  
 2 = acredita não ter problema nutricional
- P** Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera a sua própria saúde?  
 0,0 = não muito boa  
 0,5 = não sabe informar  
 1,0 = boa **0, 5**  
 2,0 = melhor
- Q** Circunferência do braço (CB) em cm  
 0,0 = CB < 21  
 0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22 **1, 0**  
 1,0 = CB > 22
- R** Circunferência da panturrilha (CP) em cm  
 0 = CP < 31 **1** 1 = CP ≥ 31

**Avaliação global** (máximo 16 pontos) **1 2 0**  
**Escore da triagem**  **8**  
**Escore total** (máximo 30 pontos) **2 0 0**

### Avaliação do Estado Nutricional

- de 17 a 23,5 pontos risco de desnutrição   
 menos de 17 pontos desnutrido

Ref.: Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*, Supplement # 2:15-59.  
 Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y, editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme, vol. 1. Karger, Bâle, in press.

## Anexo IV

### Escala de Braden - Avaliação do Risco de Úlceras de Pressão

## ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: A. Serviço: UCI Nome do avaliador: \_\_\_\_\_ Idade: 76 Data da avaliação: \_\_\_\_\_  
 Cama: \_\_\_\_\_

<p><b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reacção significativa ao desconforto</p>	<p><b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.</p>	<p><b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de inquirição, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.</p>	2		
<p><b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade</p>	<p><b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é desobscado ou virado.</p>	<p><b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.</p>	<p><b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.</p>	<p><b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.</p>	3		
<p><b>Actividade</b> Nível de actividade física</p>	<p><b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.</p>	<p><b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.</p>	<p><b>3. Aida ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias; com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.</p>	<p><b>4. Aida frequentemente:</b> Aida fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.</p>	1		
<p><b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo</p>	<p><b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>2. Muito limitado:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.</p>	<p><b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.</p>	<p><b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.</p>	1		
<p><b>Nutrição</b> Alimentação habitual</p>	<p><b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido</p>	<p><b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético</p>	<p><b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo necessidades nutricionais.</p>	<p><b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.</p>	3		
<p><b>Fricção e forças de deslizamento</b></p>	<p><b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p><b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p><b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>	<p><b>4. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.</p>	1		
<b>Pontuação total</b>					<b>11</b>		

Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.

## Anexo V

### Índice de Barthel – Actividades Básicas de Vida Diária

TABELA N.º 1 ÍNDICE DE BARTHEL – ACTIVIDADES BÁSICAS DE VIDA DIÁRIA (ABVD)		
ITENS	ABVD	COTAÇÃO
ALIMENTAÇÃO	INDEPENDENTE (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	5
	DEPENDENTE	0
VESTIR	INDEPENDENTE (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	DEPENDENTE	0
BANHO	INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	DEPENDENTE	0
HIGIENE CORPORAL	INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5
	DEPENDENTE	0
USO DA CASA DE BANHO	INDEPENDENTE (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	DEPENDENTE	0
CONTROLO INTESTINAL	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5
	INCONTINENTE FECAL	0
CONTROLO VESICAL	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-lo sozinho)	10
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector)	5
	INCONTINENTE OU ALGALIADO	0
SUBIR ESCADAS	INDEPENDENTE (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	5
	DEPENDENTE	0
TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA	INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA (Ajuda mínima e supervisão)	10
	NECESSITA DE GRANDE AJUDA (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	DEPENDENTE	0
DEAMBULAÇÃO	INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarrilho, canadianas)	15
	NECESSITA DE AJUDA (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS (anda pelo menos 50 metros)	5
	DEPENDENTE	0



## Anexo VI

### Escala de Zarit para a Sobrecarga do Cuidador

# ENTREVISTA DE ZARIT PARA A SOBRECARGA DO CUIDADOR

ZARIT BURDEN INTERVIEW

---

VERSÃO PORTUGUESA DE:

M. G. Pereira & M. Sobral (2006), autorizada pelo Autor.

gpereira.sm@fcm.unl.pt

margaridasobral@hmlemos.min-saude.pt

Existe outra versão portuguesa autorizada (Sequeira, Figueiredo & Barreto, 2007):

SEQUEIRA, C. (2007). O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família. Tese de Doutoramento, I.C.B.A.S. / Universidade do Porto, Porto.

# ENTREVISTA DE ZARIT DE SOBRECARGA DO CUIDADOR

## ZARIT BURDEN INTERVIEW

Zarit, S.H., Reever, K.E., & Bach-Peterson, J. (1980).

*Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden. The Gerontologist, 20, 649-655.*

Zarit, S.H., Todd, P.A., & Zarit, J.M. (1986).

*Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. The Gerontologist, 26, 260-266.*

Gonçalves Pereira, M. (2006).

*Dados preliminares sobre a validação da Escala Burden Interview (ZARIT e col, 1985) em Portugal. In Resumos da 20ª Reunião do Grupo de Estudos do Envelhecimento Cerebral e Demências; Tomar*

Gonçalves Pereira, M., Mateos, R. (2006).

*Assessing family caregivers: a necessary step towards comprehensive interventions with families of the demented elderly. In Abstracts of the European Regional Meeting - International Psychogeriatric Association, Lisboa, 2006. Psiquiatria Clínica, suppl 1: p.47*

Sobral, M., Silva, A.R. (2006).

*"Care Program" to reduce the burden of care giving for elderly with dementia. In Abstracts of the European Regional Meeting - International Psychogeriatric Association. Lisboa, 2006. Psiquiatria Clínica, suppl 1: p. 77.*

### Instruções:

Segue-se uma lista de perguntas em relação com sentimentos ou ideias que as pessoas têm, por vezes, quando cuidam de um familiar doente. Por favor assinale, para cada pergunta, a resposta que melhor indica a frequência com que se sente dessa forma ou tem esses pensamentos ("nunca", "raramente", "algumas vezes", "bastantes vezes", "quase sempre", etc.). Não existem respostas certas ou erradas, só interessa o que melhor se aplica a si próprio(a). Muito obrigado.

1. Acha que o seu familiar pede mais ajuda do que ele(ela) realmente precisa?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

2. Acha que não tem tempo suficiente para si próprio(a), devido ao tempo que tem de dedicar ao seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

3. Sente-se em "stress" por ter de se dividir entre o cuidar do seu familiar e as suas outras responsabilidades (trabalho/família)?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

4. Sente-se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

5. Sente-se irritado(a) ou zangado(a) quando está com o seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

6. Acha que o seu familiar está presentemente a afectar, de forma negativa, a sua relação com outros membros da família ou com os seus amigos?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

7. Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

8. Acha que o seu familiar está dependente de si?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

9. Sente-se em tensão quando está com o seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

10. Acha que a sua saúde se tem ressentido por causa do seu envolvimento com o seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

11. Acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por causa do seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

12. Acha que a sua vida social se tem ressentido por estar a cuidar do seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

13. Sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

14. Acha que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pode contar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

15. Acha que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, tendo em conta todas as suas outras despesas?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

16. Acha que já não será capaz de continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

17. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu familiar apareceu?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

18. Deseja que pudesse ser uma outra pessoa a cuidar do seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

19. Sente-se indeciso(a) quanto ao que fazer com o seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

20. Acha que devia estar a fazer mais pelo seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

21. Acha que podia cuidar melhor do seu familiar?

nunca  raramente  algumas vezes  bastantes vezes  quase sempre

22. De uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado(a) por estar a cuidar do seu familiar?

absolutamente nada  um pouco  moderadamente  muito  muitíssimo

Cotação dos itens:

nunca/absolutamente nada=0

raramente/um pouco=1

algumas vezes/moderadamente=2

bastantes vezes/muito=3

quase sempre/muitíssimo=4

pontuação total = 37

Nota: alguns trabalhos consideram cotação de 1 a 5

Pontuação:

< 46 - sem sobrecarga

46 - 56 - Sobrecarga ligeira

> 56 - Sobrecarga intensa

---

**Apêndice IX**

Pedido de autorização do estudo à Enfermeira Directora da Instituição

Almada, 8 de Novembro de 2011

Ao Conselho de Administração do Hospital Garcia de Orta, EPE

Exma. Sra. Enfermeira Directora Odília Neves

Assunto: Pedido de autorização para a colheita de dados no âmbito de estágio do Mestrado em Enfermagem na área de Especialização Médico cirúrgica.

Eu, Ana Cristina Marques Abreu do Rosário de Sá Nogueira, Enfermeira Graduada com o número mecanográfico 22750, a exercer funções na Unidade de Cuidados Intensivos, venho por este meio solicitar a autorização para a colheita de dados necessária à realização do projecto de estágio a desenvolver no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa Idosa, leccionado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e a ser desenvolvido na Unidade de Cuidados Intensivos. O projecto em questão, intitulado ***“Intervenção de Enfermagem na Avaliação e Monitorização Sistemáticas da Dor na Pessoa Idosa em Situação Crítica”***, surge no contexto de uma necessidade sentida ao longo do meu percurso profissional e da prestação de cuidados, na última década, na Unidade de Cuidados Intensivos deste hospital, à pessoa idosa cuja situação crítica é frequentemente acompanhada de dor, por vezes subvalorizada, pautada pela morosidade e descontinuidade na avaliação da mesma bem como na definição de estratégias e intervenções necessárias, objectivando o seu alívio e diminuição do sofrimento. Assim, os objectivos específicos delineados para a elaboração deste projecto são:

- ❖ Desenvolver competências como enfermeira especialista na abordagem da dor na pessoa idosa em situação crítica;
- ❖ Melhorar o padrão de avaliação e monitorização sistemáticas da dor na pessoa idosa internada em situação crítica;

- ❖ Desenvolver competências clínicas especializadas, no domínio do enfermeiro especialista médico-cirúrgico, nomeadamente nos cuidados de enfermagem à pessoa idosa e família em situação crítica.

A colheita de dados será feita através da análise dos registos de enfermagem no sistema CIPE/SAPE relativamente à avaliação e monitorização da dor, dos doentes internados no ano 2011, fazendo recurso de uma grelha orientadora.

O desenvolvimento do projecto tem a orientação da Professora Emília Brito da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa bem como, a concordância e colaboração do Enfermeiro Chefe da Unidade de Cuidados Intensivos, Enfermeiro José Serra.

Considero que o projecto em causa assenta nos princípios subjacentes à missão do Hospital Garcia de Orta, EPE e pretendo que o esforço desenvolvido vá ao encontro das directivas do Plano Nacional de Saúde e do Guia de Boas Práticas de Saúde relativamente à avaliação e controlo da dor.

Comprometo-me, durante a investigação, a salvaguardar os princípios éticos, inerentes, nomeadamente os princípios da confidencialidade e do anonimato das fontes bem como, a não utilização dos dados para outros fins.

O relatório do projecto desenvolvido será disponibilizado à instituição de forma a dar a conhecer o percurso percorrido e os resultados obtidos durante o estágio.

Sem outro assunto, subscrevo-me atenciosamente,

Ana Cristina Sá Nogueira



---

**Apêndice X**

Carta informativa à equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos



Caros Colegas:

No âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa Idosa, propus-me desenvolver um projecto de intervenção intitulado “**Intervenções de Enfermagem na Avaliação e Monitorização Sistemática da Dor na Pessoa Idosa em Situação Crítica**”. Assim, o segundo ensino clínico será desenvolvido no presente serviço - Unidade de Cuidados Intensivos – e decorrerá entre os meses de Novembro 2011 a Fevereiro 2012.

Um dos objectivos específicos delineados consiste em “*Melhorar o padrão de avaliação e monitorização sistemática da dor na pessoa idosa internada em situação crítica*” e neste contexto, serão desenvolvidas algumas actividades para as quais solicito a vossa colaboração, nomeadamente:

- Análise dos registos de enfermagem relativamente à avaliação e monitorização da dor das pessoas idosas internadas na UCI entre os meses de Janeiro a Julho de 2011;
- Observação e análise das práticas de cuidados à pessoa idosa com dor, internada em situação crítica. A observação será efectuada, aleatoriamente, a 2 elementos de cada equipa.

Posteriormente, serão divulgados em acção de formação os resultados obtidos durante estas actividades.

Agradeço a vossa colaboração, comprometendo-me a salvaguardar os princípios éticos, inerentes, nomeadamente os princípios da confidencialidade e do anonimato das fontes bem como, a não utilização dos dados para outros fins.

Atenciosamente,

Ana Cristina Sá Nogueira

---

**Apêndice XI**

Reflexão e Declaração da formação “Auditoria da Qualidade”

## REFLEXÃO

### “Auditoria da Qualidade”

No início do ensino clínico na UCI, foi-me proposto pelo Enfermeiro Chefe a frequência, em contexto de trabalho, de uma formação sobre “Auditoria da Qualidade”, inserida no plano de formação em serviço e ministrada pelo Departamento de Formação e Investigação Contínua da Instituição em questão.

As preocupações com a qualidade sempre existiram, sendo de certo modo, intrínsecas à natureza humana. Na era em que nos encontramos, da globalização da economia e da competitividade, as organizações que quiserem subsistir, deverão assumir um modelo de gestão que privilegie as suas práticas pela qualidade e optimização do seu desempenho.

A qualidade constitui o motor do sucesso de qualquer organização e o desenvolvimento de uma cultura baseada na qualidade abre caminho à eficácia e eficiência organizacional (SOARES e PINTO, 2009). Todavia, para que as organizações possam assumir um compromisso com a excelência é necessário que encontrem meios para medir e demonstrar os respectivos resultados. A implementação de um sistema de gestão de qualidade surge, neste contexto, como garantia da subsistência e rentabilidade da organização (SOARES e PINTO, 2009).

Baseado nestas permissas vários Hospitais iniciaram, no ano 2000, o processo de *Acreditação ao Programa para a Melhoria da Qualidade do King’s Fund*, com o objectivo de melhorar o atendimento, a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados a nível da saúde e salvaguardar a segurança de utentes e profissionais. Mais tarde, em 2007, este programa foi substituído pelo conjunto de regulamentação que se encontra organizado em função do *Processo de Acreditação pela Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS).

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), os enfermeiros foram finalmente reconhecidos como umas das comunidades profissionais e científicas de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade (OE, 2004). Assim, a implementação dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem surgem naturalmente, permitindo uma reflexão profunda sobre o exercício profissional dos enfermeiros e garantindo a melhoria contínua dos cuidados prestados.

A adopção deste novo paradigma no exercício da profissão despoletou nos profissionais de saúde uma maior preocupação e envolvimento, traduzindo-se numa significativa mudança de comportamentos com reflexo positivo nas suas práticas. Nomeadamente, reflexão crítica sobre as

práticas, elaboração de normas de procedimento que permitiu uma uniformização de cuidados e implementação de novos sistemas de informação que permitirão definir indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem. É inserido neste contexto da prática de enfermagem, rumo à excelência no cuidar, que as auditorias (internas e externas) surgem, visando o controlo contínuo do exercício profissional bem como, da qualidade dos cuidados prestados.

O estabelecimento de planos de auditoria é condição necessária para a certificação da qualidade segundo as normas ISO (International Organization for Standardization). A auditoria consiste num processo sistemático, independente e documentado com vista a determinar se as actividades e resultados relativos à qualidade satisfazem as estruturas pré-definidas e, se estas estruturas estão efectivamente implementadas e são adequadas para alcançar os objectivos. Neste contexto, a Auditoria da Qualidade surge como uma ferramenta usada para medição da melhoria da qualidade, ou seja, surge como metodologia pedagógica para o diagnóstico organizacional, para a prevenção de não conformidades e para a melhoria contínua do desempenho organizacional (SOARES e PINTO, 2009).

Considerando que um dos objectivos do projecto de aprendizagem é a melhoria do padrão documental para avaliação e monitorização sistemática da dor na pessoa idosa em situação crítica, a realização de uma auditoria aos registos de enfermagem constituiu uma das estratégias utilizadas. Assim, a frequência desta formação permitiu-me conhecer e compreender conceitos, práticas e comportamentos necessários à realização de auditorias, segundo a norma NP EN ISO 19011:2003, permitindo a aquisição de novos conhecimentos neste âmbito e consequentemente um melhor desempenho das estratégias definidas, bem como, uma mais-valia no desenvolvimento do projecto de aprendizagem.

## **BIBLIOGRAFIA:**

- ORDEM DO ENFERMEIROS (2004) – **Divulgar - Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Lisboa. Ordem dos enfermeiros.
- PIRES, António Ramos (1993) – **Qualidade – Sistemas de Gestão da Qualidade**. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo. ISBN 972-618-077-5.
- SOARES, I.; PINTO, A. (2009) - **Sistemas de Gestão da Qualidade: Guia para a sua implementação**. Lisboa. Sílabo. ISBN 9789726185321.
- <http://www.ipq.pt/custompage.aspx?pagid=4556>
- <http://www.chks.co.uk/index.php?id=32>
- <http://www.jointcommission.org/>

---

**Apêndice XII**

Grelha para auditoria dos registos de enfermagem

**GRELHA para AUDITORIA dos REGISTOS CIPE/SAPE – DIAGNÓSTICO DOR**

Doentes	Idade	Sexo	Atitude Terapêutica		Diagnóstico Enfermagem				Status				Intervenções de Enfermagem				Escala
			S	N	S	N	UCI	Outro	LA	T	F	D	Apoiar	Execut	Massaj	Monito	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	

**LEGENDA:**

<b>S</b> - Sim	<b>LA</b> – Localização Anatômica	<b>F</b> - Frequência	<b>Apoiar</b> – Apoiar a pessoa	<b>Massaj</b> – Massajar partes do corpo	<b>NA</b> – Não se aplica
<b>N</b> - Não	<b>T</b> - Topologia	<b>D</b> – Duração	<b>Execut</b> – Executar técnica de distracção	<b>Monito</b> – Monitorizar a dor através de escala de dor	



---

**Apêndice XIII**

Resultados da 1ª auditoria dos registos de enfermagem – Apresentação dos gráficos

# Resultados da 1ª Auditoria dos Registos de Enfermagem

## Apresentação dos Gráficos

Gráfico 1

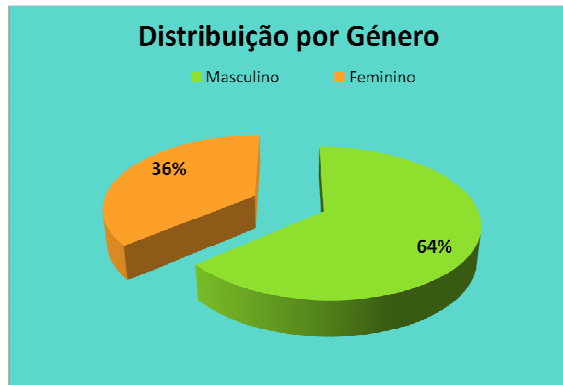


Gráfico 2

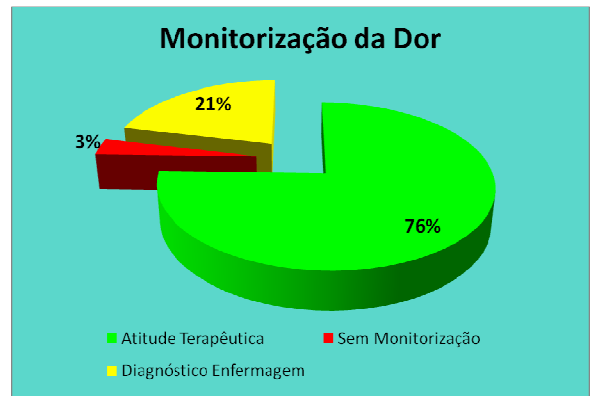


Gráfico 3

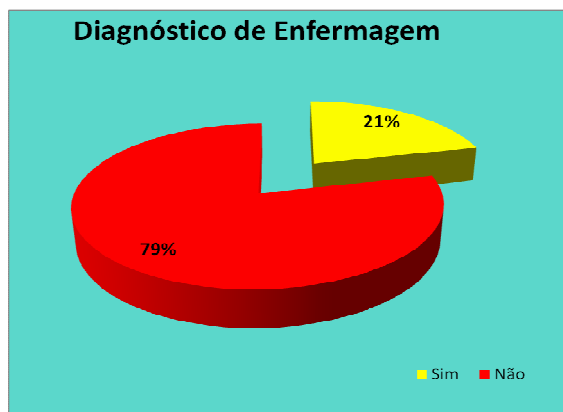
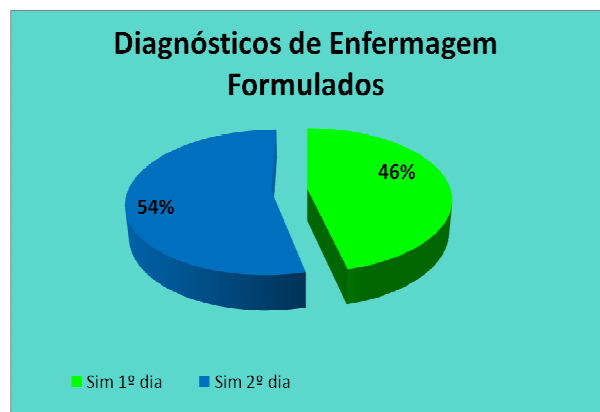
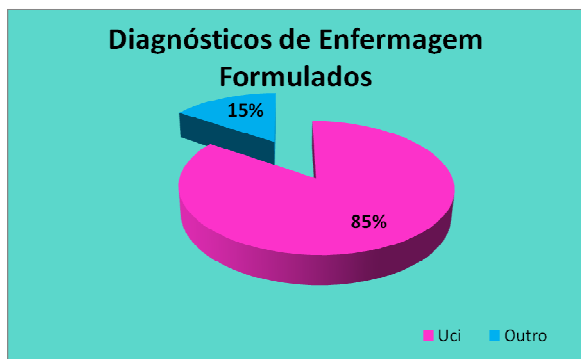


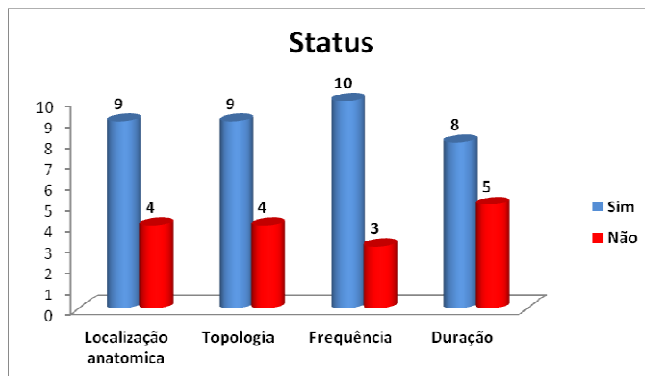
Gráfico 4



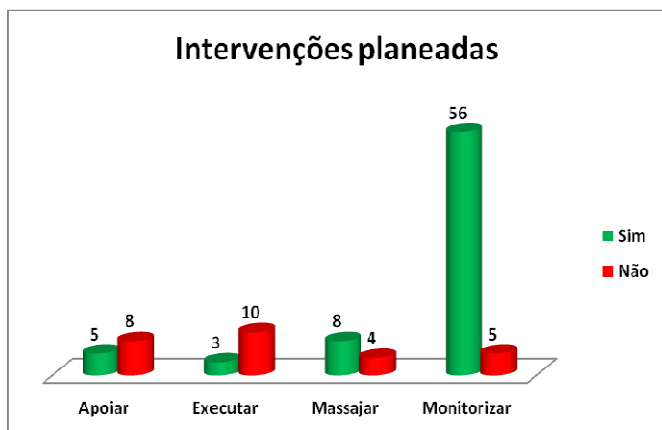
**Gráfico 5**



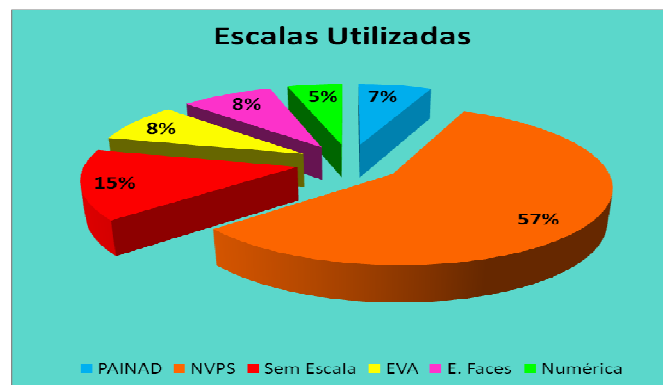
**Gráfico 6**



**Gráfico 7**



**Gráfico 8**



## ALGUMAS DEFINIÇÕES NO ÂMBITO DA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (CIPE)

Fenómeno de Enfermagem: Aspecto da saúde com relevância para a prática de enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem: Designação atribuída por uma enfermeira à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem.

Foco da Prática de Enfermagem: Área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática de enfermagem.

Status do Diagnóstico de Enfermagem Dor (no padrão documental definido na UCI) contempla quatro itens:

- ✓ **Localização Anatómica (LA)**: posição ou localização no organismo de um fenómeno de enfermagem (exemplos: olho, dedo).
- ✓ **Topologia (T)**: região anatómica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatómica de um fenómeno de enfermagem (exemplos: direito, esquerdo, parcial, total).
- ✓ **Frequência (F)**: número de ocorrências ou repetições de um fenómeno de enfermagem durante um intervalo de tempo (exemplos: intermitente, frequente).
- ✓ **Duração (D)**: intervalo de tempo durante o qual ocorre um fenómeno de enfermagem (exemplos: agudo, crónico).

Intervenção de Enfermagem: Acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem. As intervenções de enfermagem pré-definidas no padrão documental da UCI para o diagnóstico de enfermagem Dor são: Apoiar a pessoa; Executar técnica de distração; Massajar partes do corpo; Monitorizar a dor através de escala de dor.

### BIBLIOGRAFIA:

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (2005) – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP) Beta 2**. Lisboa: Livromédica. ISBN 972-98149-53.

---

**Apêndice XIV**

Grelha de observação da prática de cuidados de enfermagem

### Grelha de Observação da prática de cuidados de enfermagem – Abordagem ao doente consciente

Equipa	Enf <sup>es</sup>	Questiona ao doente existência de dor?	Realizada Intervenção?	Realizado Registo?	Reavaliação após intervenção?
A	a	Sim	Sim	Não	Não
	b	Sim	Sim	Sim	Sim
B	c	Não	Não	Não	Não
	d	Sim	Sim	Não	Não
C	e	Sim	Sim	Sim	Não
	f	Sim	Não	Não	Não
D	g	Sim	Sim	Sim	Não
	h	Não	Não	Não	Não
E	i	Não	Não	Não	Não
	j	Não	Não	Não	Não

---

**Apêndice XV**

Formação realizada na Unidade de Cuidados Intensivos

**ESEL**  
Escola Superior  
de Enfermagem  
de Lisboa

Estágio: Unidade de Cuidados Intensivos

**Intervenção de Enfermagem na Avaliação e Monitorização Sistemática da Dor na Pessoa Idosa em Situação Crítica**

Ana Cristina Sá Nogueira

Fevereiro 2012

**Intervenção de Enfermagem na Avaliação e Monitorização Sistemática da Dor na Pessoa Idosa em Situação Crítica**

**Sumário:**

- Conceitos gerais sobre a Dor
- Tipos de Dor
- Prevalência/consequência da dor nos idosos
- O idoso em situação crítica
- Directrizes Nacionais sobre a Dor
- Realidade da UCI do HGO

Ana Cristina Sá Nogueira

Fevereiro 2012

**DOR**

- ✓ Condição inseparável da existência humana;
- ✓ Fenómeno complexo, subjectivo e individual;
- ✓ É qualquer experiência que a pessoa que a sente diz que é, existindo sempre que ela diz que existe.

IASP (1994); McCAFFERY (1999)

- ✓ Experiência multidimensional desagradável;
- ✓ Envolve componente sensorial e emocional;
- ✓ Associa-se a uma lesão concreta ou potencial ou é descrita em função dessa lesão.

IASP (1994)

Ana Cristina Sá Nogueira

Fevereiro 2012

**IDOSOS/DOR**

- Diminui a socialização / Aumenta a depressão
  - Afecta o sono e o repouso
- Afecta 45% a 85% da população idosa
  - Reduz a qualidade de vida
- Compromisso cognitivo
  - Deficiência nutricional

DAVISON (2007); BARBER & GIBSON (2009); (MITCHELL, C. 2003)

Ana Cristina Sá Nogueira

Fevereiro 2012

**TIPOS DE DOR**  
Classificação de acordo com a Duração

Aguda	Crónica
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Surge de forma súbita</li> <li>✓ Associada a uma lesão tecidual</li> <li>✓ Desaparece com a erradicação da lesão</li> <li>✓ Curta duração / transitório</li> <li>✓ Função de alerta / protectora</li> <li>✓ Facilmente localizada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Associada a um estímulo ou lesão de tecido nervoso</li> <li>✓ Perdura para além da cessação de estímulo que lhe deu origem</li> <li>✓ Persiste por mais de 3/6 meses</li> <li>✓ Patológica</li> <li>✓ Longa duração e recorrente</li> </ul>

MONAHAN (2010); DGS (2003)

Ana Cristina Sá Nogueira

Fevereiro 2012

**TIPOS DE DOR**  
Classificação de acordo com a Patogénese

Nociceptiva	Neuropática
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Decorrente da estimulação dos nociceptores (células sensoriais que recebem a estimulação nervosa)</li> <li>✓ Não é contínua</li> <li>✓ Aumenta com a mobilização</li> <li>✓ Descreve-se com facilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Consequência de uma lesão ou disfunção ao nível das vias nervosas sensitivas (sistema somatosensorial)</li> <li>✓ É contínua</li> <li>✓ Dor tipo: "queimadura", "formigueiro", "picada", "choque eléctrico"</li> </ul>

MONAHAN (2010); DGS (2003)

Ana Cristina Sá Nogueira

Fevereiro 2012



**OUTROS TIPOS DE DOR**

- **Dor Irruptiva:** Exacerbação transitória de dor que ocorre numa situação de dor persistente estável  
Instala-se rapidamente, é frequente, imprevisível e de curta duração (< a 30 min)
- **Dor Mista:** Ocorrem simultaneamente componentes de dor Nociceptiva e Neuropática
- **Dor Psicogénica:** Decorre do resultado de afecções psiquiátricas ou psicossomáticas

MONAHAN (2010); DGS (2003)

Ana Cristina Sá Nogueira  
Fevereiro 2012

## Porquê Avaliar a Dor no Idoso em Situação Crítica?

Ana Cristina Sá Nogueira  
Fevereiro 2012

**Idoso em Situação Crítica**

- Mais vulnerável à dor
- A dor agrava a condição clínica
- A dor não é considerada uma prioridade
- A dor é: subvalorizada subavaliada subtratada

JACOBI (2002)

**Na UCI:**

- Descontinuidade na avaliação da dor
- Défi ce na definição de estratégias e intervenções necessárias objectivando o alívio da dor, diminuição do sofrimento e o aumento do conforto da pessoa idosa e família

Ana Cristina Sá Nogueira  
Fevereiro 2012

### DIRECTRIZES NACIONAIS

Ana Cristina Sá Nogueira  
Fevereiro 2012

### DIRECTRIZES NACIONAIS

#### DOR como 5º SINAL VITAL

- "Acreditar sempre na pessoa que sente dor"
- "Reconhecer que a pessoa é o melhor avaliador da sua dor"
- "Conhecer a história da dor"
- "Avaliar a intensidade da dor privilegiando instrumentos de auto-avaliação"
- "A intensidade da dor refere-se ao momento da sua colheita"

DGS (2003); OE (2008)

Ana Cristina Sá Nogueira  
Fevereiro 2012

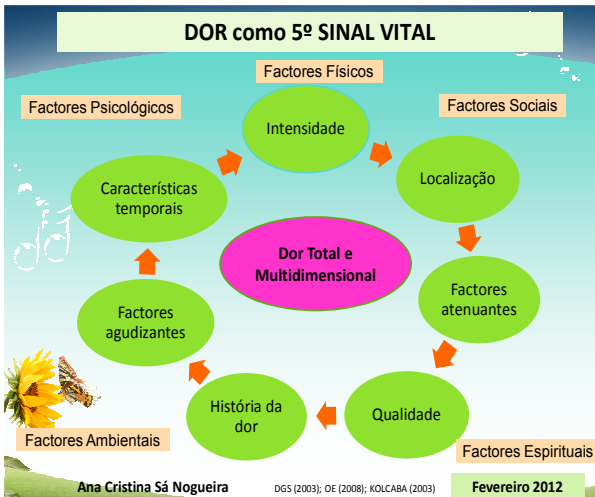
### DIRECTRIZES NACIONAIS

#### DOR como 5º SINAL VITAL

- "Assegurar a compreensão das escalas pela pessoa/cuidador/família"
- "Avaliação contínua e sistemática"
- "Utilizar a escala de avaliação adequada – deve ser sempre a mesma (excepto alteração da situação clínica)"
- "Garantir comunicação da avaliação da dor na equipa multidisciplinar"

DGS (2003); OE (2008)

Ana Cristina Sá Nogueira  
Fevereiro 2012



## Qual a Realidade na UCI do HGO?

Ana Cristina Sá Nogueira      Fevereiro 2012



### Auditoria dos Registos de Enfermagem

Grelha para Auditoria dos Registos CIPE/SAPE – Diagnóstico Dor

Doente	Idade	Sexo	Atitude Terapêutica		Diagnóstico Enfermagem			Status				Intervenções de Enfermagem				Escala		
			S	N	S	N	UQ	Outro	LA	T	F	D	Apolar	Execut	Massaj		Monito	
1																		
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		
8																		
9																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Legenda:

S - Sim	LA - Localização Anatómica	F - Frequência	Apolar - Apolar a pessoa	Massaj - Massajar partes do corpo
N - Não	T - Topologia	D - Duração	Execut - Executar técnica de distração	Monito - Monitorizar a dor através de escala de dor
NA - Não se aplica				

Ana Cristina Sá Nogueira      Fevereiro 2012

### Auditoria dos Registos de Enfermagem

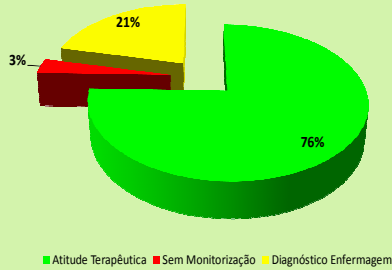
- Análise retrospectiva dos Registos de Enfermagem no período entre 1 de Janeiro e 31 de Julho de 2011
- Total – 61 doentes
- Idades compreendidas entre os 65 e os 97 anos

Ana Cristina Sá Nogueira      Fevereiro 2012



Auditoria dos Registos de Enfermagem - Resultados

Monitorização da Dor

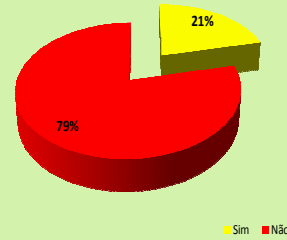


Ana Cristina Sá Nogueira

Fevereiro 2012

Auditoria dos Registos de Enfermagem - Resultados

Diagnóstico de Enfermagem

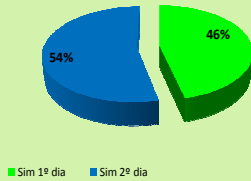


Ana Cristina Sá Nogueira

Fevereiro 2012

Auditoria dos Registos de Enfermagem - Resultados

Diagnósticos de Enfermagem Formulados

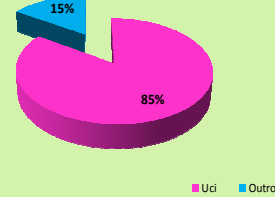


Ana Cristina Sá Nogueira

Fevereiro 2012

Auditoria dos Registos de Enfermagem - Resultados

Diagnósticos de Enfermagem Formulados

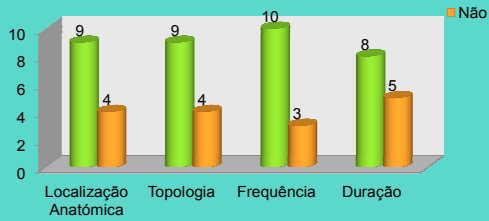


Ana Cristina Sá Nogueira

Fevereiro 2012

Auditoria dos Registos de Enfermagem - Resultados

Status

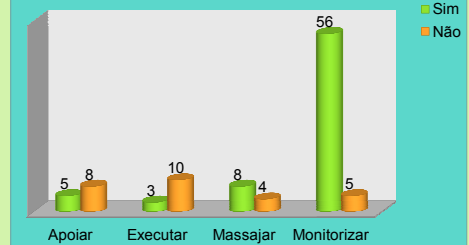


Ana Cristina Sá Nogueira

Fevereiro 2012

Auditoria dos Registos de Enfermagem - Resultados

Intervenções Planeadas



Ana Cristina Sá Nogueira

Fevereiro 2012



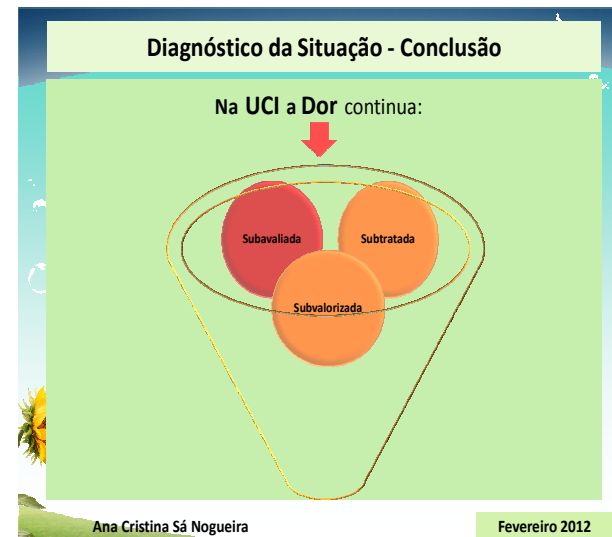
### Observação da Prática Diária dos Cuidados de Enfermagem

#### Grelha de Observação – Abordagem ao doente consciente

Equipa	Enfªs	Questiona existência de dor?	Intervenção?	Registo?	Validação após intervenção?
A	a	Sim	Sim	Não	Não
	b	Sim	Sim	Sim	Sim
B	c	Não	Não	Não	Não
	d	Sim	Sim	Não	Não
C	e	Sim	Sim	Sim	Não
	f	Sim	Não	Não	Não
D	g	Sim	Sim	Sim	Não
	h	Não	Não	Não	Não
E	i	Não	Não	Não	Não
	j	Não	Não	Não	Não

Ana Cristina Sá Nogueira  
Fevereiro 2012

- ### Diagnóstico da Situação - Conclusões
- Na UCI:**
- ✓ A monitorização da dor é feita maioritariamente como “Atitude Terapêutica”;
  - ✓ Não existe registo sistemático das escalas utilizadas na monitorização da dor na pessoa idosa em situação crítica;
  - ✓ Não existe continuidade no controlo da dor;
  - ✓ Défice nas intervenções independentes planeadas para alívio da dor e aumento do conforto;
  - ✓ Não existe avaliação e monitorização sistemática da dor.
- Ana Cristina Sá Nogueira  
Fevereiro 2012



- ### Sugestões para melhoria das Boas Práticas
- #### Alteração do Padrão dos Registos de Enfermagem CIPE/SAPE:
- Inclusão da avaliação da Dor na “Avaliação Inicial”;
  - Monitorizar/Vigiar a Dor - 2x/turno;
  - Inclusão das Escalas de Avaliação mais utilizadas no padrão documental;
  - Referência da avaliação da dor na passagem de turno;
  - Promover a comunicação interdisciplinar sobre a monitorização da dor na pessoa idosa em situação crítica;
  - Valorizar os registos como forma de dar visibilidade aos cuidados de enfermagem.
- Ana Cristina Sá Nogueira  
Fevereiro 2012

### BIBLIOGRAFIA

- \* BARBER, J.; GIBSON, S. (2009) – Treatment of chronic non-malignant pain in the elderly: safety considerations. *Drug Safety: An International Journal of Medical Toxicology and Drug Experience* [em linha]. Vol 32 nº 6 (Janeiro 2009) p. 457-474.
- \* DAVISON, S. (ned use of sedatives and analgesics in the critically ill adult. *Critical Care* 2007) – Chronic Kidney Disease: psychosocial impact of chronic pain. *Geriatrics*. [em linha] vol 62, nº 2 (Fevereiro 2007) p. 17-23.
- \* JACOBI, J., [et al] (2002) – Clinical practice guidelines for the sustaire Medicine. 30. 41-119.
- \* INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN (2008) – *Pain Management for Older Adults – A self Help Guide*. IASP Press. ISBN 978-0-931092-70-1.
- \* KOLCABA, Katharine (2003) – *Comfort Theory and Practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company. ISBN 0-8261-1663-7.
- \* PORTUGAL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2003) - Circular Normativa Nº 9/DGCG. A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor Lisboa: DGS. Acedido em 02/06/2011. Disponível em: <http://www.mysos.pt/downloads/circular5sinalvital.pdf>
- \* ORDEM DOS ENFERMEIROS - CONSELHO DE ENFERMAGEM (2008) - *Dor: guia orientador de boa prática*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- \* McCAFFERY, M.; PASERO, C. (1999) – *Pain Clinical Manual*. 2ª edição. Mosby, Inc. ISBN 0-8151-5609-X.
- \* MITCHELL, C.- Assessment and management of chronic pain in elderly people. *British Journal Of Nursing* (Mark Allen Publishing) [em linha], vol 10, nº5 (2001) 296-304. (2001). Acedido a 04/06/2011. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010122613&lang=pt-br&site=ehost-live>
- \* WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005) – *Envelhecimento Activo: uma política de saúde*. [online]. (2005). Acedido em Janeiro de 2011. Disponível em: [http://prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf)
- \* <http://www.aped-dor.org/index.php?lng=conteudo&op=d67d8ab44c10df22aa353e27879133c>. Acedido a 04/06/2011.

Ana Cristina Sá Nogueira  
Fevereiro 2012

---

**Apêndice XVI**

Resultados da 2ª auditoria dos registos de enfermagem – Apresentação dos gráficos

# Resultados da 2ª Auditoria dos Registos de Enfermagem

## Apresentação dos Gráficos

Gráfico 1

### Distribuição por Género

■ Masculino ■ Feminino

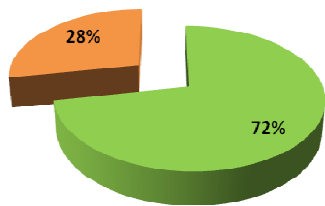


Gráfico 2

### Monitorização da Dor

■ Atitude Terapêutica ■ Sem Monitorização ■ Diagnóstico Enfermagem

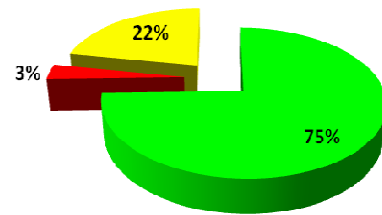


Gráfico 3

### Diagnóstico de Enfermagem

■ Sim ■ Não

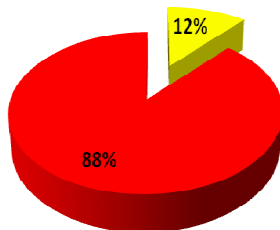
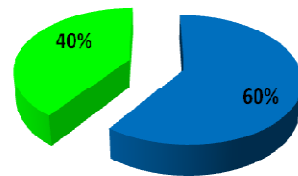


Gráfico 4

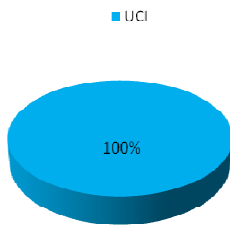
### Diagnósticos de Enfermagem Formulados

■ Sim 1º dia ■ Sim 2º dia



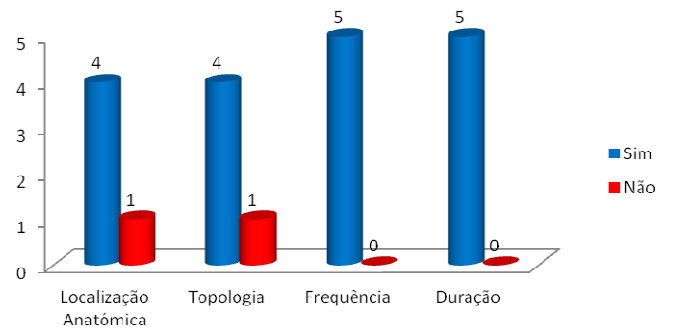
**Gráfico 5**

**Diagnósticos de Enfermagem Formulados**



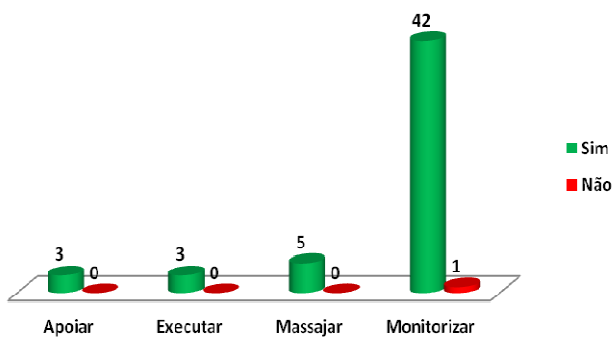
**Gráfico 6**

**Status**



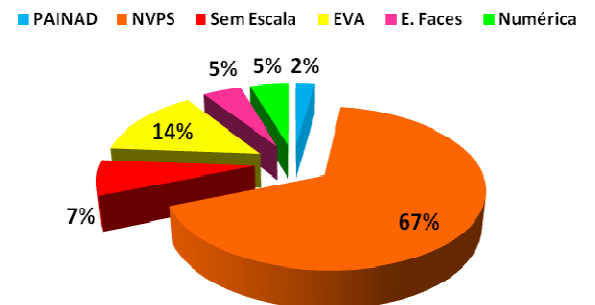
**Gráfico 7**

**Intervenções Planeadas**



**Gráfico 8**

**Escalas Utilizadas**



---

**Apêndice XVII**

Norma de Procedimento para PCA





## NORMA DE PROCEDIMENTO CÓDIGO DO SERVIÇO/UNIDADE – 3XXX

NOG Nº 2XXX  
OU  
NPG Nº 1XXX  
OU

### APROVAÇÃO

<b>ASSUNTO:</b>	Funcionamento do aparelho para PCA – Patient Controlled Analgesia
<b>FINALIDADE:</b>	Uniformizar procedimentos na manipulação e programação do aparelho para PCA
<b>DESTINATÁRIOS:</b>	Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos
<b>PALAVRAS-CHAVE:</b>	Enfermeiros; PCA; Funcionamento

Autor (es)	Ana Cristina Sá Nogueira	Data de elaboração	14/02/2012
Verificação C. Qualidade		Data de Verificação	
Aprovação		Data de Aprovação	
Divulgação		Data de Divulgação	
Versão		Data de Revisão	

## DESCRIÇÃO:



Os aparelhos para PCA encontram-se disponíveis na Unidade de Dor e no Bloco Operatório.

São dois os sistemas utilizados nos aparelhos para PCA e disponíveis no Armazém. Embora se distingam pela cor: transparente e amarelo, ambos podem ser usados para o mesmo fim, no entanto, o sistema amarelo é habitualmente usado para via Epidural (porque é maior), enquanto o transparente é mais utilizado para via Intravenosa.

A programação da concentração a utilizar na PCA depende do tipo de fármaco prescrito. Assim, podemos programá-lo para miligramas (mg), microgramas (mcg) e mililitros (ml).

Exemplos: Tramadol e Morfina – mg

Fentanil – mcg

Ropivacaína – ml

A estabilidade destes analgésicos/estupefacientes, após diluição no balão de soro fisiológico (100 ml), é de 15 dias.

**DESCRIÇÃO:**

	<b>Mensagem no Visor do Aparelho</b>	<b>Acção</b>
1		Colocar 2 pilhas 1,5 volts na base do aparelho.
2		Ligar a máquina à corrente. Colocar o balão ligado ao sistema e encaixá-lo na parte lateral direita do aparelho até fazer um click. O click indica que o sistema está bem adaptado.
3		Pressionar o botão <b>ON</b> para ligar o aparelho.
4	"No internal batt / no power / alarm available / enter to confirm"	Carregar em <b>YES</b> .
5	Current therapy: pain management. Use current".	Carregar em <b>YES</b> .
6	"1 – Review/Resume": Rever programa "2 – New Container": Substituir o balão "3 – New Program": Novo programa "4 – Change Program": Alterar programa	Escolher a opção pretendida. Quando se pretende programar a PCA desde o início, carregar no botão com o nº 3 para apagar todo o programa anterior e histórico do aparelho. Deve ser feito sempre que se muda de paciente.
7	"1 – Continuous": Perfusão contínua "2 – Bolus only": Apenas bólus "3 – Continuous + Bolus": Perfusão contínua + bólus	Escolher a opção pretendida carregando no botão correspondente ao respectivo nº.
8	"1 – Select mg/ml": Tramal / Morfina "2 – Select mcg/ml": Fentanil "3 – Select ml": Ropivacaína	Escolher a unidade de concentração do fármaco, de acordo com a prescrição, carregando no nº da opção pretendida.
9	"Concentration": Concentração	Introduzir o valor correspondente à concentração do analgésico (ex: 1 mg/ml). No caso de existirem dois fármacos no mesmo balão (ex: analgésico + anti-hemético), considera-se sempre a concentração correspondente ao analgésico major. No final carregar em <b>YES</b> .

**DESCRIÇÃO:**

	<b>Mensagem no Visor do Aparelho</b>	<b>Acção</b>
<b>10</b>	Set Rate”: Definir ritmo de perfusão	Perfusão contínua: colocar o valor de perfusão prescrito. O aparelho assume de imediato o valor inserido ou, se necessário pode arredondá-lo (por excesso ou por defeito – confirmar com o médico). No final carregar em <b>YES</b> .
<b>11</b>	Program a Loading Dose?”: Programar dose de carga?	Carregar em <b>NO</b> . Actualmente o software do aparelho não está programado para Loading Dose.
<b>12</b>	“Set Bolus Dose”: Definir dose de bólus	Inserir valor da dose de bólus prescrito e carregar em <b>YES</b> .
<b>13</b>	“Bolus Lock Out”: Definir o tempo entre os bólus	Inserir o valor prescrito e carregar em <b>YES</b> .
<b>14</b>	“1 – 4 hour limit 2 – 1 hour limit 3 - # boluses/hour 4 – no limit sel”: Definir o tempo de funcionamento do aparelho	Seleccionar a última opção carregando no botão <b>4</b> .
<b>15</b>	“Container size”: Volume total do balão	Introduzir valor correspondente ao volume total do balão. Automaticamente aparece no visor o volume total = 100 ml, cuja correcção (se necessário) se deve confirmar. Carregar em <b>YES</b> .
<b>16</b>	“Air sensitivity: 1 – On 2 – 2 ml 3 – Off”: Definir sensibilidade do aparelho	Seleccionar opção <b>2</b> .
<b>17</b>	“Program Review”: Rever o programa	Confirmar o programa definido carregando no botão com seta para baixo. No final carregar em <b>YES</b> .
<b>18</b>	“Prime the set”: Salvar o programa	Carregar em <b>YES</b> .
<b>19</b>		Carregar em <b>PURGE</b> para expurgar o sistema (manter pressão contínua no dedo).

**DESCRIÇÃO:**

<b>Mensagem no Visor do Aparelho</b>		<b>Acção</b>
<b>20</b>	“Disconnect from patient now”: Desconectar o sistema do paciente	Se o sistema estiver conectado ao paciente deve ser desconectado neste momento.
<b>21</b>		Carregar no <b>PURGE</b> até terminar de expurgar o sistema.
<b>22</b>	“Prime complete?”: Sistema Expurgado?	Carregar em <b>YES</b> e conectar o sistema ao paciente.
<b>23</b>		Carregar em <b>START</b> para iniciar perfusão.

<b>Mudança do Balão</b>		
<b>Mensagem no Visor do Aparelho</b>		<b>Acção</b>
<b>1</b>		Carregar em <b>STOP</b> .
<b>2</b>		Carregar em <b>CHANGE</b> .
<b>3</b>		Substituir o balão.
<b>4</b>	“1 – Review/Resume: Rever programa 2 – New Container: Substituir balão 3 – New Program: Novo programa 4 – Change Program: Alterar programa”	Seleccionar opção <b>1</b> .  Carregar em <b>START</b> .  (Quando não se cumpre esta mudança o aparelho não assume o balão novo e alarma, indicando erro).