



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CUIDADOS PALIATIVOS NA COMUNIDADE

um futuro

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Comunitária

Por Jacinta de Fátima Vicente Pires Rente da Silva e Sousa

PORTO, Março de 2011



CATÓLICA
UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO
↳ Instituto de Ciências da Saúde

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CUIDADOS PALIATIVOS NA COMUNIDADE

um futuro

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem Comunitária

Por Jacinta de Fátima Vicente Pires Rente da Silva e Sousa

Sob orientação da Professora Coordenadora Norminda Gomes Vale Magalhães

PORTO, Março de 2011

RESUMO

Os progressos científicos e sociais que têm ocorrido desde o século XX permitiram um aumento da longevidade, dando origem a um aumento das doenças crónicas não transmissíveis, em que a morte começou a surgir no final de uma doença crónica evolutiva mais prolongada. O facto de se viver mais anos não implicou um fim de vida com qualidade, uma vez que a morte era encarada como um fracasso para os profissionais de saúde e não como algo natural da própria vida, gerando uma certa desumanização pela busca da cura.

Com base nesta tendência desumanizante da medicina foram desenvolvidos os Cuidados Paliativos. Actualmente tal filosofia de cuidados é conhecida e divulgada, sendo o acesso a tal prática específica ainda um pouco assimétrica, mesmo a nível europeu e a nível mundial.

Na actual organização do Serviço Nacional de Saúde a comunidade é encarada como uma área que detém potencialidades para a promoção dos Cuidados Paliativos, uma vez que ele preconiza que é primordial o desenvolvimento mais estruturado dos Cuidados Paliativos domiciliários, perante o valor que estes acrescentam quanto à proximidade de serviços e em atender à vontade dos utentes em permanecerem no domicílio. De acordo com tal prioridade estabelecida e tendo em conta o diagnóstico de saúde realizado aos utentes/cuidadores abrangidos pelas equipas de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde da Maia e aos respectivos profissionais de saúde foram desenvolvidos projectos de intervenção. Um dos projectos direccionou-se para a promoção da qualidade de vida quer dos utentes quer dos cuidadores, com o intuito em colmatar as necessidades identificadas, que se revelam ser um requisito para a intervenção dos Cuidados Paliativos na comunidade. A família e outros cuidadores, sendo parte integrante do utente uma vez que correspondem às pessoas afectivamente significativas, detêm um papel primordial no apoio aos utentes com doença avançada e progressiva em estadio terminal que sofrem com tal impacto. Nesta fase a família deve ser encarada como prestadora e receptora de cuidados. Os Cuidados Paliativos atendem aos efeitos transversais que os cuidados médicos podem gerar nas pessoas que rodeiam o utente, sendo fundamental direccionar os profissionais de saúde e técnicos a incluir a família no plano de cuidados desenhado, avaliando frequentemente o seu nível de stress e identificando problemas que possam ser resolvidos pela interacção com todos os recursos existentes, quer com os profissionais de saúde quer com outros recursos identificados como necessários para tal situação.

Para que essa actuação se desenvolva é essencial promover formação e treino especializado aos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, no que diz respeito às áreas fundamentais dos Cuidados Paliativos. Consequentemente foi desenvolvido um projecto para se promover e aplicar tais cuidados com qualidade afigurando-se ser essencial valorizar os sintomas manifestados, os problemas dos utentes/cuidadores, assim como a adequada intervenção em cada caso, requerendo que os profissionais de saúde adquiram treino adequado e rigoroso nas áreas fundamentais dos referidos cuidados.

ABSTRACT

Scientific and social advances that took place in the twentieth century led to an increase in longevity, resulting in an increase of chronic non-communicable diseases. When death is seen as an health care failure there are no concern about the patient quality of life. Palliative care affirms life and regards dying as normal process and its principles are known. However, this philosophy of care has not spread equally all over the world. The European Union considers the access to palliative care as a human right.

Palliative care interdisciplinary teams sustain patient and family (or carer) satisfaction with the care given, either in the hospital setting as in the community.

National Health Service considers the community as the most important setting in order to promote palliative care and defends a more structured organization because most of the patients to stay at home when they are dying.

According to such an established and priority given health diagnosis performed for users / carers covered by the health teams of Group Health Centre Maia and their health professionals were developed intervention projects. One project headed toward the promotion of quality of life of patients or caregivers in order to meet the needs identified, which appear to be a requirement for assistance from the Palliative Care in the community.

One project headed toward the promotion of quality of life of patients or caregivers in order to meet the needs identified, which appear to be a requirement for assistance from the Palliative Care in the community. The family and other caregivers, as part of a user as they correspond to significant emotional people, have a vital role in supporting users with advanced and progressive disease in end stage suffering from the impact. Family members are carers but they also need professional care.

Palliative care meet the cross effects that health care can generate in the people who surround the user, being essential to target health professionals and technicians to include the family in the care plan drawn, often assessing their level of stress and identifying problems that can be solved by interacting with all available resources, both with health professionals or other resources identified as necessary for such a situation.

For such action is essential to develop education and promote specialized training to professionals from Primary Care in relation to key areas of palliative care. Consequently there was a project to promote and implement such quality care it appears to be essential to value the symptoms manifested, the problems of users / carers as well as the appropriate intervention in each case, requiring that health professionals acquire proper training and rigorous in the key areas of that care.

Sabedoria significa ter a noção da falibilidade de todos os nossos pontos de vista e opiniões, e contar mais com a incerteza e a instabilidade das coisas.

GERALD BROWN

AGRADECIMENTOS

Ao Manuel por toda a paciência, compreensão e colaboração que disponibilizou para que esta jornada fosse bem sucedida.

Aos meus familiares por todo o apoio e ânimo que me transmitiram.

Aos meus amigos por permanecerem presentes mesmo quando eu estava tão empenhada neste trajecto.

À Catarina, à Filipa e à Margarida por ter aprendido muito com cada uma e por todo o companheirismo e perseverança que desenvolvemos mesmo com diversas contrariedades.

À Senhora Professora Norminda Magalhães pela disponibilidade, confiança e apoio que nos transmitiu.

À Senhora Enfermeira Jerusa Sanfins pela orientação e colaboração que nos proporcionou.

À Senhora Professora Henriqueta pelas sugestões que apresentou.

A todos os profissionais de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto IV – Maia por participarem com interesse na realização de tal projecto.

Aos utentes e a todos os cuidadores das Unidades de Saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto IV – Maia com quem aprendi e que admiro muito, face ao contacto com as suas vivências, o meu bem-hajam.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – *Agrupamento de Centros de Saúde*

CF – *Cuidador formal*

CI – *Cuidador informal*

CP – *Cuidados paliativos*

CPLEEC – *Curso Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Comunitária*

CSD – *Cuidados de saúde diferenciados*

CSP – *Cuidados de Saúde Primários*

DGS – *Direcção-Geral da Saúde*

ECCL – *Equipa de Cuidados Continuados Integrados*

ELA – *Esclerose lateral amiotrófica*

EM – *Esclerose múltipla*

INE – *Instituto Nacional de Estatística*

IP – *Indicador de processo*

IPO – *Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.*

IR – *Indicador de resultado*

LACES – *Liga de Amigos do Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto IV – Maia*

NE – *Necessidade emocionais*

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

PNCP – *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*

PNS – *Plano Nacional de Saúde*

RNCCI – *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*

USF – *Unidade de Saúde Familiar*

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	15
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	17
1.1. <i>Cuidados Paliativos: que necessidade para os Cuidados de Saúde Primários?</i>	18
1.2. <i>Objectivos</i>	19
1.3. <i>Caracterização da Unidade de Saúde Familiar Lidador</i>	21
2. PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS	23
2.1. <i>A realidade dos Cuidados de Saúde Primários para os Cuidados Paliativos</i>	23
2.2. <i>Cuidados de Saúde Primários: um fio condutor para os Cuidados Paliativos</i>	26
3. PROJECTOS DE INTERVENÇÃO	29
3.1. <i>Cuidar do cuidador: um caminho a desenvolver</i>	30
3.1.1. <i>Planeamento do Projecto “Cuidar do Cuidador”</i>	31
3.1.2. <i>Execução do Projecto “Cuidar do Cuidador”</i>	37
3.1.3. <i>Avaliação do Projecto “Cuidar do Cuidador”</i>	38
3.2. <i>Formação: um caminho para a intervenção</i>	42
3.2.1. <i>Planeamento do Projecto “Formar os profissionais de saúde dos CSP para a promoção dos CP”</i>	43
3.2.2. <i>Execução do Projecto “Formar os profissionais de saúde dos CSP para a promoção dos CP”</i>	45
3.2.3. <i>Avaliação do Projecto “Formar os profissionais de saúde dos CSP para a promoção dos CP”</i>	48
4. ANÁLISE CRÍTICA DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO	51
5. CONCLUSÃO	57
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
ANEXOS	61

0. INTRODUÇÃO

A enfermagem, sendo uma profissão reconhecida socialmente, deve incidir numa formação mais especializada e avançada, com base nas melhores evidências científicas, e perceber a complexidade de certos problemas, reconhecendo a singularidade e especificidade de cada situação, para melhorar a qualidade da prática dos cuidados e obter ganhos em saúde.

Com base na formação desenvolvida e adquirida no Curso Pós-Licenciatura com Especialização em Enfermagem Comunitária (CPLEEC), revela-se fundamental descrever e expor um percurso de aquisição de habilidades e competências específicas da referida área. Como tal, é um requisito do mesmo Curso inserido na Unidade Curricular Estágio de Intervenção Comunitária o desenvolvimento de um relatório assente na reflexão crítica das capacidades desenvolvidas e aprofundadas, enquanto potencial enfermeira especialista.

A capacidade de combinar o conhecimento com a experiência, com a capacidade de pensar, é essencial para a resolução de determinados dilemas e problemas que cada vez mais são frequentes no âmbito da enfermagem.

A sociedade ocidental considera a cura da doença como objectivo dos serviços de saúde, pelo que a incurabilidade e a realidade inevitável da morte são consideradas em parte como fracasso da medicina. A complexidade do sofrimento e a combinação de factores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida direccionam o valor do cuidado de saúde, como uma tarefa multidisciplinar que engloba além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade.

As alterações demográficas, motivadas por um aumento acentuado do envelhecimento da população por força do aumento da esperança de vida provocado pelo avanço da medicina, o incremento das doenças crónicas e progressivas e a actual organização familiar revelam-se factores influenciadores da organização dos sistemas de saúde e dos recursos específicos aos utentes crónicos.

Por conseguinte, os Cuidados Paliativos (CP) têm e terão uma importância crescente. Para centrar a prestação de cuidados nos cidadãos e suas famílias revela-se essencial uma organização de serviços que permita acesso a cuidados no tempo certo, no local certo e pelo prestador mais adequado.

As intervenções desenvolvidas surgiram face às necessidades identificadas no diagnóstico de saúde realizado ao Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto IV – Maia (ACES) que revelou a necessidade de formação dos profissionais de saúde sobre CP e a necessidade destes cuidados na comunidade.

No presente relatório será realizada uma breve descrição e contextualização dos estágios de intervenção comunitária desenvolvidos na Unidade de Saúde Familiar Lidador (USF), reflectindo nas prioridades evidenciadas, com base na importância dos CP nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), considerando o cada vez maior número de utentes com doenças avançadas e progressivas no domicílio e a necessidade de continuidade de cuidados.

A metodologia utilizada neste relatório direcciona-se para a descrição dos projectos de intervenção desenvolvidos assim como a reflexão crítica do trajecto percorrido, com o intuito de analisar as estratégias seleccionadas, as actividades aplicadas e as habilidades e competências adquiridas, assim como os ganhos em saúde que tenham sido alcançados, salientando a análise do trabalho desenvolvido com os cuidadores informais, e a tentativa em otimizar recursos existentes na comunidade, como a existência de um grupo de voluntários que podem desempenhar um papel importante no apoio emocional e espiritual aos cuidadores, assim como aos utentes.

Em suma, este relatório tem como objectivo avaliar o percurso desenvolvido, esperando ter alcançado os objectivos estabelecidos num projecto de estágio inicial, adaptando a intervenção às características específicas de cada comunidade, dando a conhecer os resultados adquiridos atendendo a conceitos teóricos e éticos de enfermagem na comunidade, que possibilitaram a aquisição e desenvolvimento de competências profissionais, éticas e legais que promoveram um desenvolvimento académico e pessoal para desempenhar no futuro o papel de enfermeira especialista de enfermagem comunitária.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DOS ESTÁGIOS DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA I E II

Os CSP têm um papel activo junto da comunidade com o intuito de a educar, orientar, formar e apoiar, para que adquira conhecimentos e capacidades que a habilite a dar resposta, a determinadas transições que possam surgir.

Como é referido na Declaração de Alma-Ata, os CSP são cuidados essenciais de saúde, constituídos por métodos e tecnologias cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, estando ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com a sua plena participação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo aqueles estarem o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham.

Com o aumento das doenças crónicas avançadas, com o aumento da esperança de vida que por sua vez origina modificações na rede familiar, os cuidados de saúde devem ser direccionados para o utente e sua família, demonstrando que os serviços de saúde necessitam de uma nova organização que permita prestar cuidados à comunidade, desde o nascer ao morrer.

Com base nas modificações que a sociedade tem sentido, os CSP revelam-se cada vez mais essenciais no cuidar da comunidade, pelo que surgem prioridades centradas na família e no ciclo vital incluindo morrer com dignidade. *“Em Portugal, 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), as insuficiências orgânicas (respiratória, cardíaca, hepática, renal, etc.) ou as doenças neurológicas progressivas (demências, Parkinson, ELA [esclerose lateral amiotrófica], EM [esclerose múltipla], etc.). Em múltiplas ocasiões, também existem comorbilidades (síndromes geriátricas) que se desenvolvem de uma forma progressiva em semanas ou meses, com frequentes crises de necessidades.”* (Direcção-Geral da Saúde, Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010 : 3).

De acordo com o estabelecido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, os CP demonstram ter um papel preponderante nos Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD) e que se pretende que venham a ter nos CSP, os quais poderão trabalhar em parceria com Unidades de CP de forma a se promover a continuidade dos cuidados que cada vez mais é fundamental.

Uma vez que a nossa experiência profissional é desenvolvida num Serviço de CP e os profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar Lidador manifestaram insuficientes conhecimentos especializados naquela área bem como a vontade em estabelecer protocolos de actuação com um Serviço de CP, foi desenvolvido, com o incentivo do Conselho Clínico do ACES da Maia, um projecto de intervenção tendo como área programática aqueles cuidados.

Perante o idealizado e definido como prioritário pareceu-nos necessário reflectir na questão: *“Cuidados Paliativos: uma necessidade para os Cuidados de Saúde Primários?”*, antes de iniciarmos qualquer projecto de intervenção.

1.1. Cuidados Paliativos: que necessidade para os Cuidados de Saúde Primários?

A comunidade, sendo o local onde se integram as famílias e/ou outros grupos, permite que as pessoas vivam em contextos diferentes de vida, onde os enfermeiros desenvolvem actividades de promoção da saúde e de comportamentos saudáveis, de prevenção da doença bem como de diagnóstico precoce. Por conseguinte, a comunidade é também o foco de atenção da enfermagem, pelo que a intervenção da enfermagem requer um processo interdisciplinar e colaborativo de avaliação, desenvolvimento de estratégias e de actividades de verificação para promover resultados mais saudáveis numa comunidade. Como é sabido, o aumento do envelhecimento da população portuguesa assim como o aumento de doenças crónicas degenerativas e de doenças oncológicas avançadas, provocam alteração da estrutura e da dinâmica familiar, requerendo a necessidade de Cuidados Paliativos de forma a promover a qualidade de vida do utente e dos seus cuidadores.

Os CP actualmente direccionam a sua intervenção com base na situação clínica e nas necessidades do utente e não no diagnóstico clínico. No entanto, as doenças que mais frequentemente necessitam de Cuidados Paliativos organizados são as oncológicas, a síndrome da imunodeficiência adquirida, algumas doenças cardiovasculares e algumas doenças neurológicas e outras insuficiências terminais de órgãos, rapidamente progressivas. Estas doenças possuem determinadas características que originam de forma recorrente determinados sintomas e necessidades que, pela sua intensidade, mutabilidade, complexidade e impactos individual e familiar, poderão propiciar determinados dilemas clínicos de difícil resolução, se não existir intervenção especializada.

Os CP são prestados não só ao utente mas também à sua família e aos elementos mais próximos, pelo que devem ser apoiados através de cuidados planeados e estruturados, durante a vida do utente e também na fase de luto.

O papel dos cuidadores activos na fase final da vida de um doente deve ser reconhecido como uma contribuição individual e social essencial, em muito semelhante à que os pais prestam após o nascimento.

Algumas prioridades do Plano Nacional de Saúde de 2004/2010 encontram-se centradas na família e no ciclo de vida, incluindo morrer com dignidade. Actualmente existe uma precária acessibilidade aos Cuidados Paliativos adequados, resultante de um défice organizacional no âmbito desses cuidados, levando doentes com doenças de evolução prolongada e grave a ocuparem, inadequadamente, camas hospitalares em serviços que não estão treinados, nem vocacionados, para a gestão do sofrimento, ou, então, encontram-se no domicílio, sendo objecto de cuidados de âmbito generalista, que, apesar de importantes, não esgotam a necessidade de cuidados activos e intensos de conforto e bem-estar global. Os *settings* a privilegiar nesta área são a família, habilitando-a a cuidar de modo informal o seu familiar, os centros de saúde e hospitais, capacitando-os à prestação de cuidados paliativos, bem como as unidades de cuidados continuados que poderão prestar os mesmos cuidados no domicílio e no internamento. (Direcção-Geral da Saúde, Plano Nacional de Saúde 2004-2010)

Os CP para darem resposta à sociedade têm como finalidade determinadas medidas que devem ser adoptadas pelos serviços de saúde. Como tal, *“a formação a nível dos Cuidados de Saúde Primários, a par da supervisão e suporte através das equipas ou das unidades específicas de Cuidados Paliativos, permite a disseminação de conhecimento sobre Cuidados Paliativos e o apoio na prestação de acções paliativas aos profissionais do resto do sistema”*. (DGS, PNCP 2010 :14)

De acordo com o referido anteriormente, a prestação de CP é essencial na comunidade, pelo que é importante a formação dos profissionais de saúde nesta área, bem como o apoio a familiares/cuidadores informais, que tenham nas suas famílias uma pessoa com necessidade de CP, promovendo um menor sofrimento e uma melhor qualidade de vida.

“A maioria dos doentes crónicos com situações evolutivas pode e deve ser atendida na comunidade por equipas de cuidados primários mas requerem mecanismos flexíveis de acesso à intervenção das equipas específicas de Cuidados Paliativos (estima-se 60-70% nos casos de neoplasias, e 30-60% nos que não têm neoplasias)”. (DGS, PNCP, 2010 :18)

Como tal deve atender-se ao nível dos CSP, à formação, supervisão e suporte bem como ao papel das ECCI (Equipas Cuidados Continuados Integrados) na prestação de CP.

Os CP são considerados como uma solução estruturada e organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os utentes com prognóstico de vida limitado. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.

1.2. Objectivos

A enfermagem comunitária é uma área de especialidade que combina a teoria de enfermagem com a da saúde pública, numa prática voltada para a população, destinando-se a promover e a preservar a saúde das comunidades.

O enfermeiro especialista da área de enfermagem comunitária tem como áreas de atenção a identificação de problemas ou necessidades específicas do indivíduo/família e/ou grupo e/ou comunidade, que orientam o seu plano de intervenção. Essas acções são avaliadas com o intuito de alcançar o bem-estar individual e/ou colectivo na sua multidimensionalidade.

Com os conhecimentos adquiridos no CPLEEC sobre a actualidade dos CSP, bem como as competências que um enfermeiro especialista de enfermagem comunitária deve possuir para promover qualidade de vida à comunidade, família e individuo, ao longo do estágio estabelecemos determinados objectivos com o intuito de desenvolver uma enfermagem avançada. Através da elaboração e implementação de projectos de actuação, com base em estudos científicos validados, de forma a colmatar as necessidades identificadas de uma comunidade específica, os ganhos em saúde obtidos poderão promover uma prática baseada na melhor evidência científica.

Idealizamos desenvolver determinadas competências que um enfermeiro especialista deve adquirir, as comuns aos quatro domínios bem como as específicas de cada Especialidade,

conforme estabelecido no Modelo de Desenvolvimento Profissional. Para almejar tal desiderato, tentamos concretizar os seguintes objectivos:

Domínio da Responsabilidade Ética, Profissional e Legal

- desenvolver um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica com base na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do utente;
- desenvolver uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta em situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os utentes.

Domínio da Gestão da Qualidade

- colaborar na concepção e concretização de projectos institucionais na área da qualidade e efectuar a disseminação necessária à sua apropriação até ao nível operacional.

Domínio da Gestão dos Cuidados

- realizar a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de Enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas;
- adequar os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança situacional mais adequado à promoção da qualidade dos cuidados.

Domínio do Desenvolvimento de Aprendizagens Profissionais

- demonstrar, em determinada situação, a capacidade de auto-conhecimento, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais;
- relevar a dimensão de si e da relação com o outro, em contexto singular, profissional e organizacional;
- determinar os processos de tomada de decisão e as intervenções em padrões de conhecimento (científico, ético, estético, pessoal e de contexto sociopolítico) válidos, actuais e pertinentes.

Para desenvolvermos as competências específicas de enfermagem comunitária definimos os seguintes objectivos:

- realizar o Planeamento em Saúde com base nas diferentes etapas de acordo com a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade;
- promover a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projectos de saúde colectivos;
- maximizar as actividades de âmbito comunitário, para obter ganhos em saúde atendendo aos objectivos estratégicos do Plano Nacional de Saúde;

- avaliar a obtenção de ganhos em saúde com base nas estratégias e actividades desenvolvidas tendo em conta as prioridades do Plano Nacional de Saúde;

No decurso do CPLEEC, principalmente durante o estágio, estabelecemos num projecto de estágio diversos objectivos que vão de encontro com os objectivos do curso, no sentido de orientar um percurso a desenvolver convertido na aquisição de competências. (Anexo I)

Através do estabelecimento de estratégias e das actividades planeadas, aplicadas e avaliadas no estágio do módulo I, desde 19 de Abril a 18 de Junho de 2010, e no estágio do módulo II, desde 6 de Outubro a 29 de Novembro de 2010, com total de 250 horas cada módulo, sendo destas 180 presenciais, tentamos dar resposta às necessidades consideradas prioritárias e identificadas na comunidade, com base no diagnóstico de saúde elaborado, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados, fundamentando a prática na melhor evidência científica. (Anexo I e II)

O módulo III do referido estágio foi creditado pela Universidade Católica do Porto com base numa avaliação da experiência profissional, decorrente do exercício de funções num Serviço de Cuidados Paliativos durante nove anos. Uma vez que os CP tendencialmente são dirigidos para a promoção da melhor qualidade de vida quer para o utente quer para a família no domicílio, revela-se essencial e é estabelecida diariamente uma parceria de cuidados entre os CSD e os CSP, para a melhoria da continuidade de cuidados. A experiência profissional nos CP direcciona-nos a adaptar estes cuidados tão específicos à realidade dos recursos de cada comunidade com o objectivo em proporcionar CP na comunidade.

1.3. Caracterização da Unidade de Saúde Familiar Lidador

Para conceber um projecto é necessário conhecer-se o contexto onde se o vai aplicar, de forma a se identificarem os recursos disponíveis, para que os projectos sejam exequíveis.

Uma vez que um dos objectivos gerais do estágio módulo I direccionou-se para a realização de um diagnóstico de saúde sobre a comunidade abrangida pelas Unidades de Saúde do ACES Maia, revelou-se essencial conhecer o concelho da Maia, nomeadamente a nível geodemográfico e socioeconómico, visto que estes factores são fundamentais para uma efectiva apreensão do estado de saúde das populações, o que se encontra descrito no diagnóstico de saúde elaborado.

Segundo o Plano de Acção de 2010 da USF Lidador existem 14.727 utentes inscritos, das freguesias de Gueifães, Maia, Milheirós, Nogueira e Vermoim. Durante o período em que a unidade se encontra encerrada os seus utentes continuam a ter acesso aos cuidados de saúde prestados pelo Serviço de Atendimento de Situações Urgentes da Maia.

A USF Lidador localiza-se na freguesia de Gueifães e pertence ao ACES Maia. Na sua equipa multiprofissional integram-se 8 médicos, 8 enfermeiros e ainda 6 assistentes técnicos.

Esta Unidade teve início da sua actividade em 17 de Dezembro de 2007. O formulário de candidatura da USF Lidador deu entrada na Missão para os Cuidados de Saúde Primários e foi

homologado pelo Conselho de Administração da Administração Regional de Saúde do Norte em 6 de Outubro de 2006.

Por interesse e para compreender a organização desta USF constatamos que a criação do ACES da Maia foi aprovada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de Fevereiro, e é constituído por três Centros de Saúde (Águas Santas, Castelo da Maia, Maia). Cada Centro de Saúde é formado por diversas USF de acordo com a área geográfica que abrange.

A USF Lidador tem como objectivo a prestação de Cuidados de Saúde Primários a uma população definida. Para que esse objectivo seja atingido é fundamental a organização adequada dos cuidados, que os torne possíveis e adequados às necessidades dos utentes.

Por isso possui diversos serviços que desempenham várias funções tais como um serviço administrativo e de apoio geral, serviço de enfermagem, serviço social, consulta complementar, serviço de saúde pública, apoio domiciliário em saúde, serviço de ambulatório.

O plano de acção da Unidade de Saúde Familiar Lidador demonstra que a sua população tende a envelhecer e o grau de dependência, assim como as doenças crónicas, tendem a aumentar. Com base nestas alterações, os Cuidados Paliativos tornam-se prioritários, pelo que a organização dos serviços de saúde deverá ocorrer para que os mesmos se tornem acessíveis no tempo, no local e ao prestador adequado.

2. PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES COMUNITÁRIAS

Planear em Saúde é um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para alcançar os objectivos definidos, de acordo com uma sequência de prioridades, possibilitando optar pelas soluções óptimas entre as alternativas. As escolhas realizadas atendem aos constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro.

Ao se estabelecer os CP como a área programática a desenvolver, é fundamental identificar as necessidades sentidas pelos utentes/cuidadores acompanhados pela equipa de enfermagem do ACES, assim como identificar as necessidades de formação em CP de todos os restantes profissionais de saúde.

2.1. *A realidade dos Cuidados de Saúde Primários para os Cuidados Paliativos*

A população que abrangemos com a realização do diagnóstico de saúde trata-se de um grupo constituído por todos os utentes das unidades de saúde do ACES da Maia e que são acompanhados pelos enfermeiros, em visita domiciliária, num total de 273 utentes. Foi decidido não definir um intervalo etário específico, na medida em que as necessidades em CP podem verificar-se ao longo de todo o processo vital. A amostra a que diagnóstico de saúde diz respeito é constituída por todos os utentes da USF Lidador, USF Pirâmides e USF Odisseia, acompanhados pela equipa de enfermagem em visita domiciliária e residentes em Gueifães, Milheirós e Vermoim, perfazendo um total de 76 utentes/cuidadores.

A outra população-alvo do diagnóstico de saúde é coincidente com a amostra, na medida em que o instrumento de colheita de dados (questionário) foi entregue a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo e nutricionista do ACES da Maia.

As diferentes variáveis que seriam úteis avaliar e que caracterizaram a população em estudo foram definidas com o interesse em se identificar a necessidade de CP.

Depois da construção dos instrumentos e da sua aplicação obtivemos os resultados do diagnóstico de saúde, dos quais redigimos conclusões que possibilitaram definir prioridades de actuação, atendendo ao horizonte do plano assim como às prioridades nacionais, regionais e locais.

Os CP inscrevem-se numa etapa de vida onde a reflexão sobre o cuidar em enfermagem, as reflexões humanas, bem como o trabalho em equipa interdisciplinar têm um papel fundamental. A eficiência destes cuidados depende de uma verdadeira interacção entre o doente/cuidador/profissional de saúde, em que todos têm necessidades e funções específicas. A percepção sobre o bem-estar vai ser tanto maior quanto maior a percepção da satisfação destas necessidades.

De acordo com os dados obtidos, apesar de não ter sido planeado o estabelecimento de limite de idade ou definição de intervalos etários na definição deste diagnóstico de saúde, a amostra pode ser considerada idosa, com uma idade média de 78,5 anos, com predominância das mulheres sobre os homens.

Relativamente à condição socioeconómica, constatamos que predominam as classes baixa e média baixa, de acordo com o Índice de Graffar.

O estudo realizado permitiu identificar necessidades em CP, com base nas necessidades sentidas pelos utentes e prestadores de cuidados, bem como pela presença de comorbilidades.

Os utentes vivem, na sua maioria, acompanhados pela família. No entanto, atendendo à média de idades e apesar de não termos informação da idade dos cuidadores, podemos inferir que, quando o cuidador é o cônjuge, este situar-se-á numa faixa etária semelhante, podendo este facto contribuir para uma sobrecarga física e emocional. Acresce ainda referir que, nesta situação, existe uma forte probabilidade de eles próprios necessitarem de cuidados. É de salientar que mais de metade (68%) dos cuidadores desenvolve esta tarefa sem qualquer tipo de apoio e que em apenas 10% das situações existe o apoio de um cuidador formal, o que, em parte, se poderá justificar pela condição socioeconómica predominante descrita anteriormente.

A prestação de cuidados directos ao utente pelo cuidador excede, em 58% dos casos, as três horas diárias.

O apoio socioeconómico e o apoio emocional são apontados pelos cuidadores como necessidades importantes.

No decorrer das entrevistas apercebemo-nos de que a família/cuidadores têm uma visão redutora do que pode ser o papel do enfermeiro, nomeadamente do enfermeiro de família, pelo que não esperam, por exemplo, receber apoio emocional destes profissionais.

Apesar de muitos cuidadores desenvolverem esta tarefa sem ajuda, 45% referiram que gostariam de receber formação sobre cuidados a pessoa dependente, desde que esta formação não interferisse com o tempo de que dispõem para a prestação de cuidados.

Dentro das necessidades de apoio socioeconómico, os cuidadores destacaram a necessidade de subsídios (para além do subsídio de apoio a terceira pessoa, que já possuíam) e de ajudas técnicas. Recordamos que este facto pode dever-se à caracterização social já referida.

Dos utentes inquiridos, 9% apresentam um padrão de comorbilidades que lhes confere um elevado risco de vida (*score* 6) no Índice de Charlson, situando-os num grupo de utentes (e suas famílias/cuidadores) que podem beneficiar intensivamente de conhecimentos e cuidados especializados na área dos CP. (Anexo III)

Todavia isto não significa que os restantes utentes e cuidadores não beneficiem, em determinado momento, da prestação destes cuidados. Os CP inicialmente eram direccionados para a doença oncológica ou para a fase terminal da doença. No entanto, atendendo à evolução ocorrida na área da palição, estes cuidados pretendem dar resposta às necessidades que a patologia condiciona.

Verificou-se que 63% dos utentes tiveram necessidade de ser observados num serviço de saúde de forma não programada nos últimos seis meses. A análise estatística dos dados permitiu verificar que o recurso ao serviço de urgência, pelos utentes que identificaram um maior número de necessidades, é mais frequente. A partir destes dados poderemos inferir que o facto de existir um grande número de necessidades, tanto ao nível do utente como do

cuidador, pode determinar uma menor capacidade de adaptação a situações de stress de ambos ou a alterações do estado de saúde do utente. A necessidade de apoio emocional do cuidador pode sugerir ainda a presença de sentimentos de insegurança e de falta de apoio, que condicionam as respostas às situações problema.

Os sintomas mais frequentemente verbalizados pelos utentes foram a dor, o cansaço, a ansiedade e a depressão (avaliada como tristeza). A prevalência do cansaço como sintoma frequente vai de encontro à literatura sobre as necessidades dos doentes em contexto de Cuidados Paliativos (Bernardo, 2005).

O apoio familiar e o apoio socioeconómico emergiram como sendo as necessidades mais apontadas pelos utentes, seguidas da gestão do regime terapêutico e de apoio emocional.

Assim, no que diz respeito às necessidades dos cuidadores e utentes, salientaram-se, por ordem de importância:

Necessidades do cuidador

- apoio emocional;
- apoio socioeconómico;
- formação sobre cuidados a pessoa dependente.

Necessidade do utente

- apoio familiar;
- apoio socioeconómico;
- gestão do regime terapêutico;
- apoio emocional.

Os profissionais de saúde do ACES Maia participaram na identificação das necessidades de formação em CP, tendo sido preenchidos e devolvidos 60% dos questionários.

Todos os profissionais de saúde vêem utilidade no estabelecimento de parcerias entre os serviços de CP e os CSP, apontando como principais vantagens a melhoria da prestação dos cuidados e a sua continuidade. A melhor gestão de recursos, a melhoria na qualidade de vida, a possibilidade da implementação de protocolos e o apoio aos familiares foram também apontadas como vantagens, embora por um número inferior de profissionais.

Como referido anteriormente, grande parte dos utentes em CP encontra-se no domicílio e necessitam de cuidados específicos que podem ser assegurados pelos Cuidados de Saúde Primários. No sentido de assegurar a continuidade dos cuidados é importante o planeamento e o estabelecimento de protocolos de actuação entre uma equipa de CP e uma equipa dos CSP, considerando os recursos existentes na comunidade e mobilizando-os para uma prestação de CP mais efectiva. O acesso a guias de orientação específicos dos CP pode dar resposta à tomada de decisões difíceis com que os profissionais dos CSP se confrontam. A existência de parcerias poderá auxiliar a desenvolver determinadas estratégias de intervenção, para que os CP sejam acessíveis a todos. *“É essencial promover o desenvolvimento mais estruturado dos Cuidados Paliativos domiciliários pelo valor que estes acrescentam em termos de proximidade*

dos cuidados e de resposta à vontade dos doentes que desejam e reúnam as condições para permanecer no seu domicílio” (DGS, PNCP, 2010 : 25).

A maioria dos profissionais entende que os CP não se dirigem apenas a situações de dependência e a idosos. No entanto, apenas 4% fizeram referência à família como alvo de cuidados, o que pode estar relacionado com a emergência das necessidades de apoio emocional por parte dos cuidadores e com uma visão ainda muito centrada no utente, como organismo com necessidade de cuidados e não como indivíduo inserido num sistema social, que molda e pelo qual é moldado.

A formação em CP é considerada importante para o desenvolvimento da sua profissão na opinião de todos os profissionais e apenas 15% referem que não pretendem receber esse tipo de formação.

As principais estratégias de formação apontadas foram as acções de formação e a formação teórico-prática, tendo sido ainda identificada a preferência pelos temas relacionados com o controlo de sintomas e o apoio à família. Apesar de estas constituírem áreas temáticas fundamentais em CP, houve outras áreas que foram preteridas em relação às referidas, como por exemplo urgências em CP. A falta de interesse por esta área em particular pode dever-se ao facto de os profissionais apresentarem um conceito pouco abrangente dos CP e as suas potencialidades.

Da avaliação dos resultados referentes aos profissionais de saúde destacou-se a necessidade de formação em CP.

Como reflexão, consideramos fundamental referir que a amostra utilizada para a efectivação deste diagnóstico de saúde, no que diz respeito à necessidade dos utentes em termos de cuidados paliativos, pode, de certa forma, ter condicionado alguns dos resultados obtidos. Isto porque se trata de utentes que recebem visitaçao domiciliária de enfermagem, habitualmente desenvolvida tendo por base a realização de tratamentos, técnicas e procedimentos dirigidos a uma situação de maior ou menor dependência e não, necessariamente, a uma doença progressiva. Aceitamos, portanto, a possibilidade da existência de outros utentes, com necessidades de cuidados paliativos, que não constaram da amostra constituída.

2.2. Cuidados de Saúde Primários: um fio condutor para os Cuidados Paliativos

De acordo com as recomendações da OMS cerca de 80% dos utentes com cancro necessitarão de CP diferenciados. Com base nos números de mortalidade anual em Portugal, cerca de 18000 utentes com cancro podem necessitar de CP anualmente. (DGS, PNCP, 2010 : 25)

Segundo o PNCP, para dar resposta a tal necessidade é cada vez mais primordial desenvolver os CP no domicílio, uma vez que estes preconizam e tentam promover a melhor qualidade de vida, com base no respeito dos valores socioculturais de cada utente integrando tais valores nos cuidados a prestar, assim como atender à sua vontade em permanecer no domicílio, proporcionando uma proximidade acrescida dos cuidados. (DGS, PNCP, 2010 : 25)

“Os cuidados devem ser prestados com base nas necessidades dos doentes com intenso sofrimento e/ou doença avançada, incurável e progressiva, através de um conjunto de serviços: desde estruturas de internamento ao apoio domiciliário, passando por equipas de suporte no hospital e na comunidade. Estes Cuidados requerem especificidade e rigor técnico, e devem estar acessíveis a todos os que deles carecem, estando inseridos no sistema de saúde”. (DGS, PNCP, 2010 :11)

De acordo com os objectivos gerais do PNCP é fundamental promover a acessibilidade dos utentes aos CP a nível nacional e, se possível, o mais próximo da residência do utente, disponibilizando CP diferenciados prestados por uma equipa multidisciplinar. A qualidade na organização e prestação dos cuidados incrementará a melhoria da continuidade dos cuidados, possibilitando equidade no acesso e na prestação dos CP. Para tal, a formação diferenciada e avançada em CP é indispensável para a promoção destes cuidados na comunidade, uma vez que a realidade dos CSP revelam ter potencialidades eficazes para desenvolverem um trabalho de parceria, com qualidade, com os CSD, que tenderá ser uma mais-valia para a promoção de bem-estar do indivíduo/família/comunidade bem como para a sua adaptação às transições vivenciadas.

3. PROJECTOS DE INTERVENÇÃO

De acordo com os resultados obtidos foi necessário estabelecerem-se prioridades, de forma a serem elaborados projectos com objectivos estabelecidos que permitissem a selecção de estratégias. Para a priorização das necessidades recorremos a um consenso entre peritos, que foi constituído por uma Vogal do Conselho Clínico do ACES da Maia, por uma Mestre de Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária, por uma Enfermeira Especialista em Reabilitação e pela Professora e Orientadora do CPLEEC, que possui a especialização em Enfermagem Comunitária. Após discussão sobre as necessidades que emergiram no Diagnóstico de Saúde, ficou decidido que os quatro peritos procederiam à sua priorização por escrito. (Anexo IV)

Da análise das respectivas respostas verificou-se que houve consenso na atribuição de prioridades.

Assim, no grupo em estudo utentes/cuidadores a necessidade de apoio emocional/espiritual foi identificada como a mais prioritária, seguida da necessidade de formação aos cuidadores e, por último, da necessidade de carácter socioeconómico. A identificação de utentes com necessidades em CP pôde conduzir ao planeamento de projectos que visem formar os prestadores de cuidados, no sentido de irem ao encontro das suas necessidades. A sessão psicoeducativa teve como ponto de partida possibilitar aos cuidadores partilharem as suas experiências, em relação ao seu papel de prestador de cuidados, para que descobrissem determinados recursos pessoais para lidar com situações de stress face à situação de doença de um familiar. Ainda para apoiar os utentes/cuidadores, as parcerias entre os voluntários locais e a criação de grupos de apoio, que também fazem parte do Projecto de Intervenção “Cuidar do Cuidador”, demonstraram poder ser úteis. Pareceu ainda oportuno realizar visitaçao domiciliária com o objectivo de formar os prestadores de cuidados de forma personalizada, para o que foi necessário o seu consentimento e disponibilidade. O estabelecimento de parcerias com o serviço social do ACES da Maia foi uma estratégia para suprimir a necessidade socioeconómica, divulgando-se os recursos existentes, permitindo a identificação dos cuidadores que demonstraram essa necessidade como prioritária.

Relativamente aos profissionais de saúde, a única necessidade que emergiu foi a necessidade de formação em Cuidados Paliativos, pelo facto de aqueles terem manifestado falta de conhecimentos sobre esta área e serem confrontados com estes cuidados tão específicos. Para colmatar tal necessidade e no âmbito do Projecto de Intervenção “Formar os profissionais dos CSP para a promoção dos CP”, foram planeadas acções de formação, realizado um Seminário sobre Cuidados Paliativos e elaborado um Manual de Cuidados Paliativos, que resultasse como um guia para os enfermeiros envolvidos no projecto e também a novos enfermeiros.

3.1 Cuidar do cuidador: um caminho a desenvolver

Por força da evolução da sociedade o papel da família foi, ao longo dos tempos, sofrendo algumas alterações, o que levou a mudanças na estrutura e na organização familiar. No entanto, a família é considerada como unidade emocional, afectiva e social, vista como um sistema em interacção, onde a sua capacidade de adaptação funcional, a sua estrutura, condicionam a sua relação com a sociedade. Face a algumas pressões internas e externas a que está sujeita e que poderão originar alterações no seu equilíbrio, a família, em interacção com o ambiente, desenvolverá um processo mútuo de mudança entre ambos que, por conseguinte, possibilitará o funcionamento do sistema familiar, num contexto co-evolutivo e transformativo (Figueiredo, 2009).

A família é definida como *“dois ou mais indivíduos que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são auto-definidos”* (Hanson, 2005 : 6), pelo que a mesma continua a ser uma unidade de apoio e suporte à vida e saúde dos seus elementos constituintes, que possui determinadas capacidades que lhes permite auto-organizarem-se. Para tal, a família necessita de ser cuidada e integrada nos cuidados de enfermagem, devendo ser vista como uma unidade em constante transformação que necessita adquirir autonomia do sistema familiar, envolvendo-a no planeamento e execução de certas intervenções, para que, conforme Hennessy & Gladin citados por Figueiredo, os elementos possam *“juntos tomar decisões sobre os seus próprios problemas de saúde e criar um conceito de família saudável”* promovendo um desenvolvimento inerente a cada família, com determinadas fases naturais ao longo do seu ciclo de vida. (Figueiredo, 2009 : 31)

Sendo as famílias consideradas sistemas, em que os elementos estão interligados, quando um processo de doença surge no contexto familiar gera diversos sentimentos de revolta, de angústia, de tristeza, de incerteza, que pode originar sofrimento.

Normalmente o cuidador principal, perante o estado de saúde do seu familiar ou amigo e face aos laços que estabelece com ele, demonstra muitas vezes um estado de espírito de tristeza e impotência ao acompanhar a evolução da doença e da degradação física que ocorre numa doença avançada, sentindo que todos os seus esforços em determinado momento da doença são pouco eficazes. Cabe-nos a nós, profissionais de saúde, apoiar os cuidadores, para que se possa ajudar desta forma o utente, revelando-lhes que todas as suas acções foram realizadas da melhor forma e que acima de tudo estiveram sempre presentes e que tentaram proporcionar a melhor qualidade de vida.

Muitas famílias preferem assegurar o cuidado do seu familiar doente no domicílio. Por isso, não sendo uma missão fácil, todos aqueles que manifestam vontade em morrer no seu ambiente deveriam ter essa possibilidade, mas os seus familiares deveriam igualmente receber um acompanhamento e apoio mais efectivos (Moreira, 2001). Consequentemente a necessidade de CP é requerida de forma a promover a qualidade de vida do utente e dos seus cuidadores. (Hanson, 2005)

Na prática dos CP o apoio à família detém um elevado grau de importância, uma vez que a família e outros cuidadores que fazem parte do grupo de pessoas significativas para determinado utente possuem um papel primordial no apoio a utentes com doença em fase prolongada.

A vida do cuidador, o seu dia-a-dia, é voltado para os cuidados ao seu familiar dependente, em que este não o dispensa ou o cuidador não tem disponibilidade para si e até para com outros familiares mais próximos.

Muitos dos utentes necessitam de mais cuidados dos seus familiares do que da equipa de saúde. Por conseguinte, a família deve ser activamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser ela própria objecto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Como tal, é necessário estabelecer estratégias e planear um plano de cuidados dirigidos à família/cuidador principal de acordo com as suas características e contexto sociocultural. De forma concertada e construtiva, poderão compreender, aceitar e colaborar nas transições e adaptações que a doença e o utente determinam, demonstrando uma necessidade premente de apoio, informação e de educação por parte dos profissionais de saúde e da própria comunidade, para que a experiência de vida em relação à doença de um familiar possa ser visualizada e vivenciada de modo menos angustiante e stressante.

Os cuidadores e a família, perante a doença e a morte de um elemento, estão sujeitos, pelo afecto que têm, pela antevisão da perda, pelo isolamento social derivado dos cuidados a prestar e pela falta de apoio e por vezes de conhecimentos, a um conflito interior associado à sobrecarga física e emocional dos cuidados. (Moreira, 2001).

Actualmente a sociedade exige dos cuidadores uma atitude de serenidade, focalizando-se no apoio ao utente, desvalorizando a necessidade que os cuidadores também têm, no que diz respeito ao apoio e ao tempo que necessitam para si, para apoiar o utente e os outros membros da família. É necessário que os cuidadores tenham tempo para si, de forma a não sentirem que a doença arrasou as suas vidas, e para que os utentes não se sintam um “fardo” para a família. (Moreira, 2001)

O paradigma biomédico está voltado para a doença, originando uma desvalorização do papel do cuidador, que muitas vezes nem é reconhecido pelo seu empenho e muito menos cuidado. Nós, enquanto enfermeiros, temos um papel primordial no desenvolvimento de acções centradas na família, tendo em conta o contexto em que está inserida.

3.1.1. Planeamento do Projecto “Cuidar do Cuidador”

A enfermagem surgiu com os cuidados no domicílio, verificando-se que desde sempre foi uma preocupação da enfermagem integrar a família como foco de atenção. As mudanças ocorridas na dinâmica e estrutura familiares bem como a dificuldade em prestar cuidados no domicílio e a evolução tecnológica levaram a que esses cuidados fossem transferidos para o meio hospitalar, pelo que determinados acontecimentos familiares foram vivenciados fora do

contexto domiciliário, tendo as famílias ficado afastadas de determinados eventos essenciais do seu ciclo vital, de acordo com Wright & Leahey, citados por Figueiredo (Figueiredo, 2009).

Actualmente, perante a reforma dos cuidados de saúde que orientaram a sua atenção para a comunidade, e que preconiza a redução de tempo de internamento, a família constitui o suporte habitual desses cuidados.

Normalmente o acompanhamento das famílias ocorre quando um dos seus membros está doente, apesar de ser conhecida a importância da promoção da saúde familiar para o desenvolvimento da sociedade. A família é ainda vista pela enfermagem de forma divisível, em que os cuidados de enfermagem são dirigidos ao indivíduo sem muitas vezes incluir o contexto familiar. O papel do enfermeiro na saúde familiar está descrito nas metas de Saúde XXI, em que se afirma que o enfermeiro deveria, ao longo do ciclo vital da família, incluir a promoção e protecção da saúde, prevenção da doença e reabilitação, não esquecendo a prestação de cuidados aos indivíduos com doença avançada. (OMS, 2002)

Todas estas acções têm como objectivo a redução dos riscos prejudiciais para a saúde, a consolidação das capacidades da família em se adaptar a determinadas fases de transição, atendendo a factores de stress, aos recursos que possui, assim como a intervenção perante a crise, que auxilie a adaptação da família a essa alteração na dinâmica familiar, de acordo com Dorothee & O`Sullivan, citado por Figueiredo. (Figueiredo, 2009)

Ao se obterem os resultados do diagnóstico de saúde realizado aos cuidadores em relação à necessidade de Cuidados Paliativos constatou-se que as necessidades de apoio emocional/espiritual, de formação sobre como cuidar de uma pessoa dependente e de apoio socioeconómico estavam presentes. Com base nas prioridades estabelecidas face às necessidades identificadas foi essencial estabelecerem-se as estratégias possíveis, de acordo com os recursos disponíveis, para que o dito projecto de intervenção fosse exequível.

Para colmatar a necessidade emocional e espiritual dos cuidadores, através de formação e informação, definiu-se que a aplicação de um modelo de assistência às famílias que cuidam de um familiar doente assentasse num modelo psicoeducativo, de acordo com as necessidades emocionais/espirituais específicas que foram identificadas, de forma a orientar a intervenção e avaliar a eficácia do mesmo.

O apoio psicológico tem como finalidade avaliar a capacidade da família em lidar com a situação de doença, promovendo uma aproximação que facilite a partilha de sentimentos.

A educação para a saúde tem como objectivo fornecer informação sobre os direitos do utente/família em relação aos serviços de saúde, os recursos que existem na comunidade e promover a aquisição de determinadas capacidades para se auto-cuidarem, possibilitando aos cuidadores partilharem as suas experiências em relação ao seu papel de prestador de cuidados.

De acordo com o que se constatou, na premência em se identificarem as necessidades emocionais/espirituais específicas dos cuidadores informais, foi essencial a pesquisa de diversas escalas validadas em Portugal, para se elaborar um instrumento que permitisse avaliar como o utente e o cuidador encaram a sua situação actual, no caso dos cuidadores

como se sentem com o papel desempenhado, como a sua vida social e familiar se encontra, e que recursos pessoais e familiares possuem para lidar com uma situação de dependência.

A escala de avaliação do cuidado informal adaptada e validada em Portugal é direccionada para a avaliação emocional e psicológica do cuidador de uma pessoa dependente. Serviu de base para a construção de tal instrumento de avaliação, mas como tal escala não aborda a parte da espiritualidade, que também faz parte da definição das necessidades emocionais do cuidador e, uma vez que esta é encarada como um recurso que precisa de ser identificado de forma a se explorar a sua pertinência e significado na vida dos cuidadores, foi fundamental elaborar um outro instrumento. (Caregiving Appraisal, Lawton et al., 1989) (Anexo V)

O contacto com os cuidadores informais na fase do diagnóstico de saúde possibilitou verificar que alguns deles apresentavam sinais de sobrecarga e exaustão com o desempenho do seu papel de cuidador, visto que ao cuidar de um familiar dependente passam as suas necessidades para segundo plano. Este facto originou uma reflexão no sentido de se tentar proporcionar um momento de partilha entre cuidadores informais sobre a sua experiência enquanto prestadores de cuidados. Segundo alguns estudos tal estratégia revela-se benéfica, no sentido de, ao se escutar vivências semelhantes, poder levar cada cuidador a reflectir na sua realidade, auxiliando-o a identificar determinados recursos pessoais que poderão ser úteis na tarefa de cuidar.

Para promover o apoio emocional/espiritual aos cuidadores foi necessário identificarem-se os que apresentavam esta necessidade, com base nos resultados do diagnóstico de saúde efectuado, sendo no total 44 cuidadores.

No sentido de desenvolver um projecto de intervenção para os cuidadores, pareceu fundamental que este fosse aplicado inicialmente a uma parte da população alvo, possibilitando uma visualização da eficácia de tal projecto, com o intuito de no futuro ser aplicado a outras populações.

Seleccionamos, aleatoriamente, de entre os cuidadores residentes na freguesia de Gueifães, onde se encontra inserida a USF Lidador, aqueles que apresentavam necessidades emocionais/espirituais e, de entre estes, os que residiam em habitações cujo número de polícia fosse ímpar, dando um total de 16 cuidadores, tendo, no entanto, apenas colaborado 12.

Para iniciar o desenvolvimento deste projecto de intervenção o instrumento elaborado foi aplicado para especificar as necessidades emocionais /espirituais dos cuidadores informais, estabelecendo um planeamento de visita domiciliária. (Anexo VI)

Para o testar foi aplicado o pré-teste do formulário a duas pessoas que haviam sido excluídas da amostra, porque pertencentes à USF Odisseia. Esse instrumento revelou que muitas vezes as pessoas precisam de algum tempo para pensar, de forma a responderem às perguntas fechadas. Nas perguntas abertas não apresentaram qualquer dificuldade.

De forma a conhecer a estrutura familiar e a rede social de cada cuidador foi elaborado o genograma e o ecomapa de cada, uma vez que seria importante conhecer parte da dinâmica familiar, identificando pessoas chave que pudessem prestar algum apoio ao cuidador principal, auxiliando-o na tarefa de cuidar, permitindo alívio da sobrecarga e momentos de descanso,

demonstrando como é fundamental para o cuidador ter determinados momentos para o seu bem-estar, que por sua vez se reflectirá no cuidar ao seu familiar doente.

Ao aplicar o referido instrumento aos cuidadores obtivemos os resultados das perguntas fechadas, que se encontram no Anexo VII.

Com este formulário foi possível identificar as maiores dificuldades/barreiras assim como os recursos pessoais que o cuidador possui para lidar com a tarefa de cuidar de forma a direccionar e planear a sessão psicoeducativa para capacitar o cuidador para a construção dos relacionamentos necessários ao desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes.

Com esta estratégia, 100% dos cuidadores que colaboraram neste projecto identificaram as dificuldades na tarefa de cuidar e os recursos pessoais que dispõem para as ultrapassarem.

Para se identificarem as necessidades emocionais/espirituais dos cuidadores foram realizadas perguntas abertas com o intuito de avaliar a sua percepção em relação à sua situação actual, levando-os a reflectirem no que gostariam de mudar nas suas vidas se fosse possível nos próximos três meses e de que forma tal mudança lhes poderia promover bem-estar. Os respectivos resultados encontram-se patenteados no Anexo VIII.

Esta fase do projecto de intervenção foi muito enriquecedora no sentido de se ter a oportunidade de conhecer melhor determinados cuidadores, perceber como lidam com a tarefa de cuidar e que necessitam de ser cuidados com alguma urgência para que se possa evitar que os mesmos se tornem também eles próprios doentes.

Para dar resposta às necessidades emocionais/espirituais do cuidador estabeleceu-se para o projecto de intervenção, como objectivo geral, reduzir os efeitos negativos e a sobrecarga que se associa à tarefa de cuidar. (Anexo II)

Para tal objectivo geral foram estipulados objectivos específicos:

- capacitar o cuidador para a construção dos relacionamentos necessários ao desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes;
- disseminar a importância do cuidador formal, enquanto recurso de complementaridade ao cuidador informal, para o alcance de momentos de descanso e alívio deste;
- promover projectos psicoeducativos para cuidadores informais de pessoas com doenças crónicas e com dependência no cuidado;
- dinamizar as redes de voluntariado local em função desta problemática.

Para alcançar estes objectivos foram estabelecidas as seguintes metas:

- que pelo menos 35% dos cuidadores informais identifiquem as dificuldades na tarefa de cuidar e os recursos pessoais que dispõem para as ultrapassarem até ao dia 19 do Mês de Novembro de 2010;
- que pelo menos 35% dos cuidadores informais recorram a cuidadores formais a partir de Novembro de 2010;
- que pelo menos 40% dos cuidadores informais adquiram competências, autonomia e auto cuidado até ao dia 19 do Mês de Novembro de 2010;

- espera-se que as redes locais de voluntariado disponibilizem um apoio pontual aos cuidadores informais de curta duração, com ou sem periodicidade a partir de Novembro de 2010.

Para se alcançarem estes objectivos operacionais foram definidas as seguintes estratégias:

- através da visita domiciliária identificar das necessidades emocionais/espirituais (conforto/bem-estar) do cuidador informal;
- promover sessões psicoeducativas;
- promover formação aos voluntários existentes na comunidade sobre como prestar apoio emocional e espiritual aos utentes/cuidadores.

As actividades que se pretenderam desenvolver:

- seleccionar, com base nos questionários realizados para o diagnóstico de saúde, os cuidadores informais para a avaliação das suas necessidades emocionais;
- aplicar um questionário para avaliar o conforto/bem-estar do cuidador informal;
- orientar o cuidador a avaliar o modo como pode trabalhar em conjunto com os outros elementos da família, demonstrando a importância da participação de todos membros nas tarefas para o cuidado, podendo evitar a sobrecarga do cuidador informal;
- planejar uma sessão psicoeducativa “Como cuidar do cuidador”;
- realizar uma sessão psicoeducativa “Como cuidar do cuidador” na USF Lidador com a possível colaboração e participação de uma psicóloga, direccionada aos cuidadores informais que foram questionados no levantamento de necessidades em CP, devendo ser convocados com alguma antecedência;
- elaboração de um folheto “Guia do Cuidador”;
- mobilizar redes de voluntariado local de forma a criar uma rede de voluntários activos e sensibilizados, com a realidade do cuidador informal e dos CP através de sessões de educação para a saúde;
- realizar um levantamento dos recursos locais em conjunto com o serviço social do ACES da Maia, que possam ser utilizados pelas famílias, que tenham um elemento familiar dependente. Através da identificação destes recursos, fomentar a sua divulgação nas instituições de saúde, para que as famílias necessitadas conheçam o que existe na comunidade, como podem beneficiar de tais recursos tais como centros de dia, serviços de cuidados de saúde no domicílio, grupos de apoio e aulas para famílias.

Para se avaliar as intervenções efectuadas foi definido como indicador de processo:

Percentagem dos cuidadores informais (CI) com necessidades emocionais (NE) que responderam ao questionário

$$IP = \frac{n.^{\circ} \text{ de CI com NE que responderam ao questionário}}{n.^{\circ} \text{ total de CI com NE}} \times 100$$

Percentagem dos CI com NE que participem nas sessões psicoeducativas

$$IP = \frac{n.º \text{ de CI com NE que participem nas sessões psicoeducativas}}{n.º \text{ total de CI com NE}} \times 100$$

Percentagem dos CI com NE que reconhecem o papel dos cuidadores formais (CF) como recurso à tarefa de cuidar

$$IP = \frac{n.º \text{ de CI com NE que reconhecem o papel dos CF como recurso}}{n.º \text{ total de CI com NE}} \times 100$$

Percentagem dos voluntários locais que participem nas sessões psicoeducativas

$$IP = \frac{n.º \text{ de voluntários locais que participem nas sessões psicoeducativas}}{n.º \text{ total de voluntários locais}} \times 100$$

Como indicador de resultado:

Percentagem dos CI com NE que, através de um questionário, identificaram dificuldades, barreiras ou recursos pessoais na tarefa do cuidar

$$IR = \frac{n.º \text{ de CI com NE que identificaram as dificuldades, barreiras ou recursos}}{n.º \text{ de CI com NE que responderam ao questionário}} \times 100$$

Percentagem dos CI com NE que consigam estabelecer um objectivo realista

$$IR = \frac{n.º \text{ de CI com NE que consigam estabelecer um objectivo realista}}{n.º \text{ total de CI com NE}} \times 100$$

Percentagem dos CI com NE que recebem apoio de cuidadores formais no cuidado à pessoa dependente

$$IR = \frac{n.º \text{ dos CI com NE que recebem apoio de cuidadores formais no cuidado}}{n.º \text{ total de CI com NE}} \times 100$$

Percentagem dos cuidadores informais que revelem redução de stress, do isolamento, melhoria no funcionamento familiar e uma colaboração mais adequada entre o cuidador e os profissionais de saúde

$$IR = \frac{n.º \text{ dos cuidadores informais que revelem ter adquirido mecanismos de coping e de adaptação à doença}}{n.º \text{ total de cuidadores informais que frequentaram as sessões psicoeducativas}} \times 100$$

Percentagem dos cuidadores informais que solicitem o apoio das redes de voluntariado local

$$IR = \frac{n.º \text{ dos cuidadores informais que têm o apoio das redes de voluntariado local}}{n.º \text{ total de cuidadores informais}} \times 100$$

3.1.2. Execução do Projecto “Cuidar do Cuidador”

A aplicação de um projecto planeado possibilita o desenvolvimento de diversas actividades que possam ser encaradas como a resposta às necessidades identificadas numa fase inicial.

Ao se identificarem as necessidades espirituais do cuidador foi elaborado o planeamento da sessão psicoeducativa, que por questões temporais e perante a disponibilidade dos cuidadores em estarem presentes, em vez de serem três, foi apenas uma sessão. (Anexo IX)

Esta sessão desenvolveu-se para fornecer orientações concretas de forma a reduzir o *stress*, utilizar estratégias mais eficientes de resolução de problemas, facilitar a comunicação na família e com os serviços formais de apoio e prevenir o isolamento social.

Ao se definir uma data para a sua realização, os cuidadores que participaram na identificação das necessidades emocionais/espirituais foram contactados telefonicamente e foram enviados convites de forma a reforçar e a relembrar que a sua presença seria fundamental.

Todos os cuidadores convidados demonstraram vontade e interesse em participar na sessão psicoeducativa. No entanto, dos doze cuidadores, apareceram cinco, ~~uma vez que~~ os restantes não compareceram por motivos de saúde ou por terem consultas ou tratamentos agendados para esse dia. Os cuidadores que não puderam estar presentes revelaram que se decorresse outra sessão psicoeducativa gostariam de participar.

A fase inicial de apresentação entre os cuidadores foi um momento de muito interesse, uma vez que constatamos que, naquele instante de partilha, os cuidadores precisavam de conversar com outras pessoas que vivenciam a mesma experiência de vida e que seria benéfico terem mais oportunidades para o fazerem naquelas circunstâncias. Nos momentos em que era sugerida alguma participação, como por exemplo, definirem o que para cada um significava o cuidar, os cuidadores expressavam os seus sentimentos e interagem entre eles. Promovemos a visualização de um pequeno filme sobre testemunho de outros cuidadores que expuseram as vivências, dificuldades, emoções e sentimentos em relação à tarefa de cuidar.

Posteriormente a psicóloga convidada explanou sobre a sobrecarga que o cuidador pode sentir, tendo como consequência nomeadamente a exaustão. Foram apresentados sinais e sintomas a que devem estar atentos, bem como as suas consequências e como intervir para as prevenir ou reduzir.

Aos profissionais de saúde da USF Lidador presentes foi-lhes sugerido darem continuidade a este projecto, através da apresentação de outros temas necessários na educação para a saúde. O objectivo principal seria que esse momento, sendo de formação, acabasse por proporcionar aos cuidadores a possibilidade de estarem e falarem com outros cuidadores, o

que possibilitaria um aumento do seu bem-estar, que se reflecte no cuidar, revelando-se benéfico e positivo na sessão psicoeducativa desenvolvida.

Nesta sessão foram sugeridas algumas formas de aliviar a sobrecarga e a exaustão do papel e, para reforçar, foi elaborado um guia para o cuidador com sugestões úteis para que a sua função seja desempenhada de forma salutar. (Anexo X)

Este projecto revelou que o apoio da comunidade é essencial para os cuidadores informais. Tendo-se constatado a existência de um grupo de voluntários associados ao ACES da Maia, a LACES Maia, pareceu útil divulgá-lo junto dos cuidadores e capacitar os seus voluntários para o apoio emocional/espiritual ao cuidador e ao utente.

Assim, foram realizadas duas sessões de formação aos voluntários sobre o seu papel na prestação de apoio emocional e espiritual aos utentes e cuidadores, dando a conhecer intervenções específicas para satisfazer tais necessidades. (Anexo XI)

É essencial que existam pessoas disponíveis para ajudar, apoiar quem está doente ou necessita de ajuda, mas esta disponibilidade não é em relação a tempo, mas sim em relação à disponibilidade interior para se auxiliar e dar espaço aos outros a olharem para a sua situação de uma outra forma, viverem as suas vidas ou encontrarem um significado para o que lhes está a acontecer de modo a que possam estabelecer determinados objectivos realistas para continuarem a lutar.

O papel do voluntário deve ser de disponibilidade para acompanhar e compreender o sofrimento do outro, pois muitas vezes corre-se o risco de se intervir de determinada forma que não vai ao encontro do sofrimento do utente, gerando mal-estar e ansiedade.

O testemunho de uma voluntária do IPO do Porto enriqueceu mais a partilha de experiências, dando um contributo benéfico sobre o papel de uma voluntária através de determinados exemplos e experiências vivenciadas.

3.1.3. Avaliação do Projecto “Cuidar do Cuidador”

No final da sessão psicoeducativa o instrumento de identificação das necessidades emocionais e espirituais foi aplicado para apurar se efectivamente se verificou alguma mais-valia com tal estratégia.

Ao aplicar o instrumento aos cuidadores através das perguntas fechadas identificou-se que 40% dos cuidadores presentes têm quase sempre a quem recorrer quando precisam de ajuda, outros 40% não têm a quem recorrer e 20% dos cuidadores têm sempre a quem recorrer. A maioria dos cuidadores sente-se sozinha, mas 100% têm percepção de que são sempre importantes para alguém, principalmente para o familiar dependente. Os cuidadores presentes referem sentirem-se sempre úteis ao desempenhar o papel de cuidador, uma vez que têm a noção que desempenham o seu papel com o maior empenho e dedicação e que cuidam da melhor forma possível. Ao longo do questionário, 40% dos cuidadores manifestaram que têm sempre com quem desabafar, 40% dos cuidadores referiram que têm por vezes e outros 20% têm quase sempre com quem falar sobre as suas preocupações.

No que diz respeito à vida social e familiar, 40% dos cuidadores manifestaram que às vezes as suas actividades sociais os satisfazem, 20% satisfazem sempre, 20% quase sempre e outros 20% nunca os satisfazem.

Segundo as respostas dos cuidadores 40% está sempre satisfeito com o tempo que passa com os seus familiares e amigos, 20% quase sempre, 20% às vezes e 20% não está satisfeito.

No que diz respeito à presença dos amigos, 60% dos cuidadores referem que os amigos continuam presentes e 40% referem que não estão presentes.

Em relação ao seu auto cuidado, no que diz respeito à aparência, 60% dos cuidadores refere que sempre cuidam do seu aspecto físico, 20% raramente e 20% cuidam às vezes.

Quanto à capacidade em lidar com uma situação de dependência ou doença de um familiar, o maior número de respostas (40%) foi que conseguem lidar sempre e quase sempre com as referidas situações, no entanto 20% refere que às vezes.

Quanto à avaliação do sentimento do cuidador em relação ao futuro, 40% referem que têm sempre medo, 40% nunca têm qualquer receio e 20% não respondem. Estas respostas reflectiram no caso dos próprios cuidadores ficarem doentes, questionando-se quem irá cuidar dos seus familiares dependentes, ou até mesmo medo da morte que possa ocorrer a qualquer momento e têm receio ou de estarem sozinhos ou de não se sentirem preparados para tal.

Em relação às três últimas perguntas fechadas relacionadas com a espiritualidade, a maioria dos cuidadores cerca de 40% valoriza sempre, 40% quase sempre e 20% nunca valorizam o que de bom lhes acontece, demonstrando que, mesmo com a sua vivência actual, grande parte dos cuidadores encontram algo de positivo mesmo na sua situação.

A maioria dos cuidadores revelou que as suas crenças religiosas ou espirituais os tranquilizam e que por força delas adquirem força e ânimo para continuar a cuidar, apesar de em determinadas circunstâncias as mesmas não serem suficientes, ou seja, 60% consideram sempre, 20% quase sempre e outros 20% manifestam que raramente os auxiliam.

Ao reflectirem na sua experiência de vida, a maioria dos cuidadores refere que encontraram um sentido, um significado, uma finalidade para as mudanças ou transições que ocorreram nas suas vidas com o aparecimento da doença num familiar próximo, que os levou a adquirirem determinadas capacidades, habilidades, a aprofundarem determinada sensibilidade e a desenvolverem a capacidade de empatia.

Dos cuidadores presentes, 100% revelaram que a sua experiência enquanto prestador de cuidados permite-lhes sentirem-se sempre realizados, atribuindo significado na tarefa de cuidar que valorizará o cuidado, permitindo que este seja encarado com facilidade e naturalidade. (Anexo XII)

Ao analisar as questões abertas do referido questionário constatou-se que alguns dos cuidadores mencionaram que, se fosse possível alterar algo nas suas vidas nos próximos três meses, alteravam, por exemplo, a possibilidade do familiar doente ficar saudável, a hipótese de terem alguém que ajudasse na prestação de cuidados, a eventualidade de adquirirem alguma independência para melhorarem a vida de casal, a capacidade de terem melhores condições socioeconómicas e outro cuidador não mudaria nada.

Segundo os cuidadores se essas mudanças fossem alcançáveis poderiam ter um pouco mais de liberdade, teriam a possibilidade de partilhar e dialogar com o familiar doente que desde sempre foi fundamental nas suas vidas, de melhorarem a relação com outros familiares e possuírem melhores condições para o tratamento do seu familiar e de si próprio.

Na pergunta seguinte o cuidador era convidado a identificar três factores que poderiam contribuir para a melhoria do seu bem-estar. Para alguns cuidadores foi difícil responder a esta questão. No entanto os cinco cuidadores presentes foram unânimes nas respostas uma vez que os aspectos que enumeraram foram o apoio e compreensão familiar, a possibilidade de terem saúde para poderem continuar a cuidar do familiar doente ou adquirirem algum auxílio para tal ou terem um pouco de tempo livre para realizarem actividades diferentes do habitual e do seu agrado, que lhes permitissem recarregar baterias para continuarem na tarefa de cuidar.

Noutra questão seria necessário avaliar a percepção do cuidador em relação ao apoio do enfermeiro de família, possibilitando que manifestasse como gostaria de ser ajudado. Todos os cuidadores referiram que o apoio da equipa de enfermagem é essencial e que a mesma está presente quando necessitam.

Para avaliar a percepção dos cuidadores em relação à partilha da sua experiência com outras pessoas na mesma situação a maioria dos cuidadores referiu que a mesma foi útil no sentido de terem conhecimento de outras pessoas com vivências semelhantes à sua.

No final da sessão psicoeducativa os cuidadores manifestaram sentirem-se mais leves e com um pouco mais de força para continuarem a cuidar e manifestaram a vontade de participar em sessões semelhantes à que foi apresentada.

Com base nas metas estabelecidas no planeamento descrito, dos dezasseis cuidadores informais com necessidades emocionais/espirituais, doze cuidadores a quem foi aplicado o formulário de identificação de tais necessidades reconheceram as suas dificuldades para as ultrapassar na tarefa de cuidar. No entanto, com a sessão psicoeducativa cinco dos cuidadores presentes conseguiram-nas identificar, perfazendo 42% dos cuidadores inquiridos.

Para se constatar se o objectivo operacional referente à avaliação de quantos cuidadores informais recorreriam aos cuidadores formais, teria que ser necessário dar continuidade a este projecto. No entanto foi-lhes referido o quanto é importante que outros elementos da família participem na prestação de cuidados e esta partilha de responsabilidade é essencial, que em nada irá alterar o seu papel de cuidador principal mas o aceitar a ajuda de outros é primordial para um desempenho saudável.

Atendendo ao objectivo operacional em avaliar a aquisição de competências, autonomia e auto cuidado com a sessão psicoeducativa constatamos, através da avaliação da forma da referida sessão, que os cinco cuidadores presentes avaliaram os conteúdos da sessão psicoeducativa de “concordo totalmente”, manifestando que tal sessão constituiu uma mais-valia para o seu dia-a-dia. Também com base nas respostas obtidas do formulário aplicado todos os cuidadores presentes referiram sentir-se sempre úteis e importantes para alguém e que a sua experiência atribui sentido à sua vida. (Anexo XII)

Os métodos pedagógicos utilizados para proporcionar interacção entre os cuidadores revelaram-se eficazes, adequados e apropriados.

No final da realização de tal projecto, ao avaliar as intervenções aplicadas constata-se, de acordo com os indicadores de processo estabelecidos no planeamento, que:

- dos cuidadores informais (CI) com necessidades emocionais (NE) 75% responderam ao formulário;
- dos CI com NE 31% participaram na sessão psicoeducativa;
- dos CI com NE 62% reconhecem o papel dos CF como recurso à tarefa de cuidar;
- dos voluntários locais 70% participaram na sessão de formação sobre Apoio Emocional/Espiritual aos utentes/cuidadores.

A avaliação do que foi realizado para promover o cuidado ao cuidador passa também pela avaliação da formação ministrada ao grupo de voluntários da LACES Maia. Esse grupo revelou necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a espiritualidade, com o intuito de realizar acompanhamento espiritual com base na relação de ajuda. No entanto, a realização de exercícios práticos, através de exemplos de determinadas vivências enquanto voluntários, revelou-se ser útil, de modo a adquirirem competências para que o apoio emocional/espiritual seja benéfico para o utente e para o cuidador, uma vez que o papel do voluntário é uma mais-valia para colmatar determinadas necessidades emocionais/espirituais dos utentes e dos cuidadores.

Para avaliar se ocorreram ganhos e modificações no cuidador informal e se o objectivo geral foi alcançado através das intervenções implementadas obtivemos como indicadores de resultado:

- dos CI com necessidades emocionais/espirituais 75% identificaram, através do formulário, dificuldades, barreiras ou recursos pessoais na tarefa de cuidar;
- dos CI com um familiar dependente que responderam ao formulário, 83% conseguiram estabelecer um objectivo realista antes da realização da sessão psicoeducativa.

Após a sessão psicoeducativa, ao se aplicar o mesmo instrumento aos cuidadores presentes, 100% dos cuidadores com um familiar dependente conseguiram estabelecer um objectivo realista.

Quanto ao indicador de resultado estabelecido em relação à adesão dos cuidadores informais ao apoio de cuidadores formais, a sua avaliação deverá ser realizada a longo prazo, atendendo aos recursos sociais existentes e disponíveis na comunidade, mas os cuidadores que revelam necessitar de apoio por parte de cuidadores formais foram sinalizados de forma a obterem apoio a nível social de algumas instituições que possam auxiliar na tarefa de cuidar.

- dos CI presentes 100% referiram que com esta sessão sentem-se mais leves e melhor do que estavam, que a informação transmitida lhes possibilitou valorizar a sua tarefa de cuidadores, os induziu a reflectirem em determinados recursos pessoais que possuem para lidar com a sua situação actual e que conseguem encontrar um sentido e significado no acto de cuidar, que tenderá a evitar uma atitude de resistência ou de stress. Atendendo a que nesta sessão foram sugeridas algumas formas de aliviar a

sobrecarga e a exaustão do papel, foi elaborado um guia para o cuidador com sugestões úteis para que a sua função seja desempenhada de forma salutar.

A percentagem dos cuidadores informais que venham a solicitar o apoio das redes de voluntariado local tenderá a ser uma continuidade deste projecto, uma vez que os cuidadores só tiveram conhecimento da sua existência quando as divulgamos durante a visita domiciliária.

Os cuidadores e utentes com necessidades emocionais/espirituais e socioeconómicas foram sinalizados para o serviço social, pelo que seria muito positivo que os voluntários orientados por este serviço proporcionassem apoio emocional/espiritual a estes cuidadores e utentes, como a todos os outros que cada vez mais necessitam de uma comunidade solidária e de um grupo de voluntários dedicados.

3.2. Formação: um caminho para a intervenção

A Associação Europeia para os Cuidados Paliativos sugere que é primordial o estabelecimento de um conjunto de padrões, normas e conceitos uniformizados para que se definam os mínimos estruturais e conceptuais básicos com o intuito de garantir a qualidade na prestação de CP. (DGS, PNCP, 2010)

A formação avançada e especializada nesta área é essencial para que os profissionais de saúde possam estabelecer parcerias entre os CSD e os CSP de modo a promoverem Cuidados Paliativos cuja prática e método de tomada de decisões são baseados na ética clínica. É notória a necessidade de se utilizar uma linguagem comum com intenção da melhoria da continuidade dos cuidados bem como uma uniformização dos cuidados com base nos recursos existentes, promovendo cuidados eficientes e acessíveis aos utentes/família que revelem necessidade destes cuidados intensivos de conforto. Uma das estratégias para que os CP na comunidade sejam efectivos foi a realização de acções de formação e o desenvolvimento de um seminário sobre o tema acima referido, no sentido dos CSP adoptarem determinadas medidas para uma melhor prestação de cuidados. Os dilemas clínicos, as diferentes patologias, a conjugação e o manuseamento específicos de um conjunto alargado de terapêutica, assim como a gestão global de situações de sofrimento intenso necessitam que profissionais de saúde adquiram uma preparação sólida e especializada.

O apoio aos utentes com patologias progressivas e sem perspectivas curativas revela a existência de um défice na formação dos profissionais de saúde, pelo que os CP devem constar na formação pré e pós graduada dos profissionais de saúde.

3.2.1. *Planeamento do Projecto “Formar os profissionais de saúde dos CSP para a promoção dos CP”*

Toda e qualquer acção é antecedida de uma intenção, para suprimir alguma necessidade ou problema verificado.

De acordo com um dos resultados do diagnóstico de saúde, foi delineado um projecto de intervenção para promover formação sobre CP aos profissionais de saúde, que direccionou a nossa intervenção quer para os aspectos mais peculiares de ordem teórica e prática, quer para a nossa experiência diária num Serviço de CP. Para que esta necessidade fosse colmatada, elaboramos um Manual de Cuidados Paliativos, que fornecesse linhas orientadoras em como prestar os referidos cuidados na comunidade, promovendo a continuidade dos cuidados. Os temas incluídos são:

- filosofia e princípios dos cuidados paliativos;
- princípios de avaliação e controlo de sintomas;
- administração de terapêutica por via subcutânea;
- terapias não farmacológicas para o controlo de sintomas;
- assistência domiciliária em cuidados paliativos;
- apoio familiar/apoio ao luto;
- comunicação em cuidados paliativos;
- urgências em cuidados paliativos;
- cuidados nos últimos dias de vida;
- aspectos éticos em cuidados paliativos.

Neste manual os temas desenvolvidos vão de encontro com as áreas que caracterizam os CP e que necessitam de ser divulgados e conhecidos, atendendo que a experiência possibilitará fundamentar os conhecimentos descritos. Um dos capítulos desenvolvidos, o apoio à família, sendo uma das directrizes dos CP e permanente na Unidade de CP do IPO, direccionou o desenvolvimento de um projecto de intervenção para o cuidar do cuidador.

Intrínseco ao diagnóstico de saúde realizado aos profissionais de saúde do ACES da Maia e de acordo com uma actual prioridade na sua prática diária, foi-nos solicitada a apresentação de uma acção de formação relativa à “Manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais totalmente implantados”, com base na prática diária deste tipo de intervenções que efectuamos segundo um protocolo instituído.

Em relação aos cateteres endovenosos centrais, existem determinados cuidados a ter, principalmente para realizar a sua manutenção. Muitos dos utentes acompanhados pelos CP apresentam cateteres endovenosos centrais implantados por terem realizado tratamento de quimioterapia. A manipulação destes cateteres pode ser realizada pelos enfermeiros no domicílio, tal como a sua manutenção para uma necessidade futura, evitando uma deslocação ao hospital.

Esta iniciativa ocorreu em dias distintos, em cada unidade de saúde, com a duração de uma hora para cada acção de formação. Teve como propósito dar a oportunidade a todos os

profissionais de saúde de estarem presentes e participarem nestes temas do seu interesse, para uma melhor apreensão dos conhecimentos adquiridos.

Esta intervenção teve como objectivo geral (Anexo II):

- promover formação aos profissionais de saúde do ACES da Maia sobre temas identificados como prioritários na sua prática diária.

Para se alcançar tal objectivo é essencial estabelecerem-se os seguintes objectivos específicos:

- reduzir as dificuldades dos profissionais do ACES da Maia na manipulação dos cateteres venosos centrais;
- esclarecer as dúvidas que os profissionais de saúde do ACES da Maia apresentem face a experiências que tenham tido com estes cateteres e com esta via de administração de terapêutica;
- proporcionar aos profissionais de saúde do ACES da Maia a manipulação dos cateteres venosos centrais.

Para cada objectivo específico estabeleceu-se como objectivo operacional o seguinte:

- espera-se que 25% dos profissionais de saúde do ACES da Maia identifiquem as suas dificuldades sobre os temas das acções de formação até o final do mês de Outubro de 2010;
- espera-se que 25% profissionais de saúde do ACES da Maia participem nas acções de formação expondo as suas experiências e dúvidas com estas vias de administração de terapêutica até o final do mês de Outubro de 2010;
- aguarda-se que os métodos e instrumentos utilizados para suprir determinadas necessidades de determinada área se mostrem inovadores, criativos e eficazes em pelo menos 50% dos profissionais de saúde que recebam formação até o final do mês de Outubro de 2010.

Para se alcançar os objectivos definidos designou-se a seguinte estratégia:

- promover formação sobre os temas definidos, em dias diferentes e alternadamente.

As actividades desenvolvidas foram:

- organizar a apresentação da acção de formação;
- realizar folheto e um poster;
- elaborar um documento para se avaliar a aquisição de conhecimentos dos formandos.

Para avaliar as intervenções desenvolvidas foram designados como indicadores de processo:
Percentagem dos profissionais de saúde que estejam presentes nas acções de formação

$$IP = \frac{\textit{n.º de profissionais de saúde estejam presentes nas acções de formação}}{\textit{n.º total de profissionais de saúde do ACES da Maia}} \times 100$$

Percentagem dos profissionais de saúde que exponham dúvidas durante a formação e revelem vontade em participarem na demonstração prática

$$IP = \frac{\textit{n.º de profissionais de saúde participativos na formação}}{\textit{n.º total de profissionais de saúde na formação}} \times 100$$

Como indicadores de resultado:

Percentagem dos profissionais de saúde que frequentaram a formação e revelem redução das dificuldades na manipulação dos cateteres venosos centrais

$$IR = \frac{\textit{n.º de profissionais de saúde que revelem redução das dificuldades}}{\textit{n.º total de profissionais de saúde que participam na avaliação da formação}} \times 100$$

Percentagem dos profissionais de saúde que assistem à formação e obtenham 60% no teste de avaliação final

$$IR = \frac{\textit{n.º de profissionais de saúde que obtiveram 60% no teste de avaliação final}}{\textit{n.º total de profissionais de saúde que realizaram teste de avaliação final}} \times 100$$

3.2.2. Execução do Projecto “Formar os Profissionais de Saúde dos CSP para a promoção dos CP”

Para dar resposta às necessidades de formação dos profissionais do ACES da Maia em CP, de acordo com os resultados do diagnóstico de saúde realizado aos mesmos, participamos no Seminário sobre Cuidados Paliativos, apresentando um tema específico e característico, com o intuito de partilhar e dar a conhecer a respectiva realidade.

De acordo com o defendido no PNCP, as Unidades de CP mais especializadas detêm uma responsabilidade acrescida na formação dos profissionais, tornando-se como centros de referência para estágios clínicos e divulgação de boas práticas. Essencialmente quando a falta de formação avançada sobre os CP limita a criação de novos serviços, revela-se fundamental o papel destas unidades de saúde, quer nos CSD quer nos CSP. Uma vez que possuímos experiência profissional no Serviço de CP, tentamos transmitir toda a informação necessária sobre esta filosofia, com o intuito de capacitar os profissionais na prestação de CP.

Um dos temas explorados no referido seminário consistia na filosofia dos CP, para que os presentes adquirissem a percepção da essência destes cuidados, com o intuito de compreenderem a especificidade e a abrangência que estes cuidados suportam e como estes

se organizam de forma a dar resposta às necessidades dos utentes/família. Durante esta apresentação foi fundamental apresentar os instrumentos que viabilizam a aplicação dos CP que se mantêm presentes: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e o trabalho em equipa.

A avaliação dos diferentes sintomas que os utentes podem apresentar e o modo de os controlar foi um dos momentos essenciais neste seminário, uma vez que este tema caracteriza a especificidade de como se praticam os CP, através de uma avaliação diária dos sintomas que o utente apresente, resultante da progressão da doença e de outras doenças associadas, através da utilização de determinadas escalas como o caso da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton. Após a abordagem desta avaliação foi apresentado como controlar os sintomas identificados, contribuindo-se para o alívio do sofrimento.

A Espiritualidade em CP foi também uma área explorada por ser um aspecto fundamental na vida das pessoas, com um valor acrescentado nos utentes com doenças prolongadas ou em progressão e por esta ser um instrumento necessário para ajudar os utentes a lidarem da melhor forma com a sua situação clínica, atribuindo um sentido e um significado para a sua existência. Foi apresentado como se pode auxiliar o utente a explorar a sua espiritualidade e como esta pode ser benéfica a nível emocional, possibilitando resolver determinados assuntos que por vezes estão na origem de sofrimento espiritual. Uma vez que os profissionais de saúde têm um papel preponderante no cuidado ao utente, e esta dimensão faz parte de todo o ser humano, deve ser incluída num plano de cuidados e não ignorada e por vezes ultrapassada por aspectos mais objectivos.

A comunicação sendo um instrumento fundamental em CP foi neste seminário abordada com o intuito de orientar os profissionais de saúde em como estabelecer uma comunicação eficaz e terapêutica com os utentes e suas famílias, dando o exemplo do Protocolo de Buckman, que tem determinadas directrizes que orientam o percurso da comunicação, tendo sempre em conta a expressão verbal e não-verbal.

A conspiração do silêncio foi descrita nesta apresentação de forma a alertar os profissionais de saúde das consequências que tal atitude pode gerar no relacionamento do utente/família/equipa de saúde e na sua adesão ao plano terapêutico.

Num outro tema relatado, os cuidados em fim de vida, descreveram-se as características específicas que um utente pode apresentar nas últimas horas ou dias de vida, e que tipo de cuidados se podem proporcionar, de forma a promover conforto e o mínimo de sofrimento possível. A existência de um protocolo sobre a agonia, que será em breve implementado num Serviço de CP do Porto, o Protocolo de Liverpool, foi apresentado neste seminário, constando de um guia com os cuidados específicos a ter de acordo com as características que o utente apresente nos últimos dias ou horas de vida.

A doença e a proximidade da morte geram no utente e na sua família uma panóplia de mudanças e um tumulto de sentimentos, que revelam a necessidade e a importância do apoio emocional e psicológico, que é fundamental para se evitar consequências mais graves que

poderão ser acompanhadas e, se possível, minimizadas, através da expressão de sentimentos que possam estar presentes e que necessitem ser trabalhados.

Por conseguinte, o apoio psicológico foi o último tema apresentado, dando a conhecer as diferentes etapas de adaptação à doença e os tipos de sentimentos que podem estar subjacentes às diferentes etapas, de forma a se reconhecer o porquê de tal estado emocional, assim como estar atentos a determinados sinais que possam sugerir a necessidade de algum tipo de acompanhamento psicológico mais especializado.

Os temas apresentados permitiram que os profissionais adquirissem conhecimentos sobre esta temática, tendo oportunidade em esclarecer e expor dúvidas relacionadas com determinadas experiências e dilemas profissionais.

Ao desenhar o plano da apresentação, cada palestrante estabeleceu objectivos que esperava que os profissionais de saúde atingissem, com base no conteúdo e na estratégia aplicada para a aquisição de conhecimentos necessários sobre esse tema. (Anexo XIII)

Uma estratégia desenvolvida de forma a coadjuvar o colmatar da necessidade de formação dos profissionais de saúde em CP foi a elaboração de um Manual de Cuidados Paliativos com temas essenciais à promoção destes cuidados, com objectivo de melhorar a continuidade dos cuidados e facilitar uma parceria entre os Cuidados de Saúde Primários e diferenciados, uniformizando a linguagem.

Um dos capítulos descreve o apoio à família e pessoas significativas, um outro capítulo a assistência domiciliária em CP e um terceiro capítulo a avaliação e o controlo de sintomas, que foram pontos-chave para o projecto de intervenção desenvolvido “Cuidar do Cuidador”, para colmatar as necessidades de CP identificadas como por exemplo as necessidades emocionais e espirituais do cuidador, tendo a experiência profissional fundamentado os conhecimentos descritos.

Na assistência domiciliária em CP demonstra ser útil conhecer e analisar determinados factos e outras experiências profissionais que foram descritas no referido manual, que poderão gerar algumas mudanças na mentalidade e em alguns paradigmas da medicina, para uma melhoria da continuidade dos cuidados.

A avaliação e controlo de sintomas são um aspecto chave e essencial para que a prestação dos CP decorra da melhor forma, pelo que foi incluído neste manual. Esta área de intervenção necessita de ser conhecida para que se compreendam os objectivos dos CP, que para se promover uma melhor qualidade de vida aos utentes é fundamental realizar-se uma avaliação e controlo de determinados sintomas que estão relacionados com a própria doença, direccionando o plano de tratamento para o controlo e não para a cura da própria doença. A fundamentação deste tema, além de ter por base alguma experiência diária, tem também alguma pesquisa bibliográfica que esteja de acordo com o que se realiza diariamente, baseada na prática com a melhor evidência científica.

Uma outra intervenção, a sessão de formação “Manipulação e manutenção dos cateteres endovenosos centrais totalmente implantados”, um tema identificado como prioritário na sua

prática diária, foi planeada e organizada através da elaboração do planeamento e do plano da sessão de formação. (Anexo XIV)

Elaboramos um folheto com a informação necessária sobre aquele tema para sustentar os conhecimentos transmitidos com base num protocolo instituído e aplicado no IPO do Porto. (Anexo XV)

Ao longo das três sessões de formação estiveram presentes 27 enfermeiros do total de 82 enfermeiros do ACES. Cada sessão teve aproximadamente a duração de uma hora.

As sessões formativas foram ministradas em duas partes, utilizando para a sua apresentação o método expositivo e demonstrativo. Uma com carácter mais teórico, na qual foram referidos os tipos de cateteres venosos centrais, dando especial relevo aos totalmente implantados, assim como os principais locais de inserção, e outra parte com exposição do material necessário para punccionar um implantofix e a técnica de punção, demonstração da heparinização de um implantofix, os cuidados específicos e as advertências a ter durante a sua manipulação. (Anexo XIV)

No decorrer das sessões de formação os formandos descreveram algumas das suas dificuldades na manipulação e manutenção destes cateteres através da partilha de determinadas experiências profissionais, que se relacionam com a inexistência de determinado material necessário para a aplicação da norma, bem como a falta de conhecimentos e prática na manipulação de tais cateteres.

Ao longo destas sessões formativas foi dada a oportunidade aos presentes de manipularem o material utilizado, assim como realizarem a técnica de punção do cateter tipo implantofix, com intenção de proporcionar um momento de formação prático, uma vez que os conhecimentos adquiridos poderão ser assimilados com maior eficácia quando se experimenta e pratica.

3.2.3. Avaliação do Projecto “Formar os profissionais de saúde dos CSP para a promoção dos CP”

Toda e qualquer acção realizada necessita de ser avaliada de forma a se verificar se ocorreram ganhos ou mudanças favoráveis, bem como verificar se foi eficaz para colmatar determinada necessidade inicialmente identificada.

O feedback dos profissionais de saúde presentes no Seminário foi muito positivo, tendo sido em alguns casos expresso que lhes permitiu um desenvolvimento pessoal e profissional, constatando-se o interesse e a motivação dos profissionais através da sua participação e interacção ao longo do evento.

O que seria pertinente e fundamental é que os profissionais de saúde presentes praticassem os conhecimentos transmitidos em benefício dos utentes e de uma sociedade da qual temos o dever de cuidar, proporcionando a melhor qualidade de vida, reunindo as condições mais favoráveis para a prática destes cuidados que são essenciais em qualquer fase da doença.

Tudo tem um início, e este Seminário foi um ponto de partida importante, no sentido de se ter constatado a necessidade e o interesse por parte dos profissionais de saúde presentes em adquirir formação em relação aos CP com o objectivo de os praticarem nos CSP.

Foi realizada uma avaliação da forma, com documento próprio do ACES, e do conteúdo das sessões de formação apresentadas sobre a “Manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais”, com intuito de se melhorar ou atender a determinados aspectos que poderão ser incluídos em sessões seguintes. (Anexo XVI)

De acordo com uma das questões incluídas na avaliação da forma da sessão de formação, foram destacados, enquanto aspectos positivos da sessão, a demonstração prática, a comunicação dos formadores, o modo como o tema foi abordado, o esclarecimento de dúvidas, a manipulação do material e a pertinência da formação.

Atendendo aos objectivos operacionais estabelecidos no planeamento podemos referir que com a sessão de formação 32% dos profissionais presentes manifestaram diminuição das dificuldades sobre o tema apresentado, com base nos resultados da avaliação da forma da referida sessão em que classificaram, quer a avaliação dos objectivos quer dos conteúdos programáticos, de “concordo” e “concordo totalmente”, assim como a avaliação global da sessão de formação. (Anexo XVI)

De acordo com outra meta estabelecida podemos referir que os 27 enfermeiros presentes colocaram questões aos formadores, expondo as suas dúvidas e experiências com esta via de administração, o que corresponde a cerca de 32% dos enfermeiros do ACES da Maia.

Com base na avaliação da forma verificou-se que mais de 50% dos profissionais que receberam formação classificaram a respectiva organização e meios utilizados como “concordo totalmente”. (Anexo XVI)

As intervenções realizadas para serem validadas necessitam de ser avaliadas, pelo que ao definir os indicadores, quer de processo quer de resultado, essa intenção foi premente.

Como tal, face aos indicadores de processo estabelecidos obteve-se:

- 32% dos profissionais de saúde que estiveram presentes nas acções de formação;
- 100% dos profissionais de saúde expuseram dúvidas durante a formação e revelaram vontade em participar na demonstração prática.

Como indicadores de resultado:

- 100% dos profissionais de saúde que frequentaram a formação revelam redução das dificuldades na manipulação dos cateteres venosos centrais.

Com base na avaliação da forma e do conteúdo constata-se que os formandos “concordaram” e “concordaram totalmente” em se ter alcançado o objectivo geral desta sessão que foi: *Formar os Enfermeiros do ACES da Maia sobre a manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais totalmente implantados*, e que todos os formandos obtiveram avaliação positiva na ficha de avaliação, o que revela redução das dificuldades na manipulação dos cateteres venosos centrais.

- todos os profissionais de saúde que assistiram à formação obtiveram mais de 60% no teste de avaliação.

Na avaliação do conteúdo da sessão de formação, através da realização de um teste de avaliação todos os formandos presentes obtiveram classificação superior a doze valores. (Anexo XVII e Anexo XVIII)

Atendendo aos objectivos a que nos propusemos alcançar neste projecto de intervenção e de acordo com os indicadores definidos e atingidos, poderemos concluir que a partilha de conhecimentos com base numa prática baseada na melhor evidência científica revela-se essencial para a capacitação dos profissionais de saúde, fomentando uma melhoria da prática clínica, colmatando dúvidas e incertezas que necessitam de esclarecimento, para uma prestação de cuidados que requer padrões de qualidade.

4. ANÁLISE CRÍTICA DOS ESTÁGIOS DE INTERVENÇÃO I E II

Uma reflexão crítica de todo um projecto desenvolvido tenderá a possibilitar a consciencialização da aquisição de determinadas competências, que foram desenvolvidas através de projectos de intervenção, dirigidos aos grupos e famílias que vivenciam processos de saúde/doença com vista à promoção de saúde, prevenção e tratamento da doença, reinserção social e readaptação funcional em todos os contextos de vida.

A enfermagem por ser constituída por diversas competências certificadas e pela comunicação que desenvolve com os cidadãos, no sentido dos próprios obterem conhecimento dos padrões de cuidados que podem esperar, possibilita o desenvolvimento de outras competências clínicas especializadas de forma a mobilizar em contexto de prática clínica, habilidades, conhecimentos e capacidades atendendo às necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

O desenvolvimento de competências atende às respostas humanas, aos processos de vida e aos problemas de saúde demonstrando níveis elevados de julgamento clínico, tomada de decisão em relação ao campo de intervenção específico.

O contacto com dilemas clínicos possibilita perspectivar a acção de um modo diferente, com o intuito de promover uma adaptação a determinada situação, que gera transição na sua dinâmica pessoal, familiar, profissional e cultural.

O Modelo de Desenvolvimento Profissional descreve pormenorizadamente o perfil de competências que constituem as diferentes especialidades em enfermagem, definindo, na área de enfermagem comunitária, as competências específicas que de seguida serão descritas de forma a se constatar como foram concretizadas.

Para que o desenvolvimento deste projecto fosse exequível foi essencial **estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade atendendo à sua complexidade e dilemas clínicos.**

Para tal foi elaborado um diagnóstico de saúde em relação às necessidades de CP quer dos utentes/cuidadores acompanhados pelas equipas domiciliárias das Unidades de Saúde Familiar Lidador, Pirâmides e Odisseia, assim como as necessidades de formação dos profissionais de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto IV — Maia sobre a referida temática, uma vez que algumas das prioridades do Plano Nacional de Saúde encontram-se centradas na família e no ciclo vital, bem como no morrer com dignidade. É necessário que o domicílio, sendo o espaço de eleição da pessoa para viver, se desenvolver e morrer, possua os requisitos básicos para uma vida saudável assim como para um fim de vida com dignidade (atendendo à individualidade da pessoa/família ou grupo). Para proporcionar as condições favoráveis para uma vida saudável no domicílio é necessária a intervenção das equipas de saúde na comunidade, de forma a orientar ou ensinar o indivíduo, família ou grupo como lidar com possíveis transições que possam ocorrer, promovendo o *empowerment* dos cuidadores. Por sua vez um dos objectivos dos CP é promover formação aos profissionais de saúde sobre a especificidade destes cuidados, de modo a adquirirem competências

especializadas para a sua promoção na comunidade, de forma a melhorarem a continuidade dos cuidados, tendo as equipas de CP essa responsabilidade.

De forma a reconhecer quais as reais necessidades sobre CP foram integradas e avaliadas variáveis socioeconómicas e ambientais, que possibilitaram caracterizar as populações em estudo, identificar problemas e necessidades de saúde e estabelecer uma relação causa efeito entre aquelas e estas, possibilitando a elaboração de indicadores em Saúde.

As necessidades dos utentes/cuidadores e profissionais de saúde, em relação aos CP identificadas no diagnóstico de saúde elaborado, foram apresentadas ao Conselho Clínico do ACES da Maia e à equipa da USF Lidador.

Posteriormente foram estabelecidas as prioridades em saúde de acordo com as necessidades assinaladas, recorrendo a um consenso de peritos. Após discussão sobre as necessidades que emergiram no diagnóstico de saúde, ficou decidido que os peritos procederiam à sua priorização por escrito. Foi elaborado um instrumento de priorização para o efeito, e enviado por correio electrónico. Da análise das respectivas respostas verificou-se que houve consenso na atribuição de prioridades, respectivamente:

- apoio emocional/espiritual do cuidador;
- apoio emocional/espiritual dos utentes;
- formação dos cuidadores sobre cuidados a pessoa dependente;
- apoio socioeconómico através do estabelecimento de parcerias entre a USF e instituições de apoio social e
- formação sobre Cuidados Paliativos dos profissionais de saúde do ACES Maia.

Com as prioridades estabelecidas foram definidos os objectivos e estratégias, para colmatar as necessidades identificadas e distribuídos os projectos de intervenção pelos elementos do grupo. Posteriormente foram formulados os objectivos e estratégias de intervenção face à priorização realizada, em que cada elemento do grupo definiu objectivos operacionais, que permitissem medir as mudanças desejáveis, através dos projectos de intervenção estabelecidos e desenvolvidos por cada elemento do grupo de estágio, com o intuito de dar resposta às referidas necessidades. Para a elaboração de tais estratégias atendeu-se aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais dos grupos de intervenção que foram identificados numa fase inicial do diagnóstico de saúde.

Todas as intervenções realizadas no âmbito de cada projecto de intervenção foram avaliadas e monitorizadas através dos objectivos operacionais e dos indicadores estabelecidos nos referidos projectos, com o intuito de quantificar os ganhos de saúde que possam ter ocorrido.

De acordo com os resultados obtidos na avaliação do projecto de intervenção às necessidades de apoio emocional/espiritual do cuidador, parece que seria pertinente o desenvolvimento de um trabalho de investigação, que qualificasse as respostas dos cuidadores em relação à identificação das ditas necessidades, no sentido de estabelecer uma relação com a sua avaliação quantitativa e uma avaliação qualitativa. Este trabalho poderia possibilitar orientar uma intervenção que desse resposta à necessidade quantificada e qualificada. No

entanto só poderia ser desenvolvido e ter alguma visibilidade com uma amostra maior do que a que se obteve em relação aos cuidadores informais, permitindo consequentemente uma avaliação mais fidedigna.

O objectivo comum de todas as intervenções realizadas foi promover CP na comunidade. Como tal foi pertinente **contribuir para a capacitação de grupos e de comunidades**, com vista à consecução de projectos de saúde colectivos.

Tendo em conta que os profissionais de saúde do ACES revelaram necessidade de formação em CP face à criação das ECCI, que tenderão a integrar unidades de CP, participamos em parceria com o ACES na formação dos profissionais de saúde sobre temas que identificaram como prioritários para o seu desempenho profissional, como sobre a “Manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais totalmente implantados”.

Uma vez que área de actuação da enfermagem é muito abrangente, precisamos de nos formar e informar, bem como educar, perante as situações diversas com que nos deparamos no nosso trajecto profissional, desenvolvendo um percurso mais enriquecido, reflectindo na e sobre a sua prática de forma crítica, assim como procurar conhecimentos que possam validar a prática. Consequentemente, a **mobilização dos profissionais de saúde do ACES da Maia para colmatar a necessidade de formação** foi possível pela divulgação realizada pelo ACES e pelo grupo organizador durante outras sessões de formação realizadas, uma vez que o Seminário fez parte do plano anual de formação.

No que diz respeito às necessidades emocionais/espirituais identificadas dos cuidadores informais, pareceu fundamental **capacitar os cuidadores para a construção dos relacionamentos necessários ao desenvolvimento de estratégias de coping eficazes**, para reduzirem os efeitos negativos e a sobrecarga da tarefa de cuidar. Uma vez que se a família conseguir desenvolver determinadas estratégias de comunicação entre os seus membros, se as tarefas e os cuidados forem divididos entre todos, se desenvolverem determinados recursos pessoais como optimismo, auto-estima e apoio, conseguirão adaptar-se à doença, encarando-a como um momento de aprendizagem em como cuidar do seu familiar dependente.

Cabe-nos a nós, enfermeiros, apoiar e educar os cuidadores através de momentos de partilha com outros cuidadores, funcionando como grupos de interajuda, tendo também como objectivo orientá-los, a promoverem o seu auto cuidado e autonomia. Por isso foi realizada uma sessão psicoeducativa “Cuidar do Cuidador” na USF Lidador, com a participação de uma psicóloga, direccionada aos cuidadores informais que foram questionados no levantamento de necessidades em CP.

De acordo com os recursos existentes nesta comunidade, foi possível identificar a LACES Maia, que possibilitou elaborar uma estratégia para colmatar a necessidade emocional/espiritual dos cuidadores, sendo fundamental **capacitar os voluntários da LACES Maia para prestarem apoio emocional/espiritual aos cuidadores e aos utentes** de forma a criar uma rede de voluntários activos e sensibilizados com a realidade do cuidador informal e dos CP, através de sessões de formação.

As visitas domiciliárias, que possibilitaram a identificação das necessidades emocionais/espirituais dos cuidadores, permitiram demonstrar aos mesmos que quem cuida necessita de ser cuidado, **mobilizando-os e incentivando-os a participarem** na sessão psicoeducativa, com a colaboração de alguns enfermeiros da USF Lidador, que lhes revelaram que tal intervenção seria benéfica para os mesmos, no sentido de fornecer orientações concretas para reduzir o *stress*, a utilizar estratégias mais eficientes de resolução de problemas, a reconhecerem os seus recursos pessoais e potenciais, facilitando a comunicação na família e com os serviços formais de apoio e para prevenir o isolamento social.

Nas intervenções descritas e desenvolvidas foram **integrados conhecimentos de diferentes disciplinas como enfermagem, educação e comunicação** procedendo à **gestão de informação sobre os temas apresentados** como a “Espiritualidade em Cuidados Paliativos” no seminário, quer na sessão de formação aos voluntários e na sessão psicoeducativa “Cuidar do Cuidador”, com o intuito de transmitir os conhecimentos necessários, com base na experiência profissional que possuímos, de acordo com as características dos grupos de intervenção.

Pela avaliação das intervenções realizadas pôde concluir-se, com base na satisfação e motivação de todos os que participaram, que os instrumentos utilizados na divulgação, na forma e no conteúdo das acções desenvolvidas foram adequados.

Uma vez que seria necessário ter dados específicos, para orientar a intervenção, assim como um instrumento que a pudesse avaliar posteriormente, foi desenvolvido um questionário para identificar especificamente as necessidades emocionais/espirituais dos cuidadores. Este instrumento foi um importante auxílio para que se pudesse promover algum cuidado aos cuidadores, possibilitando-lhes que expressassem os seus sentimentos e algumas emoções relacionados com a sua situação, para que reflectissem na sua vivência e, ao ouvirem a sua história de vida, consciencializarem-se da sua realidade.

Participamos na coordenação, promoção, implementação e monitorização das actividades constantes dos Programas de Saúde conducentes aos objectivos do Plano Nacional de Saúde, onde está contemplado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos.

Atendendo à relevância e especificidade deste Programa e conseqüentemente na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde, as parcerias com as sociedades científica e civil e as actividades desenvolvidas no sentido de promover tais cuidados na comunidade, através da formação aos profissionais de saúde e no cuidado ao cuidador e através do apoio emocional/espiritual, poderão transformar-se futuramente em ganhos de saúde. A abordagem centrada à gestão integrada da doença inserida no Plano Nacional de Saúde considera que as doenças crónicas neurodegenerativas levarão a uma sobrecarga do cuidador que necessita de formação e que o seu papel deve ser reconhecido legalmente.

A vigilância epidemiológica revela ser um importante instrumento para análise, compreensão e explicação dos fenómenos de saúde/doença pelo que todas as actividades desenvolvidas no sentido de identificar as necessidades da comunidade que é abrangida pelo ACES da Maia possibilitaram reconhecer várias áreas de atenção, que necessitam de ser

atendidas através do desenvolvimento de outros projectos e/ou dar continuidade aos desenvolvidos.

Com o projecto desenvolvido em direcção dos Cuidados Paliativos na Comunidade, constata-se que este será um início de um percurso a seguir, mobilizando a atenção da enfermagem perante situações que requeiram estes cuidados, para a promoção de qualidade de vida do utente e do cuidador tendo em conta o contexto em que estão inseridos, mobilizando os recursos da comunidade para que o cuidar no domicílio seja realizado com o melhor empenho de todos, possibilitando que a vivência da doença seja a menos penosa possível. Consequentemente a análise e reflexão crítica do trajecto desenvolvido permitiu o reconhecimento das competências adquiridas.

5. CONCLUSÃO

A maioria dos utentes com doença crónica em evolução progressiva e avançada pode e deve ser acompanhada pelos CSP na comunidade. Para tal é necessária a existência de determinados mecanismos flexíveis, para que tenham acesso à intervenção das equipas de CP.

A continuidade dos cuidados é fundamental para promover a qualidade de vida aos utentes assim como às suas famílias, uma vez que estas necessitam de apoio, formação e informação das equipas domiciliárias de forma a proporcionarem bem-estar ao elemento da família que está doente bem como adaptarem-se ao seu papel de prestador de cuidados, que necessita de ser cuidado.

Os CP são considerados como cuidados activos e intensivos de conforto. Estes direccionam-se para uma abordagem que promova a melhor qualidade de vida aos utentes/família, que suportam problemas derivados de doença incurável com prognóstico limitado. Os objectivos serão o alívio do sofrimento, preparação e gestão do fim de vida e o apoio no luto, recorrendo à identificação de problemas físicos, psicossociais e espirituais que permitam a protecção da dignidade da pessoa com doença incurável ou na fase final de vida.

Para a prestação efectiva dos CP na comunidade é essencial profissionais de saúde nos CSP, com formação diferenciada e especializada nesta área, assim como voluntários com formação sobre a realidade dos CP, mais especificamente no que diz respeito ao apoio emocional, de forma a promoverem o cuidado e o apoio que os utentes e familiares necessitem.

Revela-se prioritário dirigir o nosso foco de atenção para o utente/família e não só para o utente, proporcionando uma perspectiva do cuidado mais alargada e com alguma interacção.

Atendendo à necessidade e premência de se promover, divulgar e incentivar a prestação dos CP na comunidade, tendo em conta que em diversas situações o utente revela querer estar no seu espaço, envolto das suas familiaridades, mesmo necessitando de cuidados de saúde específicos, desenvolvemos projectos de intervenção para capacitar, quer os profissionais de saúde do ACES da Maia quer os voluntários da LACES Maia, a prestarem CP, adaptando a realidade dos CP do meio hospitalar à realidade dos CP na comunidade.

Todas as intervenções desenvolvidas tiveram como objectivo impulsionar a melhoria da continuidade dos cuidados, tentando estabelecer parcerias entre os CP e os CSP, uniformizando a prestação dos CP, para se proporcionar uma melhor qualidade de vida ao utente e cuidador direccionando a prática para cuidados que englobam a vertente física, emocional, espiritual e social, com base na humanização do cuidar.

Se conseguirmos incluir diariamente na nossa intervenção o cuidado para os cuidadores, que se revelam nossos parceiros na prestação e promoção de cuidados ao utente, com certeza obteremos ganhos em saúde *“para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitando de receber apoio, informação e educação.”* (DGS, PNCP 2010 : 8)

Seria necessário que ocorresse alguma alteração na projecção dos cuidadores a nível da sociedade, uma vez que precisam diariamente de apoio físico, emocional/espiritual e socioeconómico e são muitas das vezes passados para segundo plano. Deveriam ser promovidos mecanismos de apoio legal e social que possibilitassem aos cuidadores desempenharem o seu papel de um modo mais efectivo.

O projecto de intervenção Cuidar do Cuidador revelou-se fundamental uma vez que os cuidadores que contactamos demonstravam sinais de sobrecarga física, emocional e espiritual associada à tarefa do cuidar e necessitavam de orientações, conselhos e ensinamentos que promovessem o seu bem-estar físico, emocional e espiritual. A partilha de experiências entre cuidadores mostrou-se ser uma estratégia útil, permitindo-lhes conhecer outras vivências, possibilitando-lhes olhar para a sua realidade com outra perspectiva.

Consequentemente, podemos concluir que outros projectos direccionados para a promoção do bem-estar, da autonomia, do auto cuidado e de aquisição de competências do cuidador, poderão beneficiar na prestação de cuidados aos utentes, possibilitando-lhes encontrarem sentido para a sua tarefa de cuidar. Um cuidador cuidado representará um melhor desempenho do seu papel enquanto cuidador, que reflectir-se-á no cuidado ao utente.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça – **Manual de Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.

BERNARDO, A. – Avaliação de sintomas em cuidados paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2005. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos.

BERTACHINI, Luciana; PESSINI, Leo – Novas perspectivas em cuidados paliativos: ética, geriatria, gerontologia, comunicação, espiritualidade. “Revista Mundo da Saúde”. São Paulo. Volume 29, n.º 4 (2005).

CANARIO, R. – **Educação de adulto: um campo e uma problemática**. 2ª ed: Educa, 2003.

CARRILHO, M.; PATRÍCIO, L. – A situação demográfica recente em Portugal. “Revista de Estudos Demográficos”. Portugal. Instituto Nacional de Estatística (2009).

CERQUEIRA, Maria Manuela – **O cuidador e o doente paliativo. Análise das necessidades / dificuldades do doente paliativo no domicílio**. Coimbra: Formasau, 2005.

CHARLSON, M.E et al. – A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies development and validation. “Journal of Chronic Diseases”.[S. 1].Volume 40, n.º 5 (1987) 373-383.

CHOCHINOV, H. – Dignity and the essence of medicine: the A,B,C and D of dignity conserving care. “BMJ”. [S.1].Volume 334 (2007) 184-187.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, Alma-Ata, 1978 - **Declaração de Alma-Ata**. Lisboa: Gabinete de Estudos e Planeamento, 1978.

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA DA ARS NORTE, I.P. – **Perfil de Saúde da Região Norte – Perfil Local de Saúde da Maia**, 2009.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos**, 2004.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**, 2010.

MARTIN, I. ; PAUL, C. ; RONCON, J. – Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal. “Psicologia, Saúde e Doenças”. Lisboa, volume 1 (2000).

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta – Enfermagem de família: Um contexto do cuidar. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, 2009. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

HANSON, S. – **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, prática e investigação**. 2.^a ed. Loures: Lusociência, 2005.

HENNEZEL, Marie de – **Diálogo com a morte**. 2.^a ed. Lisboa: Editorial Notícias, 1997.

IMPERATORI, E; GIRALDES, M. – **Metodologia do Planeamento da Saúde**. 2^a ed. Algueirão: Editorial do MEC, 1986.

MARTINS, Teresa; RIBEIRO, José Pais; GARRETT, Carolina – **Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais**. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, 2003.

MOREIRA, I. – **O Doente Terminal em Contexto Familiar. Uma análise da experiência do cuidar vivenciada pela família**. Coimbra: Formasau, 2001.

NP 405. 1994, Documentos impressos – Norma Portuguesa para referências bibliográficas. Lisboa: Instituto Português da Qualidade.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem**, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – **Saúde XXI – Uma introdução ao enquadramento político da Saúde Para Todos, na Região Europeia da OMS**. Loures: Lusociência, 2002.

ANEXOS

ANEXO I - Projecto de Estágio do Módulo I



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Instituto de Ciências da Saúde - Porto

Mestrado em Enfermagem
com especialização em Enfermagem Comunitária

PROJECTO DE ESTÁGIO

Trabalho realizado por
Jacinta Rente

Porto, Março de 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Instituto de Ciências da Saúde - Porto

Mestrado em Enfermagem
com especialização em Enfermagem Comunitária

PROJECTO DE ESTÁGIO

Trabalho realizado por
Jacinta Rente
sob a orientação da
Professora Norminda Magalhães

Porto, Março de 2010

Sabedoria significa ter a noção da falibilidade de todos os nossos pontos de vista e opiniões, e contar mais com a incerteza e a instabilidade das coisas.

GERALD BROWN

ÍNDICE

0 – Nota Introdutória	4
1 – Fundamentação	6
2 – Locais de Estágio e Objectivos	9
3 – Actividades a Desenvolver	15
4 – Nota Final	19

Bibliografia

Anexos:

- Quadros dos Critérios de Actuação
- Cronograma de Actividades

0 – Nota Introdutória

A Enfermagem, sendo uma profissão e uma disciplina que tem formado um corpo de conhecimentos firmados em estudos científicos e na relação interpessoal com as pessoas, requer o contributo de todos os enfermeiros através da partilha de experiências, favorecendo o enriquecimento do seu conhecimento.

O aumento da complexidade das situações de vida das pessoas leva a enfermagem – que no exercício profissional tem formação e habilidades no estabelecimento de relações terapêuticas, no qual entende e respeita os outros com todas as suas diferenças – a procurar investigar dados comprovados cientificamente, para melhorar a qualidade da prática dos cuidados e otimizar ganhos em saúde.

A formação clínica (Abreu, 2007) é um espaço importante de socialização para os enfermeiros que nas circunstâncias actuais leva-os a desenhar os principais aspectos de compreensibilidade que estão por base na mudança do processo de construção da profissão, pelo que, na minha perspectiva, o estágio que irei realizar no âmbito do Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Comunitária irá ser muito enriquecedor por ser uma mais-valia na elaboração de um projecto de actuação junto da comunidade, adquirindo novas experiências nesta área, possibilitando-me o desenvolvimento e aquisição de competências como enfermeira da comunidade que, além das competências interpessoais, instrumentais e sistémicas que tenho vindo a desenvolver ao longo da minha vida profissional, possa fomentar um elevado julgamento clínico e tomada de decisão com base em competências clínicas especializadas nesta área (Ordem dos Enfermeiros).

A elaboração deste projecto de estágio é um requisito pedagógico da unidade curricular Estágio de Saúde Comunitária, no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Comunitária.

Esta unidade curricular engloba três módulos (I, II, III) que se irão desenvolver ao longo do 2.º e do 3.º Semestre do Curso, num total de 750 horas – 540 horas de contacto, correspondendo a 30 ECTS. Atendendo à minha experiência profissional o terceiro módulo – estágio em área opcional – não será realizado uma vez que foi concedida creditação após avaliação.

Com este projecto de estágio pretendo descrever os objectivos que espero atingir durante o ensino clínico numa Unidade de Saúde, apresentando sucintamente os objectivos gerais e específicos assim como as competências próprias de enfermeira

especialista que almejo alcançar com a minha intervenção na comunidade, atendendo às suas especificidades, às necessidades identificadas bem como adaptando a minha intervenção às suas características. Para tal é minha pretensão reflectir, planear e organizar as actividades que pretendo realizar em ambos os módulos de estágio de acordo com as etapas específicas do planeamento de saúde, tendo em conta que o contacto com as realidades pode suscitar alteração de todo o projecto, permitindo organizar um documento que servirá de base para o Relatório de Estágio, que constará como um instrumento de avaliação para a atribuição do título de enfermeira especialista na área de saúde comunitária.

1 – Fundamentação

A comunidade, sendo o local onde se integram as famílias e/ou outros grupos, permite que as pessoas vivam em contextos diferentes de vida, onde os enfermeiros desenvolvem actividades de promoção da saúde e de comportamentos saudáveis, de prevenção da doença bem como de diagnóstico precoce. Por conseguinte, a comunidade é também o foco de atenção da enfermagem pelo que a intervenção da enfermagem requer um processo interdisciplinar e colaborativo de avaliação, desenvolvimento de estratégias e de actividades de verificação para promover resultados mais saudáveis numa comunidade.

Como é referido na Declaração de Alma-Ata, os Cuidados de Saúde Primários são cuidados essenciais de saúde, constituídos por métodos e tecnologias cientificamente fundamentados e socialmente aceitáveis, estando ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade, com a sua plena participação. Fazem parte integrante do sistema de saúde do país e representam o primeiro nível de contacto dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, devendo estes estarem o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham.

Face à minha experiência num Serviço de Cuidados Paliativos, onde diariamente constato que o domicílio é o espaço de eleição da pessoa para viver, se desenvolver e morrer, é necessário que o mesmo possua os requisitos básicos para uma vida saudável assim como para um fim de vida com dignidade (atendendo à individualidade da pessoa/família ou grupo). Para proporcionar as condições favoráveis para uma vida saudável no domicílio é necessária a intervenção das equipas de saúde na comunidade, de forma a orientar ou ensinar o indivíduo, família ou grupo quanto ao que fazer em determinada situação em que ocorre alteração do seu estado de saúde, demonstrando que o equilíbrio do seu estado poderá influenciar o bem-estar daqueles que o rodeiam.

Na comunidade é fundamental a existência de serviços de apoio para garantir uma vida com dignidade e qualidade, sendo necessária a participação de uma comunidade para a promoção da saúde assim como de vidas saudáveis.

Ao consultar o Plano Nacional de Saúde de 2004/2010 posso constatar que algumas das suas prioridades encontram-se centradas na família e no ciclo de vida, incluindo morrer com dignidade. Actualmente existe uma precária acessibilidade aos cuidados paliativos adequados, resultante de um défice organizacional no âmbito desses cuidados, levando doentes com doenças de evolução prolongada e grave a ocuparem,

inadequadamente, camas hospitalares em serviços que não estão treinados, nem vocacionados, para a gestão do sofrimento, ou, então, encontram-se no domicílio, sendo objecto de cuidados de âmbito generalista, que, apesar de importantes, não esgotam a necessidade de cuidados activos e intensos de conforto e bem-estar global. Os *settings* a privilegiar nesta área são a família, habilitando-a a cuidar de modo informal o seu familiar, os centros de saúde e hospitais, capacitando-os à prestação de cuidados paliativos, bem como as unidades de cuidados continuados que poderão prestar os mesmos cuidados no domicílio e no internamento. Neste projecto pretendo dirigir as minhas intervenções para ajudar a família e a equipa da Unidade de Saúde Familiar (USF) a organizarem e prestarem cuidados paliativos activos e contínuos, identificando necessidades dos profissionais dedicados prioritariamente à assistência paliativa no decorrer de acções de formação e, se possível, elaborar, em parceria com sociedades científicas e civis, critérios que normalizem a prestação destes cuidados nos serviços de saúde. A dor também será um foco de atenção neste projecto. É um problema de saúde pública a combater por provocar um elevado potencial de sofrimento, estando muitas das vezes presente em doentes que requerem cuidados paliativos, e merece uma maior divulgação de formação uma vez que é ignorada e subtratada nos serviços de saúde. Considerando-a a como o quinto sinal vital para a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, com consequência na qualidade dos cuidados prestados, tem como *settings* prioritários a sensibilização dos profissionais dos cuidados de saúde primários para o encaminhamento e acompanhamento dos doentes que possam beneficiar de unidades, e tratamentos para a dor.

A enfermagem comunitária é uma área de especialidade que combina a teoria de enfermagem com a da saúde pública, numa prática voltada para a população, destinando-se a promover e a preservar a saúde das comunidades.

O local onde realizarei o estágio do Curso Pós Licenciatura de Enfermagem com Especialidade em Saúde Comunitária (CPLEESC) será a Unidade de Saúde Familiar Lidador, adstrita à Unidade da Maia do Centro de Saúde da Maia/Águas Santas do Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto IV – Maia, tendo escolhido esta USF por ser uma unidade recente e por ter como objectivo estabelecer uma parceria com um Serviço de Cuidados Paliativos, manifestando insuficientes conhecimentos especializados nesta área, pelo que espero que a minha experiência venha a ser uma mais-valia para tal projecto que irá desenvolver-se na área específica dos Cuidados

Paliativos e nas necessidades quer dos profissionais quer da família/cuidadores em cuidar de doentes com doença crónica, avançada e sem perspectivas curativas.

É minha pretensão neste estágio exercitar os conhecimentos entretanto apreendidos no 1º semestre e durante o 2º semestre do CPLEESC, bem como aprender com a prática – que cada vez mais necessita de uma base sólida para ser válida, baseada na melhor evidência científica – possibilitando uma reflexão crítica da mesma, de forma a adquirir determinadas competências profissionais tais como:

- Prestar cuidados de enfermagem com um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades – enfermagem avançada – actuando junto do cliente (indivíduo, família ou grupo) em situações em que ocorre alteração do estado de saúde ou que estão em risco de sofrerem tal alteração no âmbito da saúde na comunidade;
- Definir e utilizar indicadores para avaliar de forma sistemática as mudanças verificadas na situação de saúde do cliente e adoptar medidas correctivas;
- Colaborar na definição do diagnóstico da saúde da comunidade e na resolução dos problemas identificados;
- Colaborar na determinação dos custos/benefícios na área da prestação de cuidados, identificando os recursos disponíveis;
- Responsabilizar-me pela formação em serviço do pessoal de enfermagem bem como de outro pessoal da USF;
- Cooperar na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

2 – Local de Estágio e Objectivos

O estágio que irei realizar, na USF do Lidador, está dividido em dois módulos. O módulo I irá realizar-se de 19 de Abril de 2010 a 18 de Junho de 2010 num total de 250 horas totais, 180 horas de contacto – 10 ECTS. Nesse módulo será efectuado o diagnóstico de situação da saúde da comunidade da área de intervenção daquela USF, identificando as necessidades em cuidados de enfermagem numa comunidade mais específica.

O módulo II será realizado de 6 Outubro a 29 de Novembro de 2010, igualmente num total de 250 horas totais, 180 horas de contacto – 10 ECTS. Neste módulo deverá ser elaborado um projecto de intervenção e avaliação de acordo com as necessidades detectadas, com o objectivo de implementar projectos de intervenção comunitária aos cinco níveis de prevenção, com predominância na formação de profissionais bem como na área de saúde familiar.

Para tal estabeleci determinados objectivos gerais, que vão de encontro com os objectivos que espero alcançar com o CPLEESC. Para a sua concretização designei objectivos específicos, estabelecendo para a realização dos mesmos critérios de actuação, que se encontram explicitados em mapas anexos (Anexo 1, 2, 3) e metas que me auxiliarão para a aquisição de determinadas competências, que passo a descrever, de forma sequencial:

A) Objectivo Geral

Demonstrar capacidade de aplicação dos conhecimentos, de compreensão e de resolução de problemas, em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem Comunitária.

a.1) Objectivo Específico

Identificar a necessidade de cuidados de um determinado grupo face a uma determinada situação imprevista, mobilizando os conhecimentos adquiridos, de forma a promover a resolução de problemas desse mesmo grupo.

a.2) Objectivo Específico

Assegurar a prestação de cuidados, baseados em evidências científicas actualizadas sobre saúde comunitária, atendendo às necessidades identificadas.

a.3) Objectivo Específico

Participar na organização e gestão dos serviços de saúde.

a.4) Objectivo Específico

Aplicar técnicas de comunicação com o utente/família de forma a estabelecer uma relação terapêutica eficaz, atendendo às suas crenças e cultura assim, estendendo-as a toda a equipa multidisciplinar.

a.5) Objectivo Específico

Elaborar um diagnóstico de saúde e efectuar o planeamento de determinado projecto para promover a concretização de um programa de saúde.

aa.1) Objectivo Operacional/Meta

- Espera-se que 50% do grupo em estudo colabore e participe na identificação das suas necessidades, face a uma situação imprevista ou em relação a uma área de saúde específica e prioritária, até Maio de 2010;
- Aguarda-se que 25% dos elementos da USF Lidador demonstrem disponibilidade e abertura para a sugestão de outras perspectivas, com base em estudos científicos para a resolução de problemas identificados;

aaa.1) Competências a desenvolver

- Revelar conhecimentos aprofundados sobre a área de Especialização de Saúde Comunitária;
- Prestar cuidados de enfermagem com um nível superior de conhecimentos e habilidades praticando uma enfermagem avançada;
- Manifestar um elevado julgamento clínico resultante da interpretação, análise, avaliação e inferência de determinada situação complexa;

- Gerir cuidados de particular complexidade, apoiando-se na investigação científica e na reflexão da prática, tendo em conta as respostas humanas às transições vividas;
- Aplicar o método de trabalho mais adequado para uma relação interpessoal eficaz entre utente/família;
- Compreender profundamente uma situação global através da intuição, focalizando-se na essência do problema;
- Mostrar conhecimentos para realizar um diagnóstico de saúde;
- Demonstrar capacidade para elaborar um projecto de actuação atendendo às características da população;
- Possuir espírito de iniciativa e de criatividade na resolução de problemas;
- Manifestar capacidade de tomada de decisão sustentada na teoria;
- Adaptar-se e integrar-se na equipa multidisciplinar.

B) Objectivo Geral

Revelar capacidade para lidar com questões complexas centrando-se numa lógica mais conceptual, promovendo a resolução de problemas ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, bem como reflectir nas suas implicações e responsabilidades éticas e sociais, que daí possam resultar ou condicionar.

b.1) Objectivo Especifico

Aplicar o método mais adequado de análise de uma situação complexa recorrendo a um discurso próprio fundamentado, atendendo e respeitando diferentes teorias de enfermagem.

b.2) Objectivo Especifico

Desenvolver diversas perspectivas sobre o problema.

b.3) Objectivo Especifico

Avaliar a aplicação do raciocínio e o uso de evidências para a resolução de problemas.

b.4) Objectivo Específico

Promover uma mestria de cuidados de enfermagem de acordo com os valores que orientam a profissão e que fazem parte da cultura do indivíduo/família/comunidade.

b.5) Objectivo Específico

Desenvolver uma reflexão crítica em relação a uma situação complexa, utilizando as competências especializadas para a resolução de problemas atendendo às consequências da sua acção.

bb.1) Objectivo Operacional/Meta

- Aguarda-se analisar de forma crítica determinadas situações complexas e as necessidades de cuidados de saúde específicos com pelo 25% dos elementos da USF, considerando sempre os valores que orientam a profissão de enfermagem assim como a cultura e crenças indivíduo/família/comunidade;
- Espera-se que os métodos ou instrumentos utilizados para a resolução de problemas identificados se revelem inovadores, criativos, e eficazes em pelo menos 25% do grupo identificado;
- Espera-se que 25% da população alvo participe activamente no projecto de intervenção para se obter ganhos em saúde;

bbb.1) Competências

- Possuir capacidades, conhecimentos e habilidades de forma a avaliar e a intervir na família/comunidade;
- Investigar e comparar o referencial teórico que descreve determinados comportamentos;
- Interpretar os dados colhidos e emitir juízos que possam auxiliar na resolução de problemas;
- Ser capaz de identificar e contrastar os seus pressupostos com o dos outros, demonstrando respeito por perspectivas diferentes;
- Elaborar as suas opiniões baseadas em evidências;
- Aumentar a responsabilidade social assente em noções bem claras sobre os fins da saúde;
- Demonstrar skills de relacionamento interpessoal;

- Autonomia na tomada de decisão, ponderando os riscos e benefícios da sua acção atendendo aos recursos existentes;
- Possuir capacidade em combinar o conhecimento e a experiência com a capacidade em pensar para a resolução de dilemas clínicos mais complicados.

C) Objectivo Geral

Estar apta a comunicar as conclusões, os conhecimentos e os raciocínios formados, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma simples e compreensível.

c.1) Objectivo Específico

Elaborar conclusões fundamentadas após a interpretação dos dados colhidos, aplicando conhecimentos adquiridos a novas situações.

c.2) Objectivo Específico

Apresentar à equipa de saúde os objectivos do projecto de estágio, incentivando-os a colaborar e a participar para a sua consecução.

c.3) Objectivo Específico

Expressar o sentido de uma variedade de situações ou experiências de forma a justificar o próprio raciocínio.

c.4) Objectivo Específico

Promover uma prática baseada na investigação atendendo ao quadro de valores /crenças e experiências individuais de cada um.

c.5) Objectivo Específico

Demonstrar alternativas para a melhoria e qualidade na prestação de cuidados.

c.6) Objectivo Específico

Contribuir com os conhecimentos adquiridos e pesquisados para a educação/formação da comunidade bem como da equipa de saúde.

cc.1) Objectivo Operacional/Meta

- Dar formação básica em cuidados paliativos a pelo menos 25% dos profissionais de saúde da USF Lidador e do ACES que a integra até ao final de 2010;
- Que pelo menos 25% dos profissionais de saúde assistam às acções de formação agendadas;
- Espera-se que a informação e formação transmitida aos elementos da equipa da USF, sobre as necessidades identificadas bem como as alternativas para a sua resolução seja aplicada em pelo menos duas ou mais situações que necessitem de cuidados paliativos;
- Que pelo menos 25% dos profissionais de saúde envolvidos avaliem as intervenções realizadas (formação) como relevantes para a sua prática clínica, na e para a comunidade;

ccc.1) Competências

- Reconhecer necessidades de formação permanente na área de especialização de saúde comunitária;
- Desenvolver espírito de auto-formação e desenvolvimento;
- Promover formação no serviço e no local de estágio sobre as dificuldades identificadas na área de saúde comunitária;
- Saber fazer sugestões indirectas para a melhoria e qualidade na prestação de cuidados;
- Saber discutir problemas organizacionais de modo construtivo;
- Ser uma profissional reflexiva e pró-activa;
- Promover e participar na elaboração de trabalhos de investigação nos serviços;
- Contribuir para a integração de novos elementos profissionais na equipa.

3 – Actividades a desenvolver

Ao longo do ensino clínico tenho como pretensão, como já mencionei, elaborar um projecto de actuação ao indivíduo/família/comunidade, sendo necessário para tal seguir etapas do Planeamento de Saúde. Neste projecto de estágio irei elencar o conjunto de actividades que irei levar a cabo no decurso do módulo I, que consistem em descrever o diagnóstico de saúde de uma amostra da população inscrita na Unidade de Saúde Familiar Lidador, definir prioridades face às necessidades identificadas, descrever as estratégias possíveis, de acordo com os recursos disponíveis, para que o dito projecto de intervenção possa ser exequível.

Cumprido este módulo e concretizados os objectivos delineados, no módulo II irei operacionalizar as estratégias definidas no módulo I e proceder à avaliação dos resultados atingidos na sequência da sua aplicação.(Anexo 4)

Como é sabido, o aumento do envelhecimento da população portuguesa assim como o aumento de doenças crónicas degenerativas e de doenças oncológicas avançadas provocam alteração da estrutura e da dinâmica familiar, requerendo a necessidade de cuidados paliativos de forma a promover a qualidade de vida do utente e dos seus cuidadores. Face a esta realidade a prevenção quaternária é também essencial. A mais recente prevenção tenderá a evitar o excesso de intervencionismo médico e da iatrogenia, possibilitando a sugestão de alternativas, actuando-se junto dos profissionais e dos utentes, provocando ganhos em saúde.

Em conversa informal com uma Enfermeira Especialista de Saúde Comunitária e com uma Médica, ambas da USF Lidador, foi notório, embora sem dados concretos, que existe uma vontade/necessidade dos profissionais dessa USF e do respectivo Agrupamento de Centros de Saúde em adquirir formação em Cuidados Paliativos que lhes permita adquirir competências nesta área tão específica de cuidar, e que abrange o doente e a família.

Neste sentido, irá ser desenhado um projecto de intervenção sobre Cuidados Paliativos, apresentá-lo equipa multidisciplinar da USF Lidador possibilitando discutir a pertinência do trabalho para que a equipa se envolva no mesmo incentivando a colaboração dos enfermeiros e médicos da USF e do ACES permitindo por conseguinte avaliar a recepção da equipa ao mesmo.

No módulo I inicialmente pretendo elaborar o diagnóstico da situação da USF da seguinte forma:

- Definir a área programática delimitando o grupo em estudo;
- Identificar e caracterizar a população em estudo através de consulta de documentação indirecta e directa;
- Identificação / construção dos instrumentos de colheita de dados (inquérito) para detectar as reais necessidades da população;
- Realização e validação do pré-teste;
- Avaliar a adequação do instrumento de colheita de dados ao estudo em causa;
- Aplicação do instrumento de colheita de dados com o intuito em obter os dados necessários à identificação das necessidades de formação;
- Organização e tratamento estatístico dos dados;
- Análise final dos resultados;
- Redigir e apresentar o diagnóstico de situação da comunidade em estudo, estabelecendo prioridades de intervenção, aplicando técnicas de priorização.

No referido módulo ao elaborar o diagnóstico da situação do meu local de estágio terei como pretensão identificar as necessidades sentidas pelos profissionais de saúde da USF Lidador e do Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto IV – Maia, relativamente à prestação de cuidados a doentes em fase avançada da doença.

Os Indicadores que me permitirão avaliar estas actividades são:

Indicador de processo

Pelo menos 50% dos inquiridos respondem aos inquéritos.

Indicador de resultado

Que sejam identificadas pelo menos 4 necessidades de formação dos profissionais para a prestação de cuidados paliativos.

Após identificadas as reais necessidades do grupo em estudo bem como as potencialidades do mesmo, irei definir prioridades de actuação atendendo ao horizonte do plano assim como prioridades nacionais, regionais ou locais.

Posteriormente, o módulo II dará continuidade e permitirá actuar para suprimir as necessidades identificadas no módulo I, pelo que, seleccionarei técnicas específicas, organizadas para reduzir algumas necessidades identificadas. Para tal irei:

- Esboçar estratégias potenciais;
- Identificar e maximizar os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos programas de saúde;
- Descrever de forma detalhada as estratégias escolhidas e apresentá-las aos elementos que integram a equipa multidisciplinar da USF Lídador e do ACES envolvendo-os no desenvolvimento deste projecto;
- Realizar formação de pares atendendo às necessidades levantadas;
- Elaboração de um teste escrito para avaliação da aquisição de conhecimentos da formação recebida;
- Partilhar com profissionais da equipa de saúde alternativas inovadoras para a prestação de determinados cuidados especializados;
- Aplicar habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial nos diferentes programas e projectos de intervenção;
- Elaborar em conjunto com a equipa de saúde um projecto de intervenção para se aplicar na comunidade, garantindo uma maior eficiência da equipa;
- Colaborar na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade;
- Avaliar o projecto de intervenção implementado, com auxílio de metas e de indicadores;
- Proceder à reformulação dos objectivos, estratégias do mesmo projecto com base na variação atingida.

Ao se fornecer formação sobre Cuidados Paliativos à equipa multidisciplinar atrás referida será importante alargar o projecto de intervenção aos utentes e suas famílias, propondo-me a:

- Construir um documento que permita identificar o doente com necessidade de cuidados paliativos, delimitando a área de incidência numa fase inicial à freguesia de Gueifães;
- Analisar, em conjunto com a equipa, situações complexas para o indivíduo/família/comunidade, atendendo aos seus valores culturais e individuais;
- Desenvolver instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação;

- Formar os familiares/cuidadores para a prestação de cuidados ao doente com necessidade de cuidados paliativos;
- Utilizar estratégias que promovam a procura de informação sobre Cuidados Paliativos pela comunidade;
- Dinamizar e participar em programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diversos contextos;
- Elaborar uma grelha de observação para os cuidadores para se efectuar a devida avaliação;
- Apresentar a avaliação das intervenções realizadas aos elementos que integram a equipa multidisciplinar alvo das intervenções.

O módulo II dará continuidade e permitirá actuar para suprimir as necessidades identificadas no módulo I. Para se avaliar as intervenções realizadas estabeleceram-se como indicadores:

Indicador de processo:

Pelo menos 50% dos médicos e dos enfermeiros das equipas da USF do Lidador e do Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto IV – Maia assistam à formação efectuada em cuidados paliativos.

Indicador de resultado:

Pelo menos 50% dos formandos obtenham classificação de Satisfaz (avaliação acima de 10 com escala de 0 a 20).

Devo referir que só depois de se formar os profissionais de saúde é que se poderá identificar e actuar junto dos utentes, com a sua colaboração, mas tenho como pretensão informar a população sobre o que são Cuidados Paliativos de forma a desmistificar algumas ideias e preconceitos.

Ao longo do delineamento e implementação do projecto serão agendadas reuniões com a Professora Coordenadora tendo em vista a comunicação do trabalho desenvolvido, o esclarecimento de dúvidas e dificuldades.

4 – Nota Final

Todo e qualquer percurso profissional e/ou acadêmico necessita, numa fase inicial, de ser estruturado, organizado, atendendo aos objectivos previamente estabelecidos. Esse trabalho preparatório também serve de fio condutor em diversas fases até à concretização do que foi inicialmente programado. Este projecto é como uma trave mestra que me auxiliará a delinear e a esquematizar o que pretendo alcançar com este estágio, permitindo-me reflectir de forma crítica o meu caminho, no que diz respeito ao trabalho que pretendo realizar junto da comunidade, pondo em prática os conhecimentos adquiridos no 1º e 2º semestres do CPLESC, com a consequente aquisição de competências específicas que idealizo pôr em prática futuramente, tendo em conta que as pessoas têm histórias de vida complexas tal como a própria comunidade que a envolve, tendo sempre presente que o que foi programado muitas vezes necessita de ser revisto e por vezes alterado.

Estou consciente que irei deparar-me com algumas dificuldades ao longo do estágio quer devido à eventual atitude dos profissionais de saúde perante os cuidados paliativos pois estes provocam uma mudança de paradigma, quer perante os familiares cuidadores. Mas sendo enfermeira num Serviço de Cuidados Paliativos espero conseguir dissipar alguns falsos mitos e dúvidas sobre a área referida de forma a ajudar a promover a acessibilidade dos cuidados paliativos a todos principalmente na comunidade que precisa de possuir meios de apoio para a prestação eficiente dos mesmos.

Em qualquer fase do estágio será minha pretensão aplicar competências no domínio da prática ética legal bem como da gestão de cuidados e do desenvolvimento profissional promovendo a clarificação e explicitação das necessidades de determinada população definindo indicadores que possam avaliar o contributo dessas intervenções na saúde da mesma.

BIBLIOGRAFIA

Apontamentos da Unidade Curricular Supervisão Clínica do Curso de Mestrado de Enfermagem com Especialização em Saúde Comunitária da Universidade Católica do Porto, do ano lectivo 2009/2010.

AZEVEDO, Carlos A. Moreira; AZEVEDO, Ana Gonçalves de – Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos. 4ª edição – Porto: C. Azevedo, 1998.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, SAÚDE PARA TODOS NO ANO 2000 – Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. Casaquistão, 1978.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde, Prioridades para 2004-2010 – Mais Saúde para Todos, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde, Estratégias para 2004-2010 – Mais Saúde para Todos, 2004.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem, 2009.

VIEIRA, Margarida – Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência – 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica, 2009.

ANEXOS

A	Demonstrar capacidade de aplicação dos conhecimentos, de compreensão e de resolução de problemas, em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de especialização em Enfermagem Comunitária.				
Identificar a necessidade de cuidados de um determinado grupo face a uma determinada situação imprevista, mobilizando os conhecimentos adquiridos, de forma a promover a resolução de problemas desse mesmo grupo.	Assegurar a prestação de cuidados, baseados em evidências científicas actualizadas sobre saúde comunitária, atendendo às necessidades identificadas.	Participar na organização e gestão dos serviços de saúde.	Aplicar técnicas de comunicação com o utente/família de forma a estabelecer uma relação terapêutica eficaz, atendendo às suas crenças e cultura assim, estendendo-as a toda a equipa multidisciplinar.	Elaborar um diagnóstico de saúde e efectuar o planeamento de determinado projecto para promover a concretização de um programa de saúde.	
<ul style="list-style-type: none"> • Integrar o conhecimento adquirido sobre os determinantes de saúde na concepção do diagnóstico de saúde de uma comunidade; • Integrar variáveis socioeconómicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde; • Identificar os determinantes dos problemas em saúde, de grupos ou de uma comunidade; • Identificar as necessidades de saúde de grupos e/ou comunidade através de instrumentos de colheita de dados e interpretação dos dados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participação na prestação de cuidados de enfermagem, privilegiando o indivíduo e famílias/cuidadores como alvo de intervenção; • Reflexão crítica com o enfermeiro responsável, ou outro profissional, sobre a pertinência dos cuidados prestados; • Dinamizar e participar em programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diversos contextos; • Partilhar outras perspectivas a nível dos cuidados, tendo em conta a validade científica dos mesmos e a condição do utente/família; • Estabelecer indicadores que me permitam avaliar programas de intervenção no âmbito da prevenção, protecção e promoção da saúde em diversos contextos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar a operacionalização de programas de saúde utilizando técnicas de intervenção comunitária; • Introduzir elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde (exemplo: morrer com dignidade; controlo da dor; acessibilidade aos cuidados paliativos, tal como consta do Plano Nacional de Saúde); • Colaborar na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade; • Identificar e maximizar os recursos necessários à consecução das diferentes actividades inerentes aos programas de saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar e integrar conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades; • Intervir em grupos e ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso aos cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados; • Aplicar conhecimentos aprofundados sobre as técnicas de comunicação e marketing em saúde; • Utilizar abordagens activas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde; • Aplicar habilidades nos processos de negociação com vista à participação multisectorial nos diferentes programas e projectos de intervenção. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estabelecer a rede de causalidade dos problemas de saúde e necessidades em saúde de uma comunidade, inicialmente identificadas; • Definir o perfil da comunidade; • Utilizar critérios objectivos que permitam definir quais as prioridades em saúde; • Integrar na tomada de decisão as necessidades em saúde de uma comunidade, de acordo com as orientações estratégicas definidas no Plano Nacional de Saúde; • Utilizar os dados do perfil de saúde na definição dos objectivos e estratégias; • Elaborar objectivos mensuráveis que permitam medir as mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde de uma comunidade; • Conceber estratégias de intervenção exequíveis, coerentes e articuladas que respondam aos objectivos definidos; • Elaborar estratégias atendendo aos recursos disponíveis e aos aspectos socioculturais da comunidade; • Planear intervenções para problemas de saúde pública complexos, atendendo aos recursos disponíveis e orientações estratégicas das políticas de saúde; • Implementar intervenções para problemas de saúde complexos; • Monitorizar a eficácia dos programas e projectos de intervenção para problemas de saúde, com vista à quantificação de ganhos em saúde na comunidade; • Proceder à sistematização de indicadores de avaliação pertinentes à tomada de decisão política. 	
CRITÉRIOS DE ACTUAÇÃO					

B	Revelar capacidade para lidar com questões complexas centrando-se numa lógica mais conceptual, promovendo a resolução de problemas ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, bem como reflectir nas suas implicações e responsabilidades éticas e sociais, que daí possam resultar ou condicionar.			
Aplicar o método mais adequado de análise de uma situação complexa recorrendo a um discurso próprio fundamentado, atendendo e respeitando diferentes teorias de enfermagem.	Desenvolver diversas perspectivas sobre o problema.	Avaliar a aplicação do raciocínio e o uso de evidências para a resolução de problemas.	Promover uma mestria de cuidados de enfermagem de acordo com os valores que orientam a profissão e que fazem parte da cultura do indivíduo/família/comunidade.	Desenvolver uma reflexão crítica em relação a uma situação complexa, utilizando as competências especializadas para a resolução de problemas atendendo às consequências da sua acção.
<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar modelos e estruturas conceptuais do âmbito da identificação das necessidades, da promoção e educação para a saúde; • Pesquisar e diagnosticar problemas e factores de risco de saúde de comunidades específicas; • Analisar criticamente as práticas de cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida (em especial com doença avançada) e ciclo familiar no contexto da saúde Comunitária; • Agir de forma fundamentada atendendo às evidências científicas e às questões sociais, éticas e deontológicas quer do cliente/família, quer dos profissionais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar algum tempo para discussão sobre alguma questão problemática identificada, demonstrando que a mesma poderá ser influenciada por outras questões que necessitam de ser reconhecidas com o intuito de auxiliar a sua resolução; • Decompor o problema nas causas prováveis com a colaboração dos profissionais de saúde da USF, permitindo analisa-lo de formas diversas; • Promover sessões de brainstorming sobre determinado tema ambíguo para a equipa de saúde da USF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilizar parceiros /grupos da comunidade para identificar e resolver problemas de saúde; • Participar antecipadamente com orientações para a implementação de alguns programas de saúde; • Monitorizar a eficácia dos programas e projectos de intervenção com base na elaboração de indicadores; • Disponibilizar informação baseada na evidência científica, que suporte as decisões em saúde dos responsáveis organizacionais e políticos; • Sistematizar e documentar os projectos de intervenção comunitária. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeitar e promover os princípios éticos universais; • Cuidar da pessoa/familiar sem qualquer discriminação económica, social, política, étnica ou religiosa; • Abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa/família assistida e não impor critérios pessoais; • Favorecer momentos de reflexão crítica com o enfermeiro responsável e outros profissionais, acerca desta temática; 	<ul style="list-style-type: none"> • Analisar, em conjunto com a equipa, uma situação complexa para o indivíduo/família/comunidade, atendendo aos seus valores culturais e individuais; • Partilhar com profissionais da equipa de saúde alternativas inovadoras para a prestação de determinados cuidados especializados; • Elaborar em conjunto com a equipa de saúde um projecto de intervenção para se aplicar na comunidade, garantindo uma maior eficiência da equipa; • Avaliar o projecto de intervenção implementado, com auxílio de metas e de indicadores; • Proceder à reformulação dos objectivos, estratégias do mesmo projecto com base na variação atingida.
CRITÉRIOS DE ACTUAÇÃO				

C	Estar apta a comunicar as conclusões, os conhecimentos e os raciocínios formados, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma simples e compreensível.				
Elaborar conclusões fundamentadas após a interpretação dos dados colhidos, aplicando conhecimentos adquiridos a novas situações.	Apresentar à equipa de saúde os objectivos do projecto de estágio, incentivando-os a colaborar e a participar para a sua consecução.	Expressar o sentido de uma variedade de situações ou experiências de forma a justificar o próprio raciocínio.	Promover uma prática baseada na investigação atendendo ao quadro de valores /crenças e experiências individuais de cada um.	Demonstrar alternativas para a melhoria e qualidade na prestação de cuidados.	Contribuir com os conhecimentos adquiridos e pesquisados para a educação/formação da comunidade bem como da equipa de saúde.
<ul style="list-style-type: none"> • Interpretar e explicar os dados colhidos com auxílio de determinados instrumentos de avaliação; • Identificar necessidades específicas de informação dos grupos e comunidade seleccionada; • Redigir e apresentar o diagnóstico de saúde da comunidade em estudo, estabelecendo prioridades de intervenção, aplicando técnicas de priorização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e discussão do projecto a implementar aos elementos que integram a equipa multidisciplinar da Unidade de Saúde Familiar Lidador, tendo em vista a discussão da pertinência do trabalho; • Utilizar técnicas inovadoras que motivem os elementos da equipa de saúde a participarem no projecto; • Apresentação dos dados colhidos e do diagnóstico de saúde realizado; • Explicar os momentos de intervenção e a sua avaliação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar a experiência de diversas situações diárias para fundamentar a formulação de determinado raciocínio; • Transmitir e dar formação aos elementos da equipa de saúde da USF e familiares cuidadores, sobre a filosofia e o objectivo dos Cuidados Paliativos, quanto ao controlo da dor e de determinados sintomas associados à doença avançada bem como proporcionar uma morte com dignidade com base na experiência e dados comprovados cientificamente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrar e informar à equipa de saúde da USF que os Cuidados Paliativos promovem a individualidade dos cuidados à pessoa com doença avançada; • Incentivar e demonstrar com dados válidos que a continuidade dos cuidados é primordial para o bem-estar do utente e família, proporcionando ganhos em saúde; • Desmistificar determinados conhecimentos sobre Cuidados Paliativos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introduzir elementos de aperfeiçoamento na implementação e monitorização dos programas de saúde; • Desenvolver instrumentos inovadores e adequados à disseminação da informação; • Utilizar estratégias que promovam a procura de informação sobre Cuidados Paliativos pela comunidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir e disponibilizar informação adequada às características dos grupos e comunidade; • Utilizar conhecimentos de diferentes disciplinas nos processos de mobilização e participação da comunidade; • Colaborar na elaboração de protocolos entre os serviços de saúde e as diferentes instituições da comunidade.
CRITÉRIOS DE ACTUAÇÃO					

Cronograma de Actividades do Estágio de Saúde Comunitária

MÊS	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto/Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	
ACTIVIDADES									
Desenho do projecto e apresentação à equipa multidisciplinar da USF do Lidador.				Época de Exames e Entrega de Relatório	Férias				
Identificação e caracterização da população em estudo									
Identificação / Construção dos instrumentos de colheita de dados (inquérito).									
Realização e validação do pré-teste.									
Aplicação do instrumento de colheita de dados.									
Organização e tratamento estatístico dos dados.									
Análise final dos resultados.									
Apresentação dos resultados à equipa.									
Delineamento do projecto de Intervenção.									
Apresentação do projecto a implementar aos elementos que integram a equipa multidisciplinar da USF Lidador e ACES.									
Intervenção na Comunidade - formação de pares.									
Identificação dos utentes inscritos com necessidades em CP:.									
Construção de documento que permita identificar o doente com necessidade de cuidados paliativos em Gueifães									
Formar os prestadores de cuidados a doentes em CP									
Promover acções de educação para a saúde sobre CP									
Participar na prestação de cuidados de enfermagem									
Elaborar um manual de CP									
Construção de teste/ grelha de observação para avaliar intervenções de pares e cuidadores.									
Apresentação da Avaliação das Intervenções realizadas aos elementos da USF .									

ANEXO II - Projecto de Estágio do Módulo II



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Instituto de Ciências da Saúde - Porto

Mestrado em Enfermagem
com especialização em Enfermagem Comunitária

O CUIDADOR

UMA PERSONAGEM A CUIDAR

Trabalho realizado por
Jacinta Rente

Porto, Outubro de 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA
PORTUGUESA

Instituto de Ciências da Saúde - Porto

Mestrado em Enfermagem
com especialização em Enfermagem Comunitária

O CUIDADOR

UMA PERSONAGEM A CUIDAR

Trabalho realizado por
Jacinta Rente
sob a orientação da
Professora Norminda Magalhães

Porto, Outubro de 2010

*Anseio por cumprir uma grande e nobre tarefa, mas
o meu principal dever é cumprir pequenas tarefas
como se fossem grandes e nobres.*

Helen Keller
(1880-1968)

ÍNDICE

0 – Nota Introdutória	5
1 – Enquadramento do Diagnóstico de Saúde	8
2 – Projectos de Intervenção	13
2.1. Projecto do grupo	13
2.2. Projecto de formação para enfermeiros sobre procedimentos específicos	19
2.3. Projecto individual	24
3 – Barreiras e dificuldades na implementação do projecto	30
4 – Nota Final	31

Bibliografia

Anexos:

- Documento para a priorização
- Cronograma de Actividades

0 – Nota Introdutória

O ser humano necessita no seu dia-a-dia de cuidados gerais e específicos que promovam a sua saúde e previnam a doença, inserido num contexto familiar, ambiental e cultural, a que designamos a sua comunidade.

Cada pessoa, cada profissional, desempenha um papel na sociedade. A enfermagem, enquanto profissão reconhecida por uma comunidade cívica e de investigação, tem como objectivo proporcionar cuidados de saúde de qualidade, para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes a uma sociedade que tende a evoluir, com expectativas de acesso a cuidados de enfermagem com elevada qualificação científica, técnica e ética.

O cuidar “*é hoje e continuará a ser, o fulcro da prática de Enfermagem, e por mais sofisticado que o desenvolvimento tecnológico venha a ser, a interacção pessoal será sem dúvida fundamental para a recuperação e manutenção da saúde e maximizar o bem-estar dos indivíduos, famílias e comunidades*” (Hennezel, 1997:173).

O acto de cuidar com empenhamento, conhecimento e intenção conduz à vontade em agir, de forma a ajudar o indivíduo/família e/ou grupo a adaptarem-se às mudanças que possam ocorrer nas suas vidas, descobrindo os recursos pessoais que possuem, pondo-os em prática, de forma a alcançarem os seus projectos de vida.

A sociedade ocidental considera a cura da doença como objectivo dos serviços de saúde. Assim, a incurabilidade e a realidade inevitável da morte são consideradas em parte como fracasso da medicina. A complexidade do sofrimento e a combinação de factores físicos, psicológicos e existenciais na fase final da vida direccionam o valor do cuidado de saúde, como uma tarefa multidisciplinar que engloba, além da família do doente, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade.

Por estas razões, a Organização Mundial de Saúde considera os *Cuidados Paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspectiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida.* (Programa Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP, 2010:7)

Os Cuidados Paliativos para darem resposta à sociedade têm como finalidade determinadas medidas que devem ser adoptadas pelos serviços de saúde. Como tal, *a formação a nível dos Cuidados de Saúde Primários, a par da supervisão e suporte*

através das equipas ou das unidades específicas de Cuidados Paliativos, permite a disseminação de conhecimento sobre Cuidados Paliativos e o apoio na prestação de acções paliativas aos profissionais do resto do sistema. (DGS,PNCP 2010)

De acordo com o referido anteriormente, a prestação de Cuidados Paliativos é essencial na comunidade, pelo que é importante a formação dos profissionais de saúde nesta área, bem como o apoio a familiares/cuidadores informais, que tenham nas suas famílias uma pessoa com necessidade de Cuidados Paliativos, promovendo um menor sofrimento e uma melhor qualidade de vida.

O enfermeiro especialista da área de enfermagem comunitária tem como áreas de atenção a identificação de problemas ou necessidades específicas do indivíduo/família e/ou grupo, que orientam o seu plano de intervenção. Essas acções são avaliadas com o intuito de alcançar o bem-estar individual e/ou colectivo na sua multidimensionalidade.

Perante esta prioridade foi fundamental a realização de um diagnóstico de saúde sobre as necessidades de Cuidados Paliativos aos utentes e famílias acompanhadas pelas equipas domiciliárias das Unidades de Saúde Familiar Lidador, Pirâmides e Odisseia, assim como as necessidades de formação dos profissionais de saúde do Agrupamento de Centros de Saúde do Grande Porto IV — Maia (ACES).

No âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária é um requisito académico o desenvolvimento de vários projectos de intervenção neste módulo de estágio, um dos quais abordando a continuidade e a intervenção, face aos resultados obtidos no diagnóstico de saúde sobre as necessidades de Cuidados Paliativos elaborado no módulo I.

Ao elaborar este projecto de intervenção proponho-me a alcançar objectivos, que pretendo atingir ao longo deste estágio, com o intuito de desenvolver mais competências de enfermeira especialista, tais como:

- Reflectir nas actividades que pretendo realizar face às necessidades identificadas;
- Planear as actividades que pretendo realizar face às necessidades identificadas;
- Organizar as actividades que pretendo realizar face às necessidades identificadas;
- Descrever as actividades que pretendo realizar face às necessidades identificadas;

- Estabelecer metas e indicadores que sejam considerados como instrumentos de avaliação das acções desenvolvidas;

- Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emissão de juízos em situações de informação limitada ou incompleta incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Revelar capacidade em comunicar o raciocínio e conhecimentos que determinam certas conclusões, quer a especialistas e a não especialistas, de forma simples e clara;

1 – Enquadramento do Diagnóstico de Saúde

Este projecto de intervenção, sendo um requisito pedagógico da unidade curricular, estágio de enfermagem comunitária módulo II, inserido no Curso de Mestrado de Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária, vem na sequência do trabalho desenvolvido no anterior estágio na Unidade de Saúde Familiar Lidador, com base num plano de acções que visam dar resposta aos resultados obtidos, quer no diagnóstico de saúde da comunidade da área de intervenção das Unidades de Saúde Familiar Lidador, Pirâmides e Odisseia, no que diz respeito à necessidade de Cuidados Paliativos, quer na identificação de necessidades de formação dos profissionais de saúde do ACES da Maia, em torno daquela temática.

De acordo com as alterações demográficas, em que se verifica um aumento acentuado do envelhecimento da população, por força do aumento da esperança de vida devido ao avanço da medicina, a organização familiar é tendencialmente diferente de há uns anos atrás.

O plano de acção da Unidade de Saúde Familiar Lidador demonstra que a sua população tende a envelhecer e o grau de dependência, assim como as doenças crónicas, tendem a aumentar. Com base nestas alterações, os Cuidados Paliativos tornam-se prioritários, pelo que deverá ocorrer uma organização dos serviços de saúde para que os mesmos se tornem acessíveis no tempo, no local e ao prestador adequado.

O Plano Nacional de Saúde de 2004-2010 está centrado na família e no ciclo vital, incluindo morrer com dignidade. Actualmente existe uma precária acessibilidade aos Cuidados Paliativos adequados, resultante de um défice organizacional no âmbito desses cuidados, levando doentes com doenças de evolução prolongada e grave a ocuparem, inadequadamente, camas hospitalares em serviços que não estão treinados, nem vocacionados, para a gestão do sofrimento ou, então, encontram-se no domicílio, sendo objecto de cuidados de âmbito generalista que, apesar de importantes, não esgotam a necessidade de cuidados activos e intensos de conforto e bem-estar global. Os *settings* a privilegiar nesta área são a família, habilitando-a a cuidar de modo informal o seu familiar, os centros de saúde e hospitais, capacitando-os à prestação de Cuidados Paliativos, bem como as unidades de cuidados continuados, que poderão prestar os mesmos cuidados no domicílio e no internamento.

O domicílio é o espaço de eleição da pessoa para viver, se desenvolver e morrer. É necessário que o mesmo possua os requisitos básicos para uma vida saudável assim

como para um fim de vida com dignidade (atendendo à individualidade da pessoa/família ou grupo). Para proporcionar as condições favoráveis para uma vida saudável no domicílio é necessária a intervenção das equipas de saúde na comunidade, de forma a orientar ou ensinar o indivíduo, família ou grupo quanto ao que fazer em determinada situação em que ocorre alteração do seu estado de saúde, demonstrando que o equilíbrio do seu estado poderá influenciar o bem-estar daqueles que o rodeiam.

Na comunidade é fundamental a existência de serviços de apoio para garantir uma vida com dignidade e qualidade, sendo necessária a sua participação para a promoção da saúde assim como de vidas saudáveis.

Os Cuidados Paliativos têm como componentes essenciais:

- o alívio dos sintomas;
- o apoio psicológico, espiritual e emocional;
- o apoio à família;
- o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.

Para a realização do referido diagnóstico de saúde foi constituído um grupo de trabalho de quatro Enfermeiras que frequentam o III Mestrado de Enfermagem com especialização em Enfermagem Comunitária e que realizam estágio na USF Lidador. O grupo de trabalho tem a orientação da Senhora Enfermeira Jerusa Sanfins, como tutora do estágio, sob a coordenação pedagógica da Senhora Professora Norminda Magalhães e teve a colaboração dos municípios, do ACES da Maia e principalmente das famílias que foram entrevistadas.

A – Diagnóstico de Saúde: Necessidades em Cuidados Paliativos sentidas pelo utente e/ou cuidador

Para a elaboração do referido diagnóstico foram definidas variáveis sócio-demográficas e clínicas que passo a citar:

Variáveis sócio-demográficas:

- a idade;
- o género;
- a constituição do agregado familiar;
- a Notação Social da Família (Graffar);
- a identificação do cuidador.

Variáveis Clínicas

- n.º horas de cuidados prestados pela equipa de enfermagem por semana;
- n.º horas de cuidados prestados pelo cuidador por dia;
- recorrência a cuidados de saúde de urgência (número de vezes e motivo);
- necessidades do cliente;
- necessidades do cuidador;
- PPS;
- Índice de Comorbilidades de Charlson;
- avaliação de sintomas (aplicação de escala).

A **população** abrangida com a realização deste diagnóstico de saúde é constituída por todos os utentes das unidades de saúde do ACES da Maia e que são acompanhados pelos enfermeiros, em visita domiciliária. Trata-se de um grupo constituído, à data da identificação dos utentes, no início do processo de colheita de dados, por 273 utentes. A **amostra** a que o presente diagnóstico de saúde diz respeito é constituída por todos os utentes da USF Lidador, da USF Pirâmides e da USF Odisseia, acompanhados pela equipa de enfermagem em visita domiciliária e residentes em Gueifães, Milheirós e Vermoim, perfazendo um total de 76 utentes.

As necessidades em Cuidados Paliativos relacionadas com as necessidades sentidas pelos utentes e /ou cuidadores são as que se seguem por ordem de importância:

Necessidades do cuidador

- Apoio emocional;
- Apoio socioeconómico;
- Formação sobre cuidados a pessoa dependente.

Necessidade do utente

- Apoio familiar;
- Apoio socioeconómico;
- Gestão do regime terapêutico;
- Apoio emocional.

B - Diagnóstico de Saúde: Necessidades de Formação em Cuidados Paliativos sentidas pelos Profissionais de Saúde do ACES da Maia

Para identificar as necessidades dos profissionais de saúde do ACES da Maia em relação à formação em Cuidados Paliativos foram identificadas as seguintes variáveis:

Caracterização sócio-demográfica:

- idade;
- género;
- profissão;
- tempo de exercício profissional.

Outras Variáveis:

- n.º de horas de formação pré-graduada sobre Cuidados Paliativos;
- conceito pessoal de Cuidados Paliativos;
- identificação de, pelo menos, uma diferença entre Cuidados Paliativos e Cuidados Continuados;
- identificação de uma ou mais situações em que o doente tenha necessidade de Cuidados Paliativos: desde o diagnóstico, durante o tratamento, quando o tratamento curativo deixa de ser eficaz, num estágio avançado da doença e na fase agónica, entendida como as últimas horas ou dias de vida;
- identificação de situações que o profissional indique como intervenções paliativas desenvolvidas no seu contexto profissional;
- identificação das instituições de proveniência de doentes seguidos em Cuidados Paliativos e se existiu contacto com essas instituições;
- identificação do motivo que conduziu o profissional a contactar a instituição de proveniência ou à ausência do contacto;
- identificação da posição do profissional relativamente ao estabelecimento de parcerias entre os Cuidados de Saúde Primários e os Cuidados de Saúde Diferenciados (nomeadamente serviços de Cuidados Paliativos) e o motivo que sustenta essa posição;
- identificação da população alvo a que se destinam os Cuidados Paliativos: doenças oncológicas, doenças cardíacas, doenças neurológicas, demências, falência de órgão com doença associada e SIDA;

- identificação da posição do profissional relativamente à questão: os Cuidados Paliativos destinam-se apenas a situações de dependência e/ou idosos? E justificação;
- posição sobre a importância atribuída à aquisição de conhecimentos sobre Cuidados Paliativos no exercício da profissão;
- identificação de uma ou mais áreas relacionadas com os Cuidados Paliativos, em que o profissional gostaria de receber formação: controlo de sintomas, apoio espiritual, trabalho em equipa, comunicação, agonia, urgências em Cuidados Paliativos e apoio da família;
- identificação de uma área não referida anteriormente;
- interesse do profissional em receber formação em Cuidados Paliativos;
- identificação da forma como o profissional pretende receber formação em Cuidados Paliativos;

Neste estudo, a **população-alvo** é coincidente com a amostra, na medida em que o instrumento de colheita de dados (questionário) foi entregue a todos os profissionais de saúde: médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo e nutricionista do ACES da Maia.

Da avaliação dos resultados referentes aos **profissionais de saúde** destacou-se a necessidade de formação em Cuidados Paliativos.

2. Projecto de Intervenção

Toda e qualquer acção é antecedida de uma intenção, para suprimir alguma necessidade ou problema verificado. Para ser efectiva, necessita de ser planeada de acordo com um plano, que deve estar inserido num projecto que faça parte de um programa.

De acordo com os resultados obtidos é necessário estabelecer-se prioridades, de forma a posteriormente se fixarem objectivos que permitam a selecção de estratégias, para, por último, proceder-se à elaboração de projectos.

2.1. Projecto do grupo

Para a priorização das necessidades recorreremos a um consenso de perito, que teve lugar no dia 8 de Setembro de 2010, pelas 16 horas, na sala de reuniões da USF Lidador. O grupo de peritos foi constituído pela Senhora Professora Norminda Magalhães, a Senhora Enfermeira Áurea Maria Figueiredo Jorge, Vogal do Conselho Clínico do ACES da Maia, a Mestre em Enfermagem Comunitária Jerusa Sanfins e a Senhora Enfermeira Especialista Isabel Conceição Mendes Ferreira. A Senhora Enfermeira Áurea Jorge não pôde comparecer na reunião. Após discussão sobre as necessidades que emergiram no Diagnóstico de Saúde, ficou decidido que os quatro peritos procederiam à sua priorização por escrito. Foi elaborado um instrumento de priorização para o efeito (anexo I), e enviado por correio electrónico. Da análise das respectivas respostas verificou-se que houve consenso na atribuição de prioridades. Assim, a necessidade de apoio emocional foi identificada como a mais prioritária, seguida da necessidade de formação aos cuidadores e, por último, da necessidade de carácter socioeconómico. Relativamente aos profissionais de saúde, a única necessidade que emergiu foi a necessidade de formação em Cuidados Paliativos.

Para dar resposta a estas prioridades, é intenção do grupo de estágio desenvolver um projecto, para suprimir determinadas necessidades de Cuidados Paliativos.

Em relação às necessidades dos cuidadores quanto ao:

- apoio emocional, pretende-se organizar sessões psicoeducativas que permitam aos cuidadores partilharem as suas experiências, em relação ao seu papel de prestador de cuidados, e que consigam descobrir determinados recursos pessoais para lidar com situações de stress face à situação de doença de um familiar. Para apoiar os cuidadores

irá tentar-se estabelecer parcerias entre os voluntários locais e de outras instituições como a Universidade Católica;

- formação sobre como cuidar de uma pessoa dependente, a qual será realizada no domicílio dos utentes, se os familiares e/ou cuidadores aceitarem;

- apoio socioeconómico, estabelecimento de parcerias com o serviço social do ACES da Maia, para que os recursos existentes sejam divulgados e que possibilite a identificação dos cuidadores, que demonstraram essa necessidade como prioritária.

Com as prioridades definidas foi estabelecido um **objectivo de intervenção** direccionado aos cuidadores. A amostra dos cuidadores informais é de 76, contudo este objectivo de intervenção será direccionado apenas a um núcleo de cuidadores informais composto por 44 indivíduos, que consiste em:

- Reduzir os efeitos negativos e a sobrecarga que se associa à tarefa de cuidar.

Para tal objectivo geral foram estipulados **objectivos específicos**:

- 1.1. capacitar o cuidador para a construção dos relacionamentos necessários ao desenvolvimento de estratégias de *coping* eficazes;

- 1.2. disseminar a importância do cuidado formal, enquanto recurso de complementaridade ao cuidador informal, para o alcance de momentos de descanso e alívio deste;

- 1.3. promover programas psicoeducativos para cuidadores informais de pessoas com doenças crónicas e com dependência no cuidado;

- 1.4. dinamizar as redes de voluntariado local em função desta problemática;

Para alcançar estes objectivos são necessários os seguintes **objectivos operacionais**

- 1.1.1. que pelo menos 35% dos cuidadores informais identifiquem as dificuldades na tarefa de cuidar e os recursos pessoais que dispõem para as ultrapassarem até ao dia 19 do Mês de Novembro de 2010;

- 1.2.1. que pelo menos 35% dos cuidadores informais recorram a cuidados formais a partir de Novembro de 2010;

1.3.1. que pelo menos 40% dos cuidadores informais adquiram competências, autonomia e auto cuidado até ao dia 19 do Mês de Novembro de 2010;

1.4.1. espera-se que as redes locais de voluntariado disponibilizem um apoio pontual aos cuidadores informais de curta duração, com ou sem periodicidade apartir de Novembro de 2010;

Para que estes objectivos sejam obtidos estabeleço as seguintes estratégias:

- identificação das necessidades emocionais/espirituais(conforto/bem-estar) do cuidador informal através da visita domiciliaria;
- desenvolver um trabalho de parceria com o cuidador, para que o mesmo se sinta à vontade em expressar os seus sentimentos, ideias e preocupações;
- promover competências, autonomia e o auto cuidado do cuidador informal;
- promover sessões psicoeducativas;
- mobilizar redes de voluntariado local de forma a criar uma rede de voluntários activos e sensibilizados, com a realidade do cuidador informal e dos Cuidados Paliativos através de sessões de educação para a saúde;

Devo referir que as **actividades** que irei desenvolver para estas estratégias estão direccionadas para as necessidades emocionais dos cuidadores informais, para as restantes necessidades identificadas serão desenvolvidas actividades pelos outros elementos do grupo de estágio. No entanto, enquanto grupo, iremos auxiliarmo-nos na realização das actividades específicas de cada elemento, que, de certo modo, se complementarão.

Passo a citar as **actividades** que espero desenvolver:

- seleccionar, com base nos questionários realizados para o diagnóstico de saúde, os cuidadores informais para a avaliação das suas necessidades emocionais;
- aplicar um questionário para avaliar o conforto/bem-estar do cuidador informal;
- orientar o cuidador a avaliar o modo como pode trabalhar em conjunto com os outros elementos da família, demonstrando a importância da participação de todos membros nas tarefas para o cuidado, podendo evitar a sobrecarga do cuidador informal;

- realizar três a quatro sessões psicoeducativas “Como cuidar do cuidador” na USF Lidador com a possível colaboração e participação de uma psicóloga, assistente social, voluntários, direccionada aos cuidadores informais que foram questionados no levantamento de necessidades em Cuidados Paliativos, devendo ser convocados com alguma antecedência. Explorando as percepções do cuidador acerca da doença, assim como o que espera conseguir com os cuidados ao seu familiar que está doente e posteriormente ajudar os cuidadores a estabelecerem objectivos realistas.

Estas sessões desenvolver-se-ão em fornecer orientações concretas para: reduzir o *stress*, utilizar estratégias mais eficientes de resolução de problemas, facilitar a comunicação na família e com os serviços formais de apoio e prevenir o isolamento social. Têm uma finalidade educativa no sentido de providenciar informação sobre a doença permitindo aos participantes antecipar mudanças requeridas pela evolução da doença, incluindo a preparação e gestão do fim de vida, aumentando a capacidade de gerir as alterações.

- realizar um levantamento dos recursos locais em conjunto com o serviço social do ACES da Maia, que possam ser utilizados pelas famílias, que tenham um elemento familiar dependente. Através da identificação destes recursos, fomentar a sua divulgação nas instituições de saúde, para que as famílias necessitadas conheçam o que existe na comunidade, como podem beneficiar de tais recursos tais como centros de dia, serviços de cuidados de saúde no domicílio, grupos de apoio e aulas para famílias;

Para se avaliar as intervenções efectuadas defino como **indicador de processo**:

- percentagem dos cuidadores informais (CI) com necessidades emocionais (NE) que responderam ao questionário;

$$IP = \frac{n.^{\circ} \text{ de CI com NE que responderam ao questionário}}{n.^{\circ} \text{ total de cuidadores informais com NE}} \times 100$$

- percentagem dos CI com NE que participem nas sessões psicoeducativas;

$$IP = \frac{n.^{\circ} \text{ de CI com NE que participem nas sessões psicoeducativas}}{n.^{\circ} \text{ total de cuidadores informais com NE}} \times 100$$

- percentagem dos CI com NE que reconhecem o papel dos cuidadores formais (CF) como recurso à tarefa de cuidar;

$$IP = \frac{\textit{n.º de CI com NE que reconhecem o papel dos CF como recurso à tarefa de cuidar}}{\textit{n.º total de cuidadores informais com NE}} \times 100$$

- percentagem dos voluntários locais que participem nas sessões psicoeducativas;

$$IP = \frac{\textit{n.º de voluntários locais que participem nas sessões psicoeducativas}}{\textit{n.º total de voluntários locais}} \times 100$$

Como **indicador de resultado**:

- percentagem dos CI que, através de um questionário, identificaram dificuldades, barreiras ou recursos pessoais na tarefa do cuidar;

$$IR = \frac{\textit{n.º de CI que identificaram as dificuldades, barreiras ou recursos pessoais na tarefa do cuidar}}{\textit{n.º de CI que responderam ao questionário}} \times 100$$

- percentagem dos cuidadores com um familiar dependente que consigam estabelecer um objectivo realista;

$$IR = \frac{\textit{n.º de cuidadores com um familiar dependente que consigam estabelecer um objectivo realista}}{\textit{n.º total de cuidadores com um familiar dependente}} \times 100$$

- percentagem dos cuidadores informais que recebem apoio de cuidadores formais no cuidado à pessoa dependente;

$$IR = \frac{\textit{n.º dos cuidadores informais que recebem apoio de cuidadores formais no cuidado à pessoa dependente}}{\textit{n.º total de cuidadores informais}} \times 100$$

- percentagem dos cuidadores informais que revelem redução de *stress*, do isolamento, melhoria no funcionamento familiar e uma colaboração mais adequada entre o cuidador e os profissionais de saúde;

$$IR = \frac{n.^{\circ} \text{ dos cuidadores informais que revelem ter adquirido mecanismos de coping e de adaptação à doença}}{n.^{\circ} \text{ total de cuidadores informais que frequentaram as sessões psicoeducativas}} \times 100$$

- percentagem dos cuidadores informais que solicitem o apoio das redes de voluntariado local;

$$IR = \frac{n.^{\circ} \text{ dos cuidadores informais que têm o apoio das redes de voluntariado local;}}{n.^{\circ} \text{ total de cuidadores informais}} \times 100$$

Em relação às necessidades dos utentes:

- apoio familiar, formar os cuidadores em como cuidar de uma pessoa dependente;

- apoio socioeconómico, estabelecimento de parcerias com o serviço social do ACES da Maia, para que os recursos existentes sejam divulgados, e que possibilite a identificação dos utentes que demonstraram essa necessidade como prioritária;

- gestão do regime terapêutico, a elaboração de um documento de apoio ao domicílio, que forneça informações necessárias, como a medicação, os recursos que pode recorrer em situações de urgência ou quando ocorre algo de diferente do usual;

- apoio emocional, estabelecer parcerias com redes de voluntariado para auxiliarem os utentes dependentes, e propiciar formação aos voluntários sobre Cuidados Paliativos;

No que diz respeito à necessidade dos profissionais de saúde do ACES da Maia, em relação aos Cuidados Paliativos, a formação sobre esta área temática foi a única necessidade identificada. Para que esta necessidade seja colmatada, o grupo de estágio irá participar num seminário sobre Cuidados Paliativos, e será direccionado para os profissionais do ACES da Maia e voluntários.

É pretensão do grupo de estágio, elaborar um Manual de Cuidados Paliativos, que forneça linhas orientadoras em como prestar os referidos cuidados na comunidade, promovendo a continuidade dos cuidados, podendo ser uma mais-valia para os profissionais de saúde da USF Lidador e para estudantes de enfermagem.

Os temas a desenvolver serão:

- filosofia e princípios dos Cuidados Paliativos;
- princípios de avaliação e controlo de sintomas;
- administração de terapêutica via subcutânea;
- terapias não farmacológicas para o controlo de sintomas;
- assistência domiciliaria em Cuidados Paliativos ;
- apoio familiar/apoio ao luto;
- comunicação em Cuidados Paliativos;
- urgências em Cuidados Paliativos;
- cuidados nos últimos dias de vida;
- aspectos éticos em Cuidados Paliativos;

Neste manual descreverei um capítulo sobre o apoio à família e pessoas significativas, um outro capítulo sobre a assistência domiciliária em Cuidados Paliativos e um terceiro capítulo sobre a avaliação e o controlo de sintomas.

Os temas por mim desenvolvidos vão um pouco de encontro a uma das áreas que desenvolverei neste estágio, como o caso do apoio à família, em que um dos meus projectos de intervenção se direcciona para o cuidar do cuidador e que tal experiência me possibilitará fundamentar os conhecimentos descritos.

2.2. Projecto de formação para enfermeiros sobre procedimentos específicos

Durante o estágio anterior foi-nos solicitado pela Direcção de Enfermagem do ACES da Maia a apresentação, em acções de formação, aos profissionais de saúde desse agrupamento sobre “Como utilizar a via subcutânea” e “Manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais”. Esta solicitação surgiu mediante as necessidades que os profissionais de saúde referiram como actual prioridade na sua prática diária e porque o

nosso grupo de estágio realiza diariamente este tipo de intervenções no respectivo local de trabalho, segundo um protocolo instituído.

Em Cuidados Paliativos as vias de eleição para a administração de medicação são a via oral e via subcutânea. Esta última é utilizada quando o utente apresenta dificuldade na deglutição. Não é tão agressiva e invasiva nos doentes em que o objectivo principal é minimizar o sofrimento. Com a via subcutânea tem-se a possibilidade de administrar a medicação necessária para controlar os sintomas que o utente apresente, promovendo bem-estar e qualidade de vida. Em determinadas circunstâncias os utentes demonstram vontade em ir para o domicílio mas necessitam de ter continuidade na medicação que é administrada no hospital. Por conseguinte, podem-se realizar ensinamentos aos cuidadores em como administrar, mas também é essencial que tenham apoio dos enfermeiros das unidades de saúde da sua área de residência. Para que a continuidade de cuidados seja realizada de forma efectiva é primordial que os profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários adquiram estes conhecimentos, para também promoverem qualidade de vida aos doentes e famílias no domicílio. Face à evolução da doença, assim como ao estado do doente, estipula-se como plano terapêutico a administração de perfusões subcutâneas contínuas (substituem a administração de medicação subcutânea em bolus), que podem ter duração até cinco dias no máximo, podendo ser posteriormente substituídas por outras, perante a avaliação médica e de enfermagem. Estas perfusões são muito úteis quando os utentes vão para o domicílio, dando-lhes a possibilidade de realizarem a medicação de forma contínua. Como tal, os conhecimentos sobre a manipulação, os cuidados a ter com estas perfusões, a colocação dos cateteres subcutâneos, a vigilância dos locais de punção e o material necessário para a sua colocação, revelam-se essenciais para os enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários que prestam cuidados totais aos utentes no domicílio, sendo esta área da responsabilidade da equipa de enfermagem promovendo a melhoria da continuidade dos cuidados no domicílio.

Em relação aos cateteres endovenosos centrais, existem determinados cuidados a ter, principalmente para realizar a sua manutenção. Muitos dos utentes acompanhados pelos Cuidados Paliativos apresentam cateteres endovenosos centrais implantados por terem realizado quimioterapia. Em Cuidados Paliativos estes cateteres já implantados são manipulados para colheitas de sangue e administração de medicação com um efeito mais rápido, como às vezes é necessário em situação de urgência, tendo sempre em conta o estado do utente e a evolução da sua doença. A manipulação destes cateteres

pode ser realizada pelos enfermeiros no domicílio, tal como a sua manutenção para uma necessidade futura, evitando uma deslocação ao hospital. Para tal é fundamental que os profissionais das unidades de saúde saibam qual o material necessário para puncionar estes cateteres, quais as circunstâncias, qual a técnica para puncionar e qual o intervalo de tempo para se realizar a sua manutenção tal como a troca de agulha de punção desses cateteres. Existem outros cateteres endovenosos centrais tipo Hickman, que podem ter uma ou duas vias de administração. Nestes é importante saber como heparinizar e a vigiar sinais inflamatórios no local da sua inserção, podendo justificar-se a aplicação de um penso oclusivo, que requer executar este penso diariamente para melhor vigilância da integridade cutânea.

Este momento de formação irá ser realizado em dias distintos, em cada unidade de saúde, com a duração de uma hora para cada acção de formação. Tem como propósito dar a oportunidade a todos os profissionais de saúde estarem presentes e a participarem nestes temas do seu interesse, para uma melhor aquisição dos conhecimentos apreendidos. Cada tema será apresentado por dois elementos do grupo de estágio. A Enfermeira Filipa Gonçalves e a Enfermeira Margarida Alvarenga irão apresentar “Como utilizar a via subcutânea” nos dias 11 de Outubro de 2010 na sala de reuniões do Centro de Saúde do Castelo da Maia; 12 de Outubro de 2010 na sala de reuniões do Centro de Saúde da Maia; 15 de Outubro de 2010 na sala de reuniões do Centro de Saúde de Águas Santas. A Enfermeira Catarina Simões e a Enfermeira Jacinta Rente irão apresentar “Manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais” nos dias 18 de Outubro de 2010 na sala de reuniões do Centro de Saúde da Maia; 22 de Outubro de 2010 na sala de Reuniões do Centro de Saúde do Castelo da Maia; 25 de Outubro de 2010 na sala de Reuniões do Centro de Saúde de Águas Santas. Para a apresentação destes temas, será utilizado o método expositivo com carácter teórico e prático, dando a oportunidade aos profissionais de saúde praticarem algumas das acções demonstradas.

Esta intervenção tem como **objectivo geral**:

- Promover formação aos profissionais de saúde do ACES da Maia sobre temas identificados como prioritários na sua pratica diária.

Para se alcançar tal objectivo é essencial estabelecerem-se os seguintes **objectivos específicos**:

1.1. reduzir as dificuldades dos profissionais do ACES da Maia na manipulação dos cateteres subcutâneos e os cateteres venosos centrais;

1.2. esclarecer as dúvidas que os profissionais de saúde do ACES da Maia apresentem face a experiências que tenham tido com estes cateteres e com estas vias de administração de terapêutica;

1.3. proporcionar aos profissionais de saúde do ACES da Maia a manipulação dos cateteres subcutâneos e os cateteres venosos centrais.

Para cada objectivo específico estabeleço como **objectivo operacional** o seguinte

1.1.1. espera-se que 50% dos profissionais de saúde do ACES da Maia identifiquem as suas dificuldades sobre os temas das acções de formação até o final do mês de Outubro de 2010;

1.2.1. espera-se que 25% profissionais de saúde do ACES da Maia participem nas acções de formação expondo as suas experiências e dúvidas com estas vias de administração de terapêutica até o final do mês de Outubro de 2010;

1.3.1. aguarda-se que os métodos e instrumentos utilizados para suprir determinadas necessidades de determinada área se mostrem inovadores, criativos e eficazes em pelo menos 50% dos profissionais de saúde que recebam formação até o final do mês de Outubro de 2010.

Para se alcançar os objectivos definidos estabeleço as seguintes **estratégias**:

- promover formação sobre os temas definidos, em dias diferentes e alternadamente;

As **actividades** que irei desenvolver com a Enfermeira Catarina serão:

- organizar a apresentação da acção de formação;
- realizar panfletos e um poster sobre os dois temas;

- elaborar um documento de avaliação para se avaliar a aquisição de conhecimentos dos formandos.

Para avaliar as intervenções desenvolvidas designei como **indicadores de processo**:

- percentagem dos profissionais de saúde que estejam presentes nas acções de formação;

$$IP = \frac{\textit{n.º de profissionais de saúde estejam presentes nas acções de formação}}{\textit{n.º total de profissionais de saúde do ACES da Maia}} \times 100$$

- percentagem dos profissionais de saúde que exponham dúvidas durante a formação e revelem vontade em participarem na demonstração prática;

$$IP = \frac{\textit{n.º de profissionais de saúde participativos na formação}}{\textit{n.º total de profissionais de saúde na formação}} \times 100$$

Como **indicadores de resultado**:

- percentagem dos profissionais de saúde que frequentaram a formação e revelem redução das dificuldades na manipulação dos cateteres subcutâneos e os cateteres venosos centrais;

$$IR = \frac{\textit{n.º de profissionais de saúde que revelem redução das dificuldades}}{\textit{n.º total de profissionais de saúde que participam na avaliação da formação}} \times 100$$

- percentagem dos profissionais de saúde que assistem à formação obtenham 60% no teste de avaliação final;

$$IR = \frac{\textit{n.º de profissionais de saúde que obtiveram 60% no teste de avaliação final}}{\textit{n.º total de profissionais de saúde que realizaram teste de avaliação final}} \times 100$$

2.3. Projecto Individual

Uma das competências da enfermeira especialista de enfermagem comunitária, que pretendo ser, é prestar cuidados de enfermagem com um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades – enfermagem avançada – actuando junto do cliente (indivíduo, família ou grupo) em situações em que ocorre alteração do estado de saúde ou que estão em risco de sofrerem tal alteração no âmbito da saúde na comunidade. Neste estágio optei por estar presente nas consultas de planeamento familiar e, se possível, nas de saúde materno-infantil, para posteriormente, e se existir essa oportunidade, realizar visitas domiciliárias de apoio à puérpera e ao recém-nascido.

Optei pelo programa de saúde “Saúde da Mulher” uma vez que é objectivo deste os cuidados pré-concepcionais, a vigilância da gravidez e o planeamento familiar. Neste programa é essencial a intervenção do enfermeiro de família, no que diz respeito à avaliação inicial e ao aconselhamento geral pré-concepcional solicitado quer pelos casais ou fornecidos pela equipa de saúde com o intuito educativo e esclarecedor, bem como a referência a cuidados pré-concepcionais especializados quando indicado, promovendo um acompanhamento em paralelo para a continuidade de cuidados.

A vigilância da gravidez é uma área de atenção neste programa, uma vez que é essencial a vigilância pré-natal da gravidez normal, bem como a referência de situações de risco que necessitem de cuidados especializados com seguimento em parceria, para que ocorra continuidade de cuidados.

A promoção de comportamentos de adesão durante a gravidez permitirá um desenvolvimento saudável e responsável, assim como a implementação de mudanças necessárias para o bem-estar do indivíduo/família e comunidade.

Na fase do ciclo vital, quando o casal se prepara para transitar para a outra etapa, casal com filhos, é primordial que este seja auxiliado a adaptar-se ao novo estágio do ciclo vital, de forma a desempenhar o papel parental, bem como os cuidados a prestar ao novo elemento da família.

Quando as puérperas têm alta hospitalar é necessário apoio no domicílio, promovendo a referida adaptação individual e familiar, assim como o aleitamento materno até aos três meses.

A promoção do planeamento familiar é fundamental para promover a prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis, para o rastreio sistemático do cancro do colo útero e da mama e para a identificação e encaminhamento de situações

de violência, que, além de ser parte integrante dos Cuidados de Saúde Primários em saúde reprodutiva, têm como principal alvo as mulheres em idade fértil. No entanto, é fundamental a participação dos homens nas questões da saúde sexual e reprodutiva, enquanto verdadeiros parceiros nestes domínios e, como tal, sujeitos de igual intervenção.

Nas transições das etapas do ciclo vital é fundamental trabalhar com as famílias, para que identifiquem os recursos pessoais que possuem, as dificuldades que têm face a determinada situação, para que a adaptação a novas fases da vida seja mais compreensível e aceitável. A transição da etapa de casal sem filhos para casal com filhos mostra a transição para a paternidade em que ocorre uma reorganização qualitativa da vida interior e do comportamento exterior (Hanson, 2005:241), perante os cuidados físicos, afectivos, que o mais recente membro da família necessita. Como tal *“os pais necessitam de definir os papéis parentais e adaptar-se à responsabilidade permanente de serem pais”* (Figueiredo, 2009:283).

O papel parental abrange acções e interacções entre os pais, que promovem o desenvolvimento da criança e, assim, adquirem a sua nova identidade.

Para se avaliar esta área de atenção é necessário ter-se em conta determinadas dimensões, de acordo com o modelo dinâmico de intervenção familiar, como o conhecimento do papel, comportamentos de adesão, adaptação da família à escola, consenso do papel, conflito do papel e saturação do papel. Estas dimensões avaliativas são aplicadas quando se realiza a avaliação de outros papéis familiares, tal como o de prestador de cuidados, excepto que nesta área de atenção deve-se ter em conta a adaptação da família à doença, em vez de à escola, como referido no anterior papel.

Apesar destas áreas de atenção serem avaliadas em dimensões diferentes, o papel parental, na de desenvolvimento, e o papel de prestador de cuidados, na funcional, são paralelos nas dimensões avaliativas e na questão do desempenho do papel perante uma dependência de um elemento da família. Outras semelhanças que ressaltam no desempenho destes papéis estão relacionadas com a interacção entre os elementos da família perante uma transição que ocorra no sistema familiar, que necessite de uma adaptação para a nova fase ou estágio do ciclo vital. O International Council of Nurses (ICN) define papel parental *“... um tipo de interacção de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como*

comportamentos e valores; fundamental para um crescimento e desenvolvimento óptimo da criança dependente” (Figueiredo, 2009:283). O papel de prestador de cuidados é definido segundo o ICN como “...um tipo de interacção de papéis com as características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes” (Figueiredo, 2009:291).

Uma vez que o nosso diagnóstico de saúde, direccionado à avaliação da necessidade de Cuidados Paliativos aos utentes e familiares acompanhados no domicílio, permitiu-me realizar uma avaliação do elemento familiar que desempenha o papel de prestador de cuidados. Fruto da minha intervenção, por estar direccionada para o cuidado aos cuidadores de uma pessoa dependente, pareceu-me que a possibilidade em contactar com o Programa de Saúde da Mulher, que inclui os diferentes aspectos atrás referidos, principalmente a adaptação ao novo papel, poderá ser uma mais-valia, uma vez que os pais de um recém-nascido são também cuidadores de um elemento familiar dependente, que necessita de todos os cuidados para o seu desenvolvimento, e o idoso dependente neste estágio necessita também de cuidados semelhantes que promovam o seu auto-cuidado. Em ambas as fases do ciclo vital o acompanhamento do enfermeiro de família no domicílio é preponderante, por um lado para a realização de ensinamentos em como cuidar e prestar determinados cuidados na promoção de um ambiente seguro e adequado às necessidades da criança e dos pais quer do idoso dependente e do seu cuidador.

Durante este estágio tendo a possibilidade de contactar a consulta de saúde materna e infantil, participar com os profissionais de saúde da USF Lídador no desenvolvimento do Programa de Saúde Materna de acordo com o seu plano de acção, pelo que tenho como **objectivo geral:**

- Promover cuidados de adaptação do casal ao novo estágio de vida familiar incluindo a vigilância durante a gravidez e o planeamento familiar;

Como **objectivos específicos**:

1.1. avaliar o conhecimento do casal sobre diversas áreas referentes à vigilância da gravidez;

1.2. fomentar a comunicação do casal sobre a adaptação à nova fase do ciclo vital;

1.3. promover comportamentos de adesão do casal em relação à gravidez e ao planeamento familiar.

De acordo com os objectivos específicos estabelecidos é necessária a definição de **objectivos operacionais** para a sua consecução. No entanto, o período em que irei participar no Programa de Saúde Materna, tenderá a ser um período mais reduzido, pelo que irei determinar aqueles que poderão ser exequíveis:

2.1.1. que pelo menos 25% dos casais que estejam a ser acompanhados na consulta de planeamento familiar e saúde materna revelem conhecimentos sobre o processo de transição familiar;

2.2.1. que pelo menos em 15% das consultas de planeamento familiar e saúde materna os enfermeiros da USF Lidador utilizem estratégias de comunicação, permitindo a partilha do casal sobre receios e expectativas relacionadas com a gravidez e parentalidade;

2.3.1. que pelo menos 15% dos casais que são acompanhados na consulta de planeamento familiar e saúde materna tenham percepção da necessidade do apoio mútuo nas tarefas desenvolvimentais, relacionadas com esta etapa de transição;

2.4.1. que pelo menos 25% dos casais tenham conhecimento das acções que promovam o bem-estar, recuperação ou reabilitação que possam desenvolver para a adaptação à gravidez.

Para alcançar as metas determinadas proponho-me, a realizar as seguintes **estratégias**:

- identificação da necessidade de informação do casal em relação à adaptação à nova etapa do ciclo vital;

- educação para a saúde sobre os cuidados e a informação a reter sobre esta nova fase, incluindo a importância da comunicação entre o casal e os comportamentos de adesão.

Como **actividades** que gostaria de desenvolver para promover a adaptação do casal à nova fase elenco as seguintes:

- elaborar um questionário direccionado aos casais para se avaliar os conhecimentos dos casais em relação à nova etapa do ciclo vital;
- elaborar um poster ou panfletos direccionados aos casais sobre os conhecimentos a reter na gravidez;
- realizar visita domiciliárias de apoio às puérperas e ao recém-nascido.

De forma a se avaliarem as intervenções que serão realizadas para alcançar os objectivos anteriormente determinados estabeleço como **indicador de processo**:

- percentagem das mulheres grávidas que compareçam às consultas de planeamento e saúde materna;

$$IP = \frac{\textit{n.º de mulheres grávidas acompanhadas na USF Lidador que compareçam às consultas de planeamento e saúde materna;}}{\textit{n.º total de mulheres grávidas acompanhadas na USF Lidador durante uma semana}} \times 100$$

- percentagem das grávidas/casal que responderam ao questionário de identificação dos seus conhecimentos de adaptação à gravidez;

$$IP = \frac{\textit{n.º de grávidas/casal que responderam ao questionário}}{\textit{n.º total de grávidas/casal acompanhadas na USF Lidador durante uma semana}} \times 100$$

- percentagem das puérperas que aceitem a visitação domiciliária.

$$IP = \frac{\textit{n.º visitas domiciliárias realizadas às puérperas acompanhadas pela USF Lidador}}{\textit{n.º total das puérperas acompanhadas pela USF Lidador durante uma semana}} \times 100$$

Como **indicador de resultado** determinei:

- percentagem das grávidas/casal que revelem diminuição das dificuldades e barreiras em relação à adaptação à gravidez com os ensinamentos realizados;

$$IR = \frac{\textit{n.º de grávidas/casal que referem diminuição das dificuldades e barreiras em relação à adaptação à gravidez}}{\textit{n.º de grávidas/casal que receberam ensinamentos de enfermagem}} \times 100$$

- percentagem das grávidas/casal que partilhem medos/receios mutuamente;

$$IR = \frac{\textit{n.º de grávidas/casal que partilhem medos/receios mutuamente}}{\textit{n.º de grávidas/casal acompanhados pela USF Lidador durante uma semana}} \times 100$$

- percentagem das grávidas/casal que adiram às consultas de planeamento e saúde materna, ao curso de preparação para o parto e à preparação do enxoval do bebé e da mãe;

$$IR = \frac{\textit{n.º de grávidas/casal que revelem comportamentos de adesão}}{\textit{n.º de grávidas/casal acompanhados pela USF Lidador durante uma semana}} \times 100$$

3 – Barreiras e dificuldades na implementação do projecto

Actualmente os Cuidados Paliativos são uma Política de Saúde Prioritária. No entanto, a abordagem curativa ainda é o objectivo principal da medicina. A mudança do paradigma curativo para o paradigma paliativo pode ser uma dificuldade uma vez que os profissionais de saúde têm de reorganizar os objectivos dos cuidados. Por esse motivo cabe aos profissionais de saúde de Cuidados Paliativos formar, educar e informar outros profissionais, neste caso dos Cuidados de Saúde Primários.

A implementação de protocolos de actuação em situações específicas pode não decorrer de forma efectiva pela falta de determinados recursos materiais como medicação utilizada em Cuidados Paliativos (como opióides, dexametasona) ou outros (butterfly`s e bombas infusoras).

As intervenções direccionadas para as famílias, para os cuidadores informais, quer para os casais em fase de adaptação à gravidez podem não decorrer como o esperado, uma vez que a adesão aos momentos de formação estará dependente da disponibilidade e da organização das suas vidas familiares e/ou profissionais. Pretendo contornar esta dificuldade, convidando e convocando os cuidadores informais e os casais, com algum tempo de antecedência.

A inexistência de um psicólogo clínico na USF Lidador pode demonstrar-se como um obstáculo à concretização dos projectos de actuação, junto dos utentes/famílias e profissionais de saúde, uma vez que seria uma mais-valia, no apoio e acompanhamento destes.

A maioria dos utentes com doença crónica pode ser acompanhada pelos Cuidados de Saúde Primários na comunidade. Para tal é necessária a existência de determinados mecanismos flexíveis, para que tenham acesso à intervenção das Equipas de Cuidados Paliativos.

A continuidade dos cuidados é fundamental para promover a qualidade de vida quer aos utentes assim como às suas famílias, uma vez que estas necessitam de apoio, formação e informação das equipas domiciliárias de forma a proporcionarem bem-estar ao elemento da família que está doente bem como adaptarem-se ao seu papel de prestador de cuidados, que necessita de ser cuidado.

Os Cuidados Paliativos são considerados como cuidados activos e intensivos de conforto. Estes direccionam-se para uma abordagem que promova a melhor qualidade de vida aos utentes/família, que suportam problemas derivados de doença incurável e/ou grave, com prognóstico limitado. O objectivo será o alívio do sofrimento, preparação e gestão do fim de vida, apoio no luto recorrendo à identificação de problemas físicos, psicossociais e espirituais que permitam a protecção da dignidade da pessoa com doença incurável ou na fase final de vida.

Para a prestação efectiva dos Cuidados Paliativos na comunidade é essencial a formação dos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários de forma multidisciplinar assim como da comunidade, *para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitando de receber apoio, informação e educação.* (PNCP, 2010: 8)

A intervenção junto das famílias, de acordo com o ciclo vital, é importante por ser essencial capacitar as famílias a desempenhar os seus papéis de acordo com os seus recursos pessoais, crenças e valores. Esta intervenção é necessária por também se direccionar para o cuidado ao cuidador que muitas vezes é esquecido, sendo uma personagem primordial para a intervenção do enfermeiro de família.

Bibliografia

AZEVEDO, Carlos A. Moreira; AZEVEDO, Ana Gonçalves de – *Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. 4.^a edição – Porto: C. Azevedo, 1998.

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Programa Nacional de Cuidados Paliativos, 2010.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta – *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009.

HANSON, S. – *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, prática e investigação*. 2.^a edição – Loures: Lusociência, 2005.

HENNEZEL, Marie de – *Diálogo com a morte*. 2.^a edição – Lisboa: Editorial Notícias, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde, Prioridades para 2004-2010 – Mais Saúde para Todos, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde, Estratégias para 2004-2010 – Mais Saúde para Todos, 2004.

ANEXO I

Documento para a priorização

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

Necessidades em Cuidados Paliativos

Profissionais/Utentes/Cuidadores

Definição de prioridades

De acordo com os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde, emergiram várias necessidades para os cuidadores, que são especificadas a seguir.

Na qualidade de Perito pedimos a sua colaboração na definição da importância de cada uma delas, priorizando-as de acordo com Escala de Likert.

Apoio emocional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Apoio socioeconómico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Formação sobre cuidados a pessoa dependente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Gratas pela sua colaboração,

Catarina Simões

Filipa Gonçalves

Jacinta Rente

Margarida Alvarenga

ANEXO II

Cronograma

ANEXO III - Índice de Comorbilidades de Charlson

Índice de Comorbilidades de Charlson

Pontuação	Condição clínica
1	Enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, doença vascular periférica, demência, doença cerebrovascular, diabetes sem complicações, doença péptica, doença hepática ligeira e conectivopatia.
2	Hemiplegia, doença renal severa ou moderada, diabetes com lesão orgânica múltipla, neoplasia, leucemia e linfoma
3	Doença do fígado moderadamente grave
6	Neoplasia com metástase, SIDA

Fonte: Charlson et. al, 1987 (tradução livre)

ANEXO IV - Documento para priorização

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE
Necessidades em Cuidados Paliativos
Profissionais/Clientes/Cuidadores

Definição de prioridades

De acordo com os resultados obtidos no Diagnóstico de Saúde, emergiram várias necessidades para os cuidadores, que são especificadas a seguir.

Na qualidade de Perito pedimos a sua colaboração na definição da importância de cada uma delas, priorizando-as de acordo com Escala de Likert.

Apoio emocional	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Apoio socioeconómico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Formação sobre cuidados a pessoa dependente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Gratas pela sua colaboração,
Catarina Simões
Filipa Gonçalves
Jacinta Rente
Margarida Alvarenga

ANEXO V - Questionário de avaliação das necessidades emocionais e espirituais dos
cuidadores

Instrumento de avaliação de necessidades emocionais

O preenchimento deste questionário inscreve-se num projecto de intervenção no âmbito de um estágio inserido no Plano de Estudos do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Universidade Católica do Porto. Tem como objectivo determinar as necessidades do foro emocional dos clientes e cuidadores, seguidos pela USF Lidador, em contexto domiciliário, no sentido de planear e realizar intervenções que permitam a satisfação dos problemas identificados.

A sua participação neste estudo é voluntária, pelo que não tem de o fazer se não for sua vontade.

A sua identidade será mantida confidencial. As respostas serão utilizadas para tratamento estatístico.

_____, ___ de _____ de 2010

Obrigada pela sua participação!

Catarina Simões

Jacinta Rente

- Cliente - Avaliação PPS
- Cuidador

Genograma

Ecomapa

Classifique as afirmações que se seguem de acordo com o seu grau de concordância, em que

- 1 – Não / Nunca
- 2 – Raramente
- 3 – Às vezes
- 4 – Quase sempre
- 5 – Sempre

	NR	1	2	3	4	5
1 – Quando preciso de ajuda tenho a quem recorrer						
2 – Sinto-me só						
3 – Sinto que sou importante para alguém						
4 – Sinto-me útil						
5 – Tenho com quem possa desabafar						
6 – As minhas actividades sociais satisfazem-me						
7 – Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família / amigos						
8 – Os amigos continuam presentes						
9 – Continuo a preocupar-me com a minha aparência						
10 – Sinto-me capaz de lidar com esta situação						
11 – Sinto medo do que possa acontecer no futuro						
12 – Dou valor às coisas boas que me acontecem						
13 – As minhas crenças tranquilizam-me						
14 – Sinto que a minha experiência atribui sentido à minha vida						

Responda por favor às questões:

1 - Se fosse possível, alteraria algum evento/acontecimento na sua vida nos próximos 3 meses? Qual?

2- Como acha que esse acontecimento ou essa mudança o/a poderia ajudar a promover o seu bem estar?

3- Identifique 3 aspectos que julga que contribuiriam para a melhoria do seu bem estar global.

4- Sente que o/a enfermeiro / a da equipa de saúde da USF Lidador o poderia ajudar?
De que forma?

5- Acha que a partilha da sua experiência com outras pessoas que vivenciam situações semelhantes à sua, pode ser útil?

ANEXO VI - Planeamento da visita domiciliária

Planeamento da Visita Domiciliária

1.1. Selecção da visita domiciliária

Com base nos resultados obtidos do diagnóstico de saúde realizado aos cuidadores dos utentes acompanhados pelas Unidades de Saúde Familiar Lidador, Pirâmides, Odisseia, no que diz respeito às necessidades de Cuidados Paliativos. Foram identificadas necessidades estabelecendo-se dessas, a priorização por um grupo de peritos, sendo por ordem de importância, a necessidade emocional, necessidade de formação sobre cuidados a pessoa dependente e a necessidade socioeconómica as mais relevantes.

De forma a dar resposta às necessidades emocionais dos cuidadores constatou-se que seria fundamental que a avaliação e identificação destas fosse mais objectiva e específica, pelo que foi construído um instrumento de colheita de dados.

Da amostra utilizada da realização do diagnóstico de saúde foram seleccionados os utentes inscritos na USF Lidador. Foi seleccionada uma amostra aleatória de 15 cuidadores (numero da porta impar).

1.2. Colheita de dados

Foi construído um instrumento de colheita de dados com o objectivo de identificar as necessidades emocionais/espiritual, tendo por base escalas existentes na literatura.

Foi realizado um pré-teste em dois utentes que foram excluídos da amostra. O questionário inclui uma avaliação da estrutura familiar – genograma e ecomapa, perguntas fechadas para exploração das principais dimensões do apoio emocional/espiritual, e perguntas abertas. Entre perguntas abertas destaca-se uma referente à percepção do cliente/cuidador sobre o apoio que gostaria de receber do enfermeiro da USF.

1.3. Revisão de conhecimentos

A família sendo um sistema em interacção com os subsistemas que a constituem, sofre alterações na sua dinâmica, quando a um dos elementos da família é diagnosticada uma doença crónica. Os papéis familiares são redefinidos, os sentimentos e as emoções direccionam-se para a doença que abala a família e as rotinas diárias centram-se no cuidado àquele que se encontra numa situação mais vulnerável.

Ao redefinir os papéis que cada elemento desempenha, surge o papel de cuidador, que poderá ser definido pela própria família, pelo próprio ou pela escolha do membro familiar doente.

O cuidador muitas das vezes é o familiar com quem o utente mais se identifica, o elemento familiar que tem disponibilidade em cuidar ou o único elemento existente.

O papel do cuidador desenvolve no próprio um sentimento de desinteresse na sua vida social, na sua vida pessoal e muitas vezes familiar, em detrimento do seu familiar que se encontra doente, originando muitas vezes o isolamento, assim como o desenvolvimento de doenças no próprio cuidador como resultado de alguma sobrecarga emocional e do impacto do cuidado.

Perante tal realidade, o cuidador precisa de ser cuidado e incluído no plano de cuidados de enfermagem, promovendo o seu auto cuidado, autonomia e a descoberta de determinados recursos pessoais que o possam auxiliar a obter satisfação na tarefa de cuidar, retirando alguns benefícios do esforço prestado.

Será necessário dirigir acções que permitam ao cuidador exprimir o que sente, perante a situação que se encontra, aspectos positivos e negativos da sua vivência como cuidador, bem como, as estratégias utilizadas perante momentos mais difíceis de lidar, como a solidão, por não ter com quem partilhar a sua dor e angustia, a revolta do utente, que direcciona para o familiar mais próximo, situações de crise relacionadas com a doença, assim como a sobrecarga permanente sobre o cuidador, quando outros familiares não colaboram na tarefa do cuidar.

1.4. Plano

A visita domiciliária que será realizada aos cuidadores têm como objectivo geral:

- Identificar as necessidades emocionais/espirituais dos cuidadores;

Como objectivos específicos:

- Proporcionar ao cuidador a expressão dos seus actuais sentimentos;

- Promover ao cuidador a identificação de aspectos positivos e negativos da sua tarefa de cuidar;

- Identificar com o cuidador estratégias utilizadas para ultrapassar situações difíceis de lidar;

- Permitir ao cuidador a reflexão da dinâmica da sua vida familiar e social;

- Incentivar o auto cuidado do cuidador;

Para que este objectivo geral seja alcançado estabeleço como meta:

Que pelo menos 70% dos cuidadores colaborem na identificação das necessidades emocionais/espirituais;

Para avaliar as intervenções realizadas defini como indicador de processo:

Número de cuidadores que responderam ao questionário

$$IP = \frac{\textit{n.º de CI com NE que responderam ao questionário}}{\textit{n.º de cuidadores informais da amostra com NE}} \times 100$$

Como indicador de resultado:

Número de cuidadores que identificaram as suas dificuldades, barreiras ou recursos pessoais através da aplicação do questionário

$$IR = \frac{\textit{n.º de CI que identificaram as suas dificuldades, barreiras recursos pessoais}}{\textit{n.º de cuidadores informais que responderam ao questionário}} \times 100$$

As actividades que se pretende realizar na visita domiciliária estão direccionadas para uma avaliação em conjunto com cada cuidador proporcionando-lhe oportunidade em falar sobre o seu papel como cuidador, na relação com o utente, com os outros elementos da família e da rede social que o envolve. Nesta visita serão colhidos dados sobre a constituição da família, tipo de laços existentes, assim como o tipo de apoio ou os subsistemas existentes, avaliando desta forma os recursos familiares. No seguimento desta avaliação será aplicado um questionário que permitirá identificar a sobrecarga subjectiva do cuidador, como lida com o seu papel, como se sente apoiado, como encara a doença do seu familiar e que sentido este papel, proporcionou à sua vida.

1.5. Preparação do material

Para a realização desta visita domiciliária utilizamos uma listagem elaborada com o os dados do cuidador e do cliente seleccionados, o questionário formulado para especificar as necessidades emocionais /espirituais do cuidador e do cliente, que orientará as intervenções necessárias para o colmatar das necessidades evidentes.

ANEXO VII - Resultados da avaliação das necessidades emocionais e espirituais do cuidador
(antes da sessão psicoeducativa)

RESULTADOS ANTES DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Classifique as afirmações que se seguem de acordo com o seu grau de concordância, em que

1 – Não / Nunca

2 – Raramente

3 – Às vezes

4 – Quase sempre

5 – Sempre

	NR	1	2	3	4	5
1 – Quando preciso de ajuda tenho a quem recorrer		17%	17%	25%		42%
2 – sinto-me só		17%	8%			75%
3 – Sinto que sou importante para alguém		8%	8%	17%	17%	50%
4 – Sinto-me útil				8%	33%	58%
5 – Tenho com quem possa desabafar		17%		25%	25%	25%
6 – As minhas actividades sociais satisfazem-me		33%	17%	25%	17%	8%
7 – Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família / amigos		16%	42%	8%	17%	17%
8 – Os amigos continuam presentes		50%	8%		25%	17%
9 – Continuo a preocupar-me com a minha aparência		17%	25%	17%	25%	17%
10 – Sinto-me capaz de lidar com esta situação		8%	17%	33%	25%	17%
11 – Sinto medo do que possa acontecer no futuro		8%	8%	17%	33%	33%
12 – Dou valor às coisas boas que me acontecem		17%	17%	17%	17%	33%
13 – As minhas crenças tranquilizam-me				42%	25%	33%
14 – Sinto que a minha experiência atribui sentido à minha vida		8%		17%	33%	42%

ANEXO VIII - Gráficos com resultados
(antes da sessão psicoeducativa)

Respostas às questões abertas do formulário

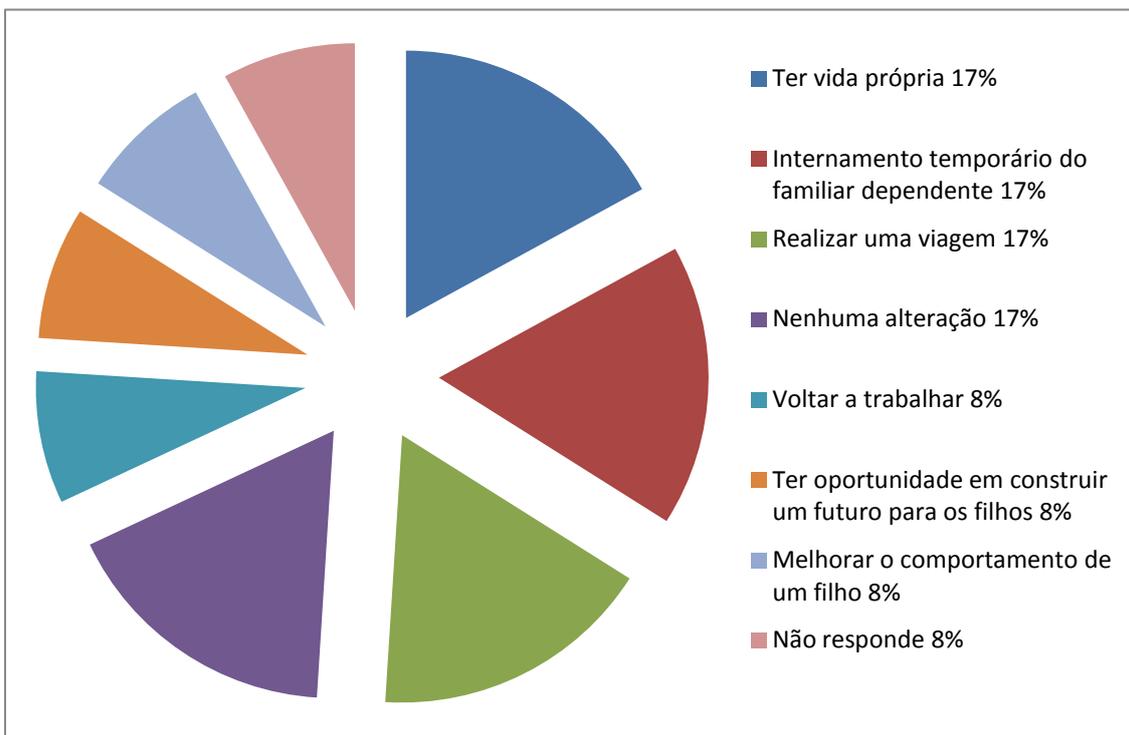


Gráfico I – Alterações desejadas pelos cuidadores nos próximos três meses

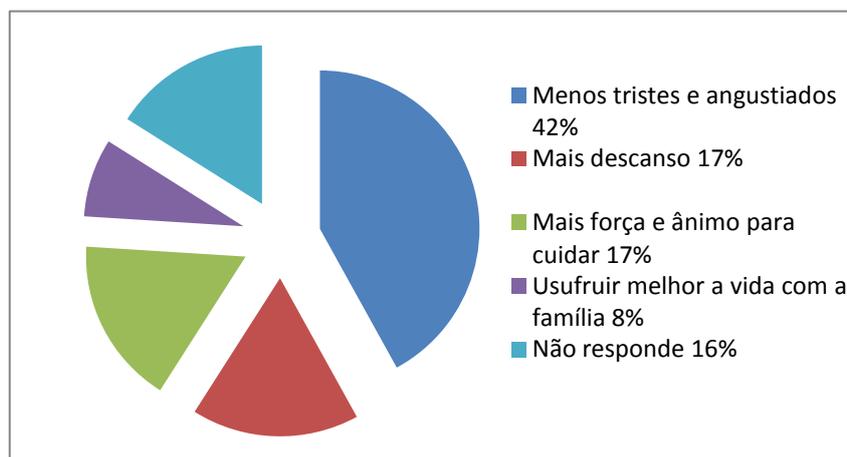


Gráfico II – Benefícios provocados pelas alterações desejadas

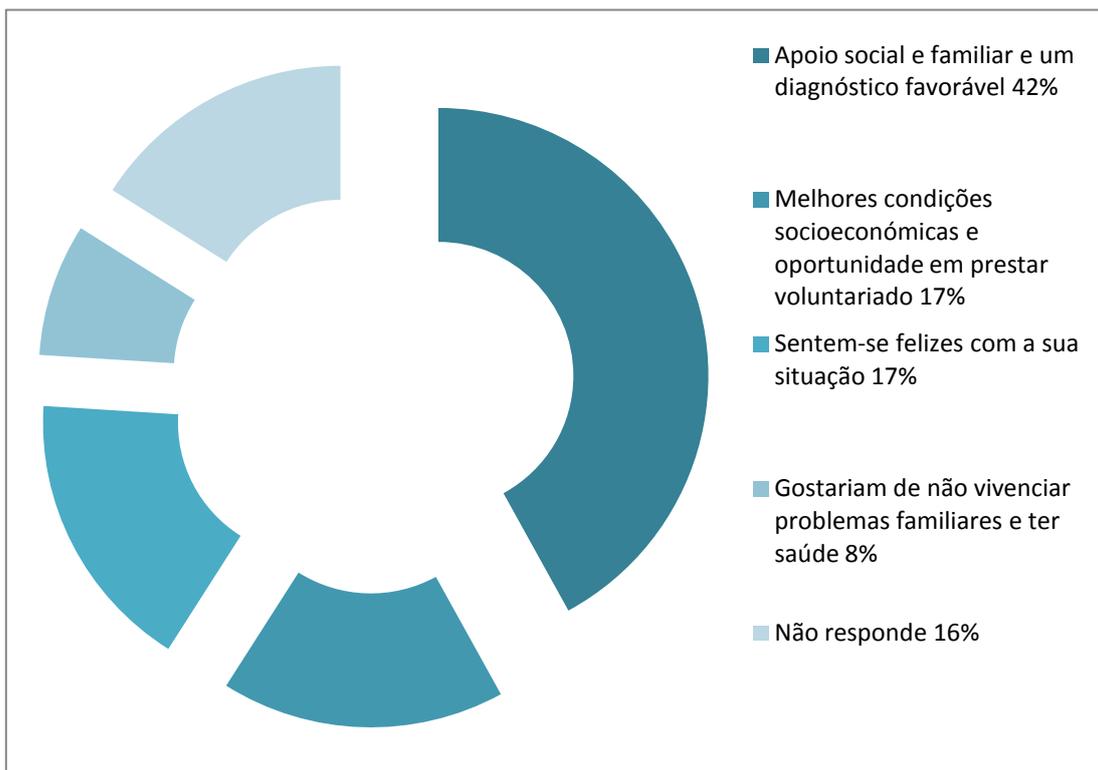


Gráfico III – Factores para a melhoria do bem-estar do cuidador

Percepção do cuidador em relação ao apoio do enfermeiro de família

- Ajuda no momento
- Promoção momentos de partilha com outros cuidadores
- Necessidade de mais diálogo

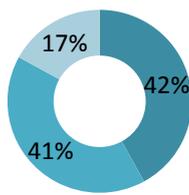


Gráfico IV – Percepção do cuidador em relação ao apoio do enfermeiro de família

ANEXO IX - Planeamento da sessão psicoeducativa

Planeamento da Sessão de Formação “Cuidar do Cuidador”

0 – Nota Introdutória

De acordo com os resultados obtidos no diagnóstico de saúde, em relação às necessidades dos cuidadores informais no que respeita a Cuidados Paliativos, foram salientadas, entre outras, necessidades emocionais e espirituais.

Com o intuito de colmatar parte das necessidades identificadas, foram planeadas intervenções dirigidas aos cuidadores, aos profissionais de saúde (seminário) e ao, voluntários da LACES Maia.

De modo a satisfazer as necessidades emocionais/espirituais do cuidador é fundamental auxiliá-los a identificarem quais as suas dificuldades, barreiras e recursos pessoais para o desempenho da tarefa de cuidar. É essencial que o cuidador reconheça que necessita de ser cuidado e apoiado por recursos existentes na comunidade, como o caso da LACES Maia, para que possa continuar a desempenhar o seu papel de prestador de cuidados, de forma saudável e equilibrada, não se esquecendo que faz parte de uma família na qual representa um ou vários papéis familiares primordiais na sua dinâmica familiar, pelo que precisa de se cuidar, visto que muitas vezes passa para segundo plano a sua saúde, vida familiar/social e profissional.

A sobrecarga no cuidador informal é muito frequente uma vez que o cuidador assume toda a responsabilidade no cuidado ao utente. Como tal, será útil orientar o cuidador para determinados sinais e sintomas de exaustão, como lidar com o seu papel, envolvendo outros familiares no desempenho de tal tarefa.

Após um segundo contacto com os cuidadores através da aplicação de um questionário para especificar as suas necessidades emocionais/espirituais, de modo a orientar a intervenção, foi acordada com os mesmos a realização de uma sessão psicoeducativa numa data a agendar.

1 – Análise da Situação

Para satisfazer as necessidades emocionais/espirituais dos cuidadores irá ser realizada uma sessão psicoeducativa, no sentido de proporcionar um momento de partilha de experiências entre os cuidadores, para que deste modo possam reflectir um pouco nas suas vivências e descobrirem as suas dificuldades, barreiras que surgem e que recursos pessoais recorrem diariamente e poderão recorrer. De modo a auxiliar o cuidador a desempenhar o seu papel da melhor forma, é essencial cuidar, dando conselhos, orientações, realizar ensinamentos, ouvir os seus medos, receios e dúvidas, de modo a direccionar a intervenção de enfermagem para o apoio aos cuidadores que se irá reflectir nos cuidados aos utentes dependentes.

Com base no questionário aplicado para especificar tais necessidades, constata-se que a vida destes cuidadores está em segundo plano, e que orientam o seu dia-a-dia em função dos cuidados ao seu familiar dependente. É frequente tal atitude por o cuidador sentir necessidade e responsabilidade em ajudar, cuidar, quem não consegue realizar de forma autónoma por doença ou por idade avançada. Por sentir bem-estar físico precisa de ajudar quem não sente este bem-estar.

É importante demonstrar ao cuidador que ao se cuidar, ao olhar para si e por si, não estará a negligenciar os cuidados ao seu familiar, antes pelo contrário, irá sentir-se renovado com ânimo, força e bem-estar para continuar a cuidar. Alguns dos cuidadores revelam encontrar sentido e significado nas suas vidas a partir do momento que foram cuidadores, no entanto demonstram sinais de exaustão por considerarem que actualmente o seu objectivo é cuidar de outrem, negligenciando um pouco a sua vida pessoal, familiar e social que reconhecem ser essencial para o seu bem-estar. Como tal esta sessão psicoeducativa tenderá a proporcionar um momento, um período de tempo, de cuidado para o cuidador.

2– Objectivo Geral

Promover apoio emocional e psicológico aos cuidadores informais

Objectivos Específicos

- Descrever o papel do cuidador informal;
- Identificar os sentimentos e emoções de quem cuida;
- Descrever sinais e sintomas de exaustão;
- Apresentar intervenções necessárias para evitar exaustão de quem cuida.

3 – Conteúdo

O projecto de intervenção teve início quando foi aplicado um instrumento para identificar e especificar as necessidades emocionais/espirituais dos cuidadores, com o intuito de orientar o projecto de intervenção e de o avaliar.

A sessão psicoeducativa terá a duração de uma hora e meia e decorrerá no dia 19 de Novembro de 2010 na sala de reuniões da USF Lidador.

Nesta será descrito o papel do cuidador, identificando-se os sentimentos e emoções de quem cuida. Posteriormente serão expostos sinais e sintomas de exaustão bem como algumas estratégias para evitar e/ou reduzir tal estado.

Será apresentado um filme sobre as emoções e sentimentos dos cuidadores, permitindo posteriormente que cada cuidador possa expressar algumas das suas emoções e vivências, que poderão contribuir para o desenvolvimento pessoal de cada cuidador.

Estará presente e colaborará a Psicóloga do Serviço de Cuidados Paliativos do IPO do Porto na descrição de sintomatologia de exaustão do cuidador, dando orientações específicas para a redução de tal estado.

Será proporcionada aos cuidadores a oportunidade de exporem as suas dúvidas.

4 – Estratégias

Método expositivo, intuitivo e participativo.

5 – Material e equipamentos

Videoprojector, computador, guia de cuidados para o cuidador e um “marca livros” com os direitos do cuidador.

6 – Organização da actividade

Esta sessão psicoeducativa será realizada dia 19 de Novembro de 2010 na sala de reuniões da USF Lidador por volta das 16 horas, e terá duração de aproximadamente uma hora e meia.

Os cuidadores foram convidados a participar por telefone e foi-lhes enviado um convite por correio.

Esta actividade será dividida em duas partes. Na primeira será realizada uma breve abordagem sobre o papel do cuidador de forma a apresentar um filme sobre emoções e sentimentos dos cuidadores, que permitirá aos cuidadores a possibilidade de, posteriormente, exporem o motivo de participarem nesta sessão, e as suas expectativas enquanto cuidadores com esta actividade. Será realizado um jogo que possibilitará ao cuidador demonstrar o que gostaria de poder realizar se tivesse oportunidade. Na segunda parte, face à partilha de vivências entre os cuidadores, a Psicóloga do Serviço de Cuidados Paliativos do IPO do Porto irá descrever a sintomatologia de exaustão e como agir para a evitar e ou reduzir. No final será dada a possibilidade aos cuidadores de exporem dúvidas ou vivências que considerem pertinentes e úteis para promover auxílio e reflexão entre o grupo presente.

7 – Plano da Sessão Psicoeducativa

Formadores: Enfermeira Jacinta Sousa, Enfermeira Sandra Catarina Simões, Dr.ª Susana Moutinho (Psicóloga) Tema: “Cuidar do cuidador” Tempo: Uma hora e meia	Grupo destinatário: Cuidadores Informais Local: USF Lidador Data: 19 de Novembro de 2010 Hora: 16 horas
--	--

Objectivo Geral:

- Conhecer os cuidados a ter em atenção enquanto cuidadores.

Objectivos Específicos:

- Conhecer o papel do cuidador na sociedade actual;
- Expressar emoções e sentimentos como cuidadores;
- Identificar os recursos pessoais e dificuldades/barreiras na tarefa de cuidar;
- Identificar sinais e sintomas de exaustão;
- Conhecer intervenções para prevenir sinais e sintomas de exaustão;
- Conhecer intervenções para alívio de necessidades emocionais/espirituais.

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Avaliação
Introdução	20 min	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação dos formadores; - Apresentação dos formandos; - Expor os objectivos da formação; - Motivação (introdução ao tema); 	Expositiva / Participativa	
Desenvolvimento	50 min	<ul style="list-style-type: none"> - O papel do cuidador na sociedade actual; - Identificação de emoções e sentimentos dos cuidadores; - Expectativas e motivação dos cuidadores para a frequência na sessão psicoeducativa; - Jogo de compras; - Identificação de sintomatologia de exaustão do papel de cuidador; - Intervenções para alívio das necessidades emocionais / espirituais; 	Expositiva / Participativa	Observação de interesse e participação dos formandos
Conclusão	20 min	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese das principais ideias; - Abertura à discussão; - Avaliação da sessão: conteúdo e da forma; 	Expositiva / Participativa	Avaliação de interesse e participação dos formandos Ficha de avaliação

8 – Avaliação

A avaliação do conteúdo da sessão psicoeducativa será realizada pela aplicação do instrumento utilizado para identificar e especificar as necessidades emocionais e espirituais dos cuidadores, de forma a verificar se essas necessidades foram colmatadas em parte.

9 – Nota Final

O cuidador cada vez mais necessita de apoio emocional/espiritual para prosseguir com a sua tarefa de cuidar, que requer orientações, conselhos e ensinamentos que promovam o seu bem-estar físico e emocional.

O alvo dos cuidados no domicílio da equipa de enfermagem, são os utentes dependentes, no entanto o cuidador deve ser incluído no seu plano de cuidados, pois um cuidador cuidado representará um melhor desempenho do seu papel enquanto cuidador, que reflectir-se-á no cuidado ao utente.

A partilha de experiências entre cuidadores poderá ser uma estratégia útil para que conheçam outras realidades, permitindo-lhes olhar para as suas realidades com outra perspectiva.

Bibliografia

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta – *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar*. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem pelo Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009.

HANSON, S. – *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família – Teoria, prática e investigação*. 2.ª edição – Loures: Lusociência, 2005.

ANEXO X - Guia do Cuidador

Guia do Cuidador

Auto Cuidado

Cuidar de si mesmo, procurar quais são as necessidades físicas e emocionais, melhorar o estilo de vida, evitar hábitos nocivos, desenvolver uma alimentação saudável, conhecer e controlar factores de risco que levam a doenças, adoptar medidas de prevenção de doenças. Todas essas acções visam a melhoria da qualidade de vida.

Planeie o seu dia

Escolha o período em que tem mais energia e deixe para estes horários as tarefas de maior responsabilidade ou que exijam maior criatividade.

Defina prioridades

Não queira fazer tudo ao mesmo tempo, nem queira fazer tudo sozinho, faça uma lista das suas prioridades e tente cumpri-la. Coloque os assuntos que exigem mais em primeiro lugar, mas tente não descuidar dos pequenos assuntos que tendem a ficar esquecidos.

Saiba dizer NÃO

Quando se sentir demasiadamente pressionado tenha coragem de dizer basta!

Crie um bom ambiente

Pensamentos positivos activam as energias positivas em todos nós.

E depois simpatia gera simpatia.

Elogie, seja prestativo e simpático.

Procure Ajuda

Reconheça suas limitações e quando e onde procurar ajuda.

Divida tarefas

Divida os cuidados com outros membros da família (ou outro cuidador) para que possa ter um período de férias! ...

Pense em si

Presenteie-se após a realização de um trabalho complicado.

Faça exercícios físicos

Movimente-se! Faça uma caminhada.

Alimentação

Coma devagar. Faça as refeições em lugares tranquilos. Coma em intervalos regulares. Beba bastantes líquidos.

Lazer

Conviva com os amigos. Usufrua da sua família. Veja um bom filme. Viaje sempre que possível. Vá ao teatro.

Não Esqueça

Enquanto estiver a ver TV, movimente os dedos das mãos e dos pés para mantê-los flexíveis. Massage os pés com as mãos, ou com rolinhos de madeira. Ao se levantar pela manhã, alongue os músculos.

Compressas quentes (bolsas térmicas, tecidos humedecidos em água quente) auxiliam no relaxamento muscular...

Sempre que possível, aprenda uma actividade nova, leia um livro novo.

Princípios orientadores para melhorar a qualidade de vida do cuidador

(adaptado de "Cartilha do Cuidador", elaborado por Ana Paula M. Pinto, Dilma Barbieri, Edna Mara Marcolino, Soraia Correa Carvalho e Rosa Ferraz)

ANEXO XI - Planeamento da sessão de formação à LACES Maia

Planeamento da Sessão de Formação
Apoio emocional / espiritual ao cliente e cuidador

0 – Nota Introdutória

Da análise do Diagnóstico de Saúde destacou-se a identificação de necessidades emocionais e espirituais sentidas pelos clientes e cuidadores, entre outras. No sentido de dar resposta a estas necessidades foram planeadas intervenções junto dos clientes / cuidadores, dos profissionais de saúde (seminário) e dos voluntários da LACES Maia.

A satisfação das necessidades globais do doente e família em contexto domiciliário requer o apoio de uma equipa multidisciplinar. Esta é constituída por vários elementos com formações distintas que dão resposta à multidimensionalidade dos problemas. O voluntário integra esta equipa e pode assumir um importante papel na identificação e satisfação destas necessidades. Após a apresentação do projecto em reunião com o Dr. Júlio Milheiro e com o grupo de voluntários ficou acordado que seriam realizadas duas sessões em dias distintos, com o objectivo de os capacitar para intervir junto dos clientes e cuidadores no âmbito da dimensão emocional e espiritual.

1 – Análise da Situação

Em resposta às necessidades identificadas no Diagnóstico de Situação foram elaborados projectos de intervenção que incluem a participação de voluntários na prestação de apoio emocional / espiritual ao cliente e família.

A LACESMAIA constitui um projecto recente do ACES Maia, criado há menos de um ano, que envolve um grupo de voluntários, com o objectivo de prestar apoio aos utentes deste agrupamento de centros de saúde. O apoio emocional/espiritual pode e deve ser prestado por quem se sente confortável e disponível para o fazer. Assim, no âmbito dos projectos de intervenção na comunidade faz sentido envolver o voluntário na prestação deste apoio, pelo que foi prevista a realização de formação específica sobre esta temática.

2 – Objectivos Gerais

- Capacitar o voluntário para prestar apoio emocional / espiritual ao cliente.
- Capacitar o voluntário para prestar apoio emocional / espiritual ao cuidador.

Objectivos Específicos

- Identificar as necessidades emocionais/ espirituais do cliente;
- Identificar as necessidades emocionais/ espirituais do cuidador;
- Apresentar as intervenções para alívio de necessidades emocionais/espirituais ao doente;
- Apresentar as intervenções para alívio de necessidades emocionais/espirituais ao cuidador;
- Instruir os voluntários na aplicação das intervenções para alívio de necessidades emocionais / espirituais;

3 – Conteúdo

O projecto será apresentado no dia 8 de Novembro, em reunião formal do grupo de voluntários da LACESMAIA. Neste dia será agendado o dia destinado à acção de formação. Esta terá a duração aproximada de duas horas e será realizada em local a designar.

A acção de formação será dividida em duas partes: apoio ao cliente e apoio ao cuidador. Serão identificadas as principais necessidades do foro emocional e do foro espiritual bem como as principais estratégias e intervenções. Será proposta a realização de um role-playing. Será incluído o testemunho de uma voluntária do IPO FG com o objectivo de partilhar a sua experiência na assistência domiciliária do serviço de cuidados paliativos. Os formandos serão convidados a expor as suas questões e dúvidas, promovendo um momento de discussão e partilha.

4 – Estratégias

Método expositivo e participativo.

5 – Material e equipamentos

Videoprojector e computador.

6 – Organização da actividade

Esta actividade será desenvolvida em local e data a designar, numa sessão única. Será constituída por uma componente teórica e uma componente prática. Na parte teórica serão abordadas as questões referentes às principais necessidades emocionais / espirituais identificadas junto da população envolvida no estudo, bem como as principais estratégias e intervenções para as suprir. Na componente prática os voluntários serão incentivados a participar em situações - caso (role - playing) de forma a reconhecer e praticar as suas habilidades no que diz respeito à comunicação com o cliente e família / cuidador. A partilha de experiências com a participação de uma voluntária de outra instituição pode enriquecer a sessão, permitindo a troca de dificuldades e de estratégias para as ultrapassar.

7 – Plano da Sessão de Formação

Formadores: Enfermeira Catarina Simões e Enfermeira Jacinta Rente	Destinatários: Voluntários da LACESMAIA
Tema: Apoio emocional / espiritual ao cliente e cuidador em contexto domiciliário: O papel do voluntário	Local: Centro de Saúde da Maia
Duração da formação: 2 horas	Data:
	Hora: 16 horas

Objectivo Geral:

- Prestar apoio emocional e espiritual ao cliente.
- Prestar apoio emocional e espiritual ao cuidador.

Objectivos Específicos

- Identificar as necessidades emocionais/ espirituais do cliente;
- Identificar as necessidades emocionais/ espirituais do cuidador;
- Conhecer o papel do voluntário na prestação de apoio emocional e espiritual;
- Conhecer intervenções para alívio de necessidades emocionais/espirituais do cliente;
- Conhecer intervenções para alívio de necessidades emocionais/espirituais do cuidador;

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Avaliação
Introdução	20 min	- Apresentação dos formadores; - Apresentação dos formandos; - Expor os objectivos da formação - Motivação(Introdução ao tema)	Expositiva / Participativa	
Desenvolvimento	80 min	- O papel do voluntário no apoio emocional / espiritual - Identificação das necessidades emocionais / espirituais - Intervenções para alívio destas necessidades - Testemunho de uma voluntária do IPO Porto - Exercício prático	Expositiva / Participativa	Observação de interesse e participação dos formandos
Conclusão	20min	- Síntese das principais ideias; - Abertura à discussão -Avaliação da sessão: formal e dos conteúdos apresentados	Expositiva / Participativa	Avaliação de interesse e participação dos formandos

8 – Avaliação

Avaliação do conteúdo e da forma da acção de formação através de um teste e de um formulário, que seguem em anexo.

9 – Nota final

O fim de vida leva muitas pessoas a questionarem-se e a procurarem significado da e na vida. A complexidade do sofrimento e a combinação de factores físicos, psicológicos e existenciais na fase final de vida direccionam o valor do cuidado de saúde como uma tarefa multidisciplinar que engloba, além da família / cuidador, profissionais de saúde com formação e treino diferenciados, voluntários preparados e dedicados e a própria comunidade.

ANEXO XII - Resultados das respostas fechadas do instrumento para identificar necessidades emocionais e espirituais do cuidador após a sessão psicoeducativa

RESULTADOS DA SESSÃO PSICOEDUCATIVA

Classifique as afirmações que se seguem de acordo com o seu grau de concordância, em que

- 1 – Não / Nunca
- 2 – Raramente
- 3 – Às vezes
- 4 – Quase sempre
- 5 – Sempre

	NR	1	2	3	4	5
1 – Quando preciso de ajuda tenho a quem recorrer		40%			40%	20%
2 – Sinto -me só		20%	20%			60%
3 – Sinto que sou importante para alguém						100%
4 – Sinto-me útil						100%
5 – Tenho com quem possa desabafar				40%	20%	40%
6 – As minhas actividades sociais satisfazem-me		20%		40%	20%	20%
7 – Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família / amigos		20%		20%	20%	40%
8 – Os amigos continuam presentes		40%				60%
9 – Continuo a preocupar-me com a minha aparência			20%	20%		60%
10 – Sinto me capaz de lidar com esta situação				20%	40%	40%
11 – Sinto medo do que possa acontecer no futuro	20%	40%				40%
12 – Dou valor às coisas boas que me acontecem		20%			40%	40%
13 – As minhas crenças tranquilizam-me			20%		20%	60%
14 – Sinto que a minha experiência atribui sentido à minha vida						100%

ANEXO XIII - Plano da Apresentação “Espiritualidade em Cuidados Paliativos”

Plano de Sessão

Seminário de Cuidados Paliativos

Local – Nogueira da Maia **Data** – 06/11/2010

1 – Tema – Espiritualidade

2 – População Alvo – Profissionais de Saúde do ACES da Maia

3 – Objectivo geral:

Adquirir conhecimentos sobre Espiritualidade em Cuidados Paliativos

4 – Objectivos específicos:

1.1 – Identificar a importância da Espiritualidade em Cuidados Paliativos

1.2 – Identificar as dimensões para o reconhecimento da dignidade e valor humano

1.3 – Distinguir as dimensões para o reconhecimento da dignidade e valor humano

1.4 – Descrever a atitude para a Espiritualidade

1.5 – Enumerar os pressupostos para avaliar o sofrimento espiritual

1.6 – Descrever cuidados espirituais gerais

1.7 – Enumerar cuidados espirituais especializados/psicoterapêuticos

5 – Pré-Requisitos: Licenciatura área da saúde

6 – Tempo previsto: 45 minutos

7 – Métodos e técnicas pedagógicas: Método expositivo e interrogativo;

8 – Material e equipamentos: videoprojector, computador;

9 – Material de apoio ao formando – vai ser disponibilizado um manual de Cuidados paliativos realizado pelos elementos do grupo, dirigido a enfermeiros

Fases	Conteúdos/Actividades	Modelos/Técnicas pedagógicas	Auxiliares	Avaliação	Tempo
Introdução	Apresentação formador; Apresentação dos conteúdos; Motivação	Expositivo	Videoprojector, computador		5 min
Desenvolvimento	Descrever a importância da Espiritualidade em Cuidados Paliativos; Identificar e distinguir as dimensões de reconhecimento da dignidade e valor humano; Descrever a atitude para a espiritualidade; Descrever os pressupostos para se avaliar o sofrimento espiritual; descrever como colher uma história espiritual; Cuidados espirituais gerais e especializados/psicoterapêuticos	Expositivo	Idem		30 min
Conclusão	Síntese dos conteúdos abordados, Esclarecimento de dúvidas, Avaliação				10 min

O formador

Jacinta de Fátima Vicente Pires Rente

ANEXO XIV - Planeamento da sessão de formação “Manipulação e manutenção dos cateteres
venosos centrais totalmente implantados”

PLANEAMENTO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

“Manipulação e manutenção dos cateteres endovenosos centrais totalmente implantados”

0. NOTA INTRODUTÓRIA

Os cateteres endovenosos centrais são utilizados quer no doente crítico, quer no doente crónico e requerem cuidados de manutenção, habitualmente realizados em contexto hospitalar. No entanto, é benéfico para o doente crónico que estes cuidados sejam assegurados numa lógica de proximidade, pela equipa de cuidados de saúde primários. Como tal, é essencial que os todos os enfermeiros adquiram conhecimentos e competências, de forma a darem continuidade, prestando os cuidados específicos, referentes à manipulação e manutenção dos cateteres endovenosos centrais totalmente implantados. Esta aquisição de competências resulta da procura de formação com base na identificação de uma necessidade.

1. ANÁLISE DA SITUAÇÃO

Em contexto do Estágio de Enfermagem Comunitária – módulo I, foi detectada de forma informal com a Enf.^a Orientadora – Enf.^a Jerusa Sanfins, a necessidade por parte dos profissionais de saúde da USF Lidador, de adquirirem/aprofundarem conhecimentos sobre a manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais. Esta necessidade foi também identificada pela Sr.^a Enf.^a Áurea Jorge, Enf.^a Vogal do ACES Maia, no decurso de uma reunião de apresentação do grupo de estágio, dos objectivos do mesmo e dos projectos delineados para os dois módulos de estágio. Esta sessão de formação será dirigida a todos os Enfermeiros do ACES da Maia.

2. OBJECTIVOS

Objectivo Geral: Formar os Enfermeiros do ACES da Maia sobre a manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais totalmente implantados

Objectivo Especifico: Enumerar os tipos de cateteres venosos centrais;
Enumerar os possíveis locais de inserção dos cateteres venosos centrais totalmente implantado;
Demonstrar como puncionar um cateter venoso central totalmente implantado;
Demonstrar como heparinizar um cateter venoso central totalmente implantado;
Descrever os cuidados específicos/advertências a ter durante a manipulação do cateter venoso central totalmente implantado;

3. CONTEÚDO

Será realizada uma breve apresentação do grupo de estágio e posteriormente dos enfermeiros presentes (formandos), bem como a apresentação do tema de formação e o motivo da exposição do mesmo.

Serão referidos os tipos de cateteres venosos centrais, dando especial relevo aos totalmente implantados, assim como os principais locais de inserção dos mesmos.

Proceder-se-á à exposição do material necessário para puncionar um implantofix e a técnica de punção; demonstração da heparinização de um implantofix; e os cuidados específicos e as advertências a ter durante a manipulação dos mesmos. Será dada oportunidade aos enfermeiros do ACES da Maia presentes de praticarem a técnica de punção.

4. ESTRATÉGIAS DE ENSINO/APRENDIZAGEM

Será utilizado o método verbal e indutivo (demonstrativo).

5. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

Apresentação multimédia, videoprojector, computador, material técnico.

6. MATERIAL DE APOIO AO FORMANDO

Panfleto sobre o material necessário e os procedimentos de punção e heparinização dos cateteres endovenosos centrais totalmente implantados.

7. ORGANIZAÇÃO DA ACTIVIDADE

A sessão de formação terá a duração de uma hora e será dividida em duas partes. Na primeira serão apresentados os cateteres endovenosos centrais totalmente implantados, como os puncionar e heparinizar, assim como o material necessário e os cuidados específicos a ter na sua manipulação. Na segunda parte será dada oportunidade aos Enfermeiros do ACES da Maia (presentes) a executarem a técnica de punção, bem como a manipularem o material.

Esta sessão de educação será realizada em três dias e em locais diferentes nomeadamente:

18 de Outubro de 2010 na Sala de reuniões do CS da Maia

22 de Outubro de 2010 na Sala de reuniões do CS do Castelo da Maia

25 de Outubro de 2010 na Sala de reuniões do CS Aguas Santas

8. Plano de Sessão de Formação

Formadores: Enfermeira Catarina Simões e Enfermeira Jacinta Rente	Destinatários: Enfermeiros do ACES da Maia
Tema: Manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais implantados	Local: Sala de Reuniões do ACES da Maia
Duração da formação: 1 hora	Data:
	Hora: 16 horas

Objectivo Geral:

Conhecer a norma de manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais totalmente implantados

Objectivos Específicos (que os formandos sejam capazes de...)

Identificar os locais habituais de inserção dos cateteres venosos centrais totalmente implantados;

Referir as vantagens de utilização dos cateteres venosos centrais totalmente implantados;

Referir as principais complicações resultantes da manipulação dos cateteres venosos centrais totalmente implantados.

Identificar o material necessário para a manipulação do cateter venoso central totalmente implantados;

Descrever a técnica (passo a passo) de heparinização do cateter venoso central totalmente implantado;

Fases	Tempo	Conteúdos	Metodologia	Avaliação
Introdução	10 min	Apresentação dos formadores; Apresentação dos formandos; Expor os objectivos da formação Motivação (Introdução ao tema)	Verbal	
Desenvolvimento	30 min	Tipos de cateteres implantados; Locais de inserção dos cateteres; O material necessário para manipular o cvc; A técnica para puncionar o cvc; A heparinização do cvc Os cuidados e advertências a ter com os cvc`s	Verbal e Intuitivo (Demonstrativo)	Observação de interesse e participação dos formandos
Conclusão	10 min	Síntese das principais ideias Abertura à discussão Avaliação da sessão: formal e dos conteúdos apresentados	Verbal	Avaliação de interesse e participação dos formandos

10. AVALIAÇÃO

Avaliação do conteúdo e da forma da acção de formação.

11. NOTA FINAL

A técnica de manipulação e manutenção do cateter venoso central pode ser realizada no hospital, no centro de saúde, no domicílio ou em outro local, desde que o enfermeiro reúna os conhecimentos e competências bem como o material necessário para a realização deste procedimento.

A responsabilidade do exercício profissional deve levar o enfermeiro a identificar e a satisfazer necessidades de formação numa área específica, favorecendo a continuidade de cuidados.

ANEXO XV - Folheto sobre “Manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais totalmente implantados”

Advertências

Após qualquer tipo de manipulação descontinuada, o cateter tem de ser heparinizado, com exceção dos que possuem dispositivo de pressão positiva.

Não utilizar seringas com calibres inferiores a 10 ml.

Proceder sempre à observação do local de saída da agulha para despistar a presença de hipersensibilidade, rubor, tumefacção ou exsudação e fazer registo.

Nunca tocar na extremidade da agulha com material não estéril.

Se existe indicação para o cateter permanecer puncionado, a agulha Hubber deve ser substituída de 7/7 dias.

Realizado por:

Catarina Simões*

Filipa Gonçalves*

Jacinta Rente*

Margarida Alvarenga*



Manipulação e Manutenção de cateteres venosos centrais totalmente implantados



* Alunas do Mestrado com Especialização em Enfermagem Comunitária

Outubro de 2010

Norma de manipulação

Utilizar técnica asséptica,

Posicionar a pessoa em decúbito dorsal ou sentado, voltado com a cabeça para o lado contrário da manipulação (caso contrário este deverá usar máscara),

Colocar bata, máscara e touca,

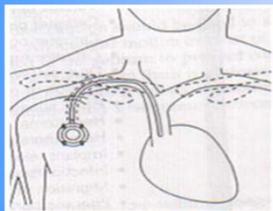
Aplicar Cutasept® sobre o local a puncionar,

Abrir campo esterilizado e dispor o material,

Abrir um pacote de compressas de 10/10 mantendo-as na película de prolipileno e embê-las com álcool a 70°,

Calçar uma luva esterilizada,

Preparar as seringas e colocá-las numa extremidade do campo,



Proceder à segunda antissépsia do local,

Calçar a segunda luva esterilizada,

Utilizar uma compressa e realizar movimentos centrífugos, deixando actuar cerca de 15 segundos,

Palpar e imobilizar a câmara,

Dirigir a agulha (preenchida com soro fisiológico) ao ponto central entre os dedos e perpendicularmente à pele,

Aspirar 5ml de sangue,

Instilar 10 ml de soro fisiológico,

Administrar 3ml de solução de heparina (Fibrilin®),

Desinfectar o local e colocar penso de poliuretano transparente (remover passado 4 a 24 horas),

Registrar,

Material necessário:

- ⊗ Bata e touca
- ⊗ Máscara cirúrgica
- ⊗ Luvas esterilizadas
- ⊗ Campo esterilizado
- ⊗ Álcool a 70°
- ⊗ Solução antisséptica de base alcoólica (Cutasept®)
- ⊗ Compressas esterilizadas de 10/10
- ⊗ Seringa com 10 ml de soro fisiológico
- ⊗ Seringa com solução de heparina
- ⊗ Agulha tipo Hubber ou equivalente
- ⊗ Conectores esterilizados (se necessário)
- ⊗ Seringas esterilizadas de 10ml
- ⊗ Penso adesivo esterilizado
- ⊗ Material de colheita de sangue (se necessário)
- ⊗ Saco de resíduos grupo II e III

ANEXO XVI - Resultados da avaliação da forma da sessão de formação
“Manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais totalmente implantados”

Avaliação da Formação- Manipulação e Manutenção de Cateteres Venosos Centrais Totalmente Implantados

Local de realização: ACES MAIA

Data: 18 de Outubro de 2010

Nº De presentes: 9

Nº de inscritos: 17

População: Enfermeiros

1	2	3	4	5	NA
---	---	---	---	---	----

1. Objectivos

1.1 Os objectivos da Acção estavam claramente definidos

			33%	67%	
			33%	67%	

1.2 Os objectivos propostos foram cumpridos

2. Conteúdo programáticos

2.1 O conteúdo da acção correspondeu às minhas expectativas

			44%	56%	
			44%	56%	
			44%	56%	
			33%	67%	

2.2 os conhecimentos adquiridos são úteis ao meu desempenho profissional

2.3 Os conteúdos da acção estavam organizados de forma coerente

2.4 A alternância entre teoria e a Prática foi adequada

3. Organização e meios utilizados

3.1 A documentação da acção foi adequada

			44%	56%	
		11%	22%	67%	
			33%	67%	
			33%	67%	

3.2 A documentação distribuída foi um suporte eficaz

3.3 A diversidade dos meios utilizados foi apropriada

3.4 As condições da sala foram adequadas

4. Formadores

Nome do formador: Catarina Simões

4.1 O formador dominava o tema

			11%	89%	
			11%	89%	
			11%	89%	
			11%	89%	
			11%	89%	

4.2 O formador foi claro na exposição dos vários assuntos

4.3 A abordagem do formador foi adaptada ao grupo

4.4 O formador desenvolveu um bom relacionamento com o grupo

4.5 O formador incentivou a participação activa dos participantes

Nome do formador: Jacinta Rente

4.1 O formador dominava o tema

			22%	78%	
			22%	78%	
			22%	78%	
			33%	67%	
			22%	78%	

4.2 O formador foi claro na exposição dos vários assuntos

4.3 A abordagem do formador foi adaptada ao grupo

4.4 O formador desenvolveu um bom relacionamento com o grupo

4.5 O formador incentivou a participação activa dos participantes

5. Avaliação global da acção

Globalmente, esta acção de formação constitui uma mais valia para o meu desempenho profissional

			44%	56%	
--	--	--	-----	-----	--

6. Na sua opinião, quais são os aspectos mais positivos desta acção de formação?

Demonstração prática

Todos

Aquisição de conhecimentos

Pertinência e necessidade desta formação

Não responderam - 5 formandos

7. Que aspectos poderiam ser melhorados nesta acção de formação?

Não responderam: 9 formandos

8. Recomendaria esta acção a outros Colegas?

Sim - 4

A quem? Enfermeiros - 2 respostas

Não - 1

Não respondeu- 4

9. Outro comentários

Análise das avaliações do conteúdo da formação

A avaliação do conteúdo da formação foi efectuada tendo por base um teste de escolha múltipla, cotado com uma escala de 0 a 20 valores

Dos 9 formandos presentes:

1 formando teve 20 valores

3 formandos tiveram 19 valores

1 formando teve 18 valores

2 formandos tiveram 17,5 valores

1 formando teve 17 valores

1 formando teve 15 valores

As formadoras:

Avaliação da Formação- Manipulação e Manutenção de Cateteres Venosos Centrais Totalmente Implantados

Local de realização: ACES MAIA

Data: 22 de Outubro de 2010

Nº De presentes: 8

Nº de inscritos: 11

População: Enfermeiros

1	2	3	4	5	NA
---	---	---	---	---	----

1. Objectivos

1.1 Os objectivos da Acção estavam claramente definidos

			37%	63%	
			37%	63%	

1.2 Os objectivos propostos foram cumpridos

2. Conteúdo programáticos

2.1 O conteúdo da acção correspondeu às minhas expectativas

			38%	62%	
			13%	87%	
			25%	75%	
			13%	87%	

2.2 os conhecimentos adquiridos são úteis ao meu desempenho profissional

2.3 Os conteúdos da acção estavam organizados de forma coerente

2.4 A alternância entre teoria e a Prática foi adequada

3. Organização e meios utilizados

3.1 A documentação da acção foi adequada

			25%	50%	25%
		11%	225%	50%	25%
			13%	87%	
			25%	75%	

3.2 A documentação distribuída foi um suporte eficaz

3.3 A diversidade dos meios utilizados foi apropriada

3.4 As condições da sala foram adequadas

4. Formadores

Nome do formador: Catarina Simões

4.1 O formador dominava o tema

			12%	88%	
			12%	88%	
			12%	88%	
			12%	88%	
			12%	75%	13%

4.2 O formador foi claro na exposição dos vários assuntos

4.3 A abordagem do formador foi adaptada ao grupo

4.4 O formador desenvolveu um bom relacionamento com o grupo

4.5 O formador incentivou a participação activa dos participantes

Nome do formador: Jacinta Rente

4.1 O formador dominava o tema

			50%	50%	
			62%	38%	
		12%	13%	75%	
		12%	13%	75%	
			50%	50%	

4.2 O formador foi claro na exposição dos vários assuntos

4.3 A abordagem do formador foi adaptada ao grupo

4.4 O formador desenvolveu um bom relacionamento com o grupo

4.5 O formador incentivou a participação activa dos participantes

5. Avaliação global da acção

Globalmente, esta acção de formação constitui uma mais valia para o meu desempenho profissional

			12%	88%	
--	--	--	-----	-----	--

6. Na sua opinião, quais são os aspectos mais positivos desta acção de formação?

Demonstração prática
Modo como foi abordado
Comunicação dos formadores
Pertinência e necessidade desta formação
Manipulação do material
Não responderam - 2 formandos

7. Que aspectos poderiam ser melhorados nesta acção de formação?

Não responderam: 5 formandos

8. Recomendaria esta acção a outros Colegas?

Sim - 5
A quem? Enfermeiros - 5 respostas
Não - 0
Não respondeu- 3

9. Outros comentários

Análise das avaliações do conteúdo da formação

A avaliação do conteúdo da formação foi efectuada tendo por base um teste de escolha múltipla, cotado com uma escala de 0 a 20 valores

Dos 8 formandos presentes:

3 formandos - 19 valores
2 formandos - 17 valores
1 formando - 16,5 valores
1 formando - 16 valores
1 formando - 15,5 valores

As formadoras:

Avaliação da Formação- Manipulação e Manutenção de Cateteres Venosos Centrais Totalmente Implantados

Local de realização: ACES MAIA

Data: 25 de Outubro de 2010

Nº De presentes: 10

Nº de inscritos: 9

População: Enfermeiros

1	2	3	4	5	NA
---	---	---	---	---	----

1. Objectivos

1.1 Os objectivos da Acção estavam claramente definidos

			30%	60%	10%
			30%	70%	

1.2 Os objectivos propostos foram cumpridos

2. Conteúdo programáticos

2.1 O conteúdo da acção correspondeu às minhas expectativas

			30%	70%	
				100%	
			20%	80%	
			20%	80%	

2.2 Os conhecimentos adquiridos são úteis ao meu desempenho profissional

2.3 Os conteúdos da acção estavam organizados de forma coerente

2.4 A alternância entre teoria e a Prática foi adequada

3. Organização e meios utilizados

3.1 A documentação da acção foi adequada

		20%	10%	60%	10%
	10%		10%	60%	20%
			40%	60%	
			20%	80%	

3.2 A documentação distribuída foi um suporte eficaz

3.3 A diversidade dos meios utilizados foi apropriada

3.4 As condições da sala foram adequadas

4. Formadores

Nome do formador: Catarina Simões

4.1 O formador dominava o tema

				100%	
				100%	
				100%	
				100%	
			10%	90%	

4.2 O formador foi claro na exposição dos vários assuntos

4.3 A abordagem do formador foi adaptada ao grupo

4.4 O formador desenvolveu um bom relacionamento com o grupo

4.5 O formador incentivou a participação activa dos participantes

Nome do formador: Jacinta Rente

4.1 O formador dominava o tema

				100%	
				100%	
				100%	
				100%	
			20%	80%	

4.2 O formador foi claro na exposição dos vários assuntos

4.3 A abordagem do formador foi adaptada ao grupo

4.4 O formador desenvolveu um bom relacionamento com o grupo

4.5 O formador incentivou a participação activa dos participantes

5. Avaliação global da acção

Globalmente, esta acção de formação constitui uma mais valia para o meu desempenho profissional

			10%	90%	
--	--	--	-----	-----	--

6. Na sua opinião, quais são os aspectos mais positivos desta acção de formação?

Demonstração prática
Esclarecimento de dúvidas
Manual de procedimentos

Não responderam - 6 formandos

7. Que aspectos poderiam ser melhorados nesta acção de formação?

Não responderam: 7 formandos

8. Recomendaria esta acção a outros Colegas?

Sim - 6

A quem? Enfermeiros - 1 resposta; Enfermeiros e médicos - 3 respostas

Não - 0

Não respondeu- 4

9. Outros comentários

Muito satisfatória, por ser uma abordagem global - 1 resposta

Não responderam - 8 formandos

Análise das avaliações do conteúdo da formação

A avaliação do conteúdo da formação foi efectuada tendo por base um teste de escolha múltipla, cotado com uma escala de 0 a 20 valores

Dos 10 formandos presentes:

1 formandos - 18,5 valores

3 formandos - 18 valores

2 formandos - 17 valores

1 formando - 16,5 valores

1 formando - 16 valores

2 formandos - 15,5 valores

As formadoras:

ANEXO XVII - Teste de Avaliação sobre “Manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais totalmente implantados”

Acção de Formação: Manipulação e manutenção de cateteres venosos centrais totalmente implantados

Formandos: Enfermeiros do ACES da Maia

Formadores: Enf^a Catarina Simões e Enf^a Jacinta Rente

Nome _____

Instituição _____

Data _____

Teste de Avaliação

1 – Classifique as seguintes afirmações como verdadeiras e falsas:

1.1 – O cateter venoso central totalmente implantado deve ser heparinizado todas as semanas.

1.2. – Caso o cateter esteja a ser utilizado diariamente, deve proceder-se à substituição da agulha e válvula de pressão positiva de sete em sete dias.

1.3 – Deve ser utilizada qualquer tipo de agulha para a manipulação do cateter venoso central totalmente implantado.

1.4 – O cuidador deve ser instruído sobre a técnica de manipulação do cateter venoso central totalmente implantado.

1.5 – Sempre que o cateter for manipulado deve seleccionar-se a via utilizada anteriormente.

1.6 – A obstrução é uma das complicações possíveis.

1.7 – Se o cateter estiver puncionado, o doente não pode tomar banho de imersão.

1.8 – Durante a manipulação do cateter o doente deve usar sempre máscara.

1.9 – Pode ser utilizado qualquer tipo de obturador na agulha colocada no cateter.

1.10 – Uma vez colocada a válvula de pressão positiva, o cateter não carece de ser heparinizado.

2 – Selecciona a afirmação mais correcta:

2.1 – Para manipular o cateter venoso central o enfermeiro deve utilizar o seguinte material:

- a) máscara, luvas esterilizadas e touca;
- b) luvas esterilizadas, touca e bata;
- c) luvas esterilizadas, touca, bata e máscara;
- d) touca, bata, máscara e luvas de látex.

2.2 – A técnica de heparinização do cateter venoso central totalmente implantado impõe:

- a) remoção de 5 ml de sangue, administração de 10 ml de soro fisiológico e administração de 3 ml solução de heparina;
- b) administração de 10 ml soro fisiológico e 3 ml de solução de heparina;
- c) remoção de 5 ml de sangue e administração de 3 ml de solução de soro fisiológico;
- d) administração de 3 ml de solução de heparina.

2.3 – Durante a manipulação do cateter venoso central, o enfermeiro deve:

- a) avaliar a dor durante o procedimento;
- b) vigiar a formação de edema local;
- c) vigiar febre e presença de rubor local;
- d) todos os anteriores.

2.4 – São também cuidados a ter durante a manipulação do cateter venoso central;

- a) evitar a abertura de janelas durante o procedimento;
- b) evitar a limpeza da sala de tratamentos durante a realização do procedimento;
- c) não realizar o procedimento no domicílio do doente;
- d) a e b são verdadeiras.

Gratas pela colaboração.

ANEXO XVIII - Resultados da avaliação do conteúdo da sessão de formação
“Manipulação e manutenção dos cateteres venosos centrais totalmente implantados”

Sessão do dia 18 de Outubro	
1 formando	20 valores
3 formandos	19 valores
1 formando	18 valores
2 formandos	17,5 valores
1 formando	17 valores
1 formando	15 valores

Sessão do dia 22 de Outubro	
3 formandos	19 valores
2 formandos	17 valores
1 formando	16,5 valores
1 formando	16 valores
1 formando	15,5 valores

Sessão do dia 25 de Outubro	
1 formando	18,5 valores
3 formandos	18 valores
2 formandos	17 valores
1 formando	16,5 valores
1 formando	16 valores
2 formandos	15,5 valores