



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

Relatório de Estágio

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção de Grau de Mestre na área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Por

Helder Filipe Martins dos Reis Correia

Sob orientação de: Mestre António Joaquim Rocha Festa

Porto, Maio de 2012



RESUMO

Numa população cada vez mais envelhecida em que o índice de dependência das pessoas idosas é também elevado, o aumento da necessidade de apoio a estas pessoas dependentes tem levado a que os cuidadores informais assumam os cuidados a estas pessoas em ambiente domiciliário.

Desta forma e após a realização de um diagnóstico de saúde à população, concluí que um dos factores que mais afecta o cuidador informal é o défice de informação sobre a prevenção de úlceras de pressão, o que contribui para o aumento da sobrecarga do papel de cuidador informal. O projecto de intervenção, por mim executado, esteve relacionado essencialmente com o elevado risco de úlcera de pressão dos utentes e o défice de informação por parte dos cuidadores relativamente a esta prioridade identificada.

Para a consecução deste estudo foram aplicados, aos cuidadores informais, formulários que incluíram escalas de avaliação validadas, sendo que a amostra foi igual á população total. Os resultados foram tratados utilizando a estatística descritiva, para posterior análise, através da qual concluí que o défice de conhecimento por parte dos cuidadores relativamente à prevenção do aparecimento de úlceras de pressão, contribui para o aumento do risco de incidência das mesmas e para o aumento dos efeitos da sobrecarga do cuidador, interferindo e colocando em causa a saúde e qualidade de vida do mesmo, do idoso dependente e de toda a unidade familiar.

Palavras-chave: Cuidador, Sobrecarga, Úlcera de Pressão



ABSTRACT

In an increasingly aging population in which the dependency ratio of elderly people is also high, the increased need to support these dependents has led to informal caregivers take care of these people in home environment.

Thus, after the initial diagnosis of a health population, concluded that one of the factors that most affect the informal caregiver is the lack of information about the prevention of pressure ulcers, which contributes to increasing the role of caregiver burden informal. The intervention project, run by me, was primarily related to the high risk of pressure ulcers and the users' information deficit on the part of caregivers identified for this priority.

To achieve this study were applied to informal caregivers, forms that included validated rating scales, and the sample was equal to the total population. The results were processed using descriptive statistics for later analysis, through which concluded that the lack of knowledge and information for caregivers on the prevention of the occurrence of pressure ulcers, contributes to the increased risk of incidence of the same and the increased effects of caregiver burden, interfering and jeopardizing the health and quality of life of the same, the elderly and dependent on the entire family unit.

Keywords: Caregiver, Burnout, Pressure Ulcer



Agradecimentos

Agradeço a todos aqueles que disponibilizaram conhecimentos e esforços, no sentido de tornarem este momento de aprendizagem/desenvolvimento e aplicação de competências, válido na minha formação. Este agradecimento dirige-se também à Universidade Católica Portuguesa pelas facilidades e apoios concedidos, ao professor orientador que permitiu a concretização deste trabalho, aos doentes e familiares pela disponibilidade apresentada e a todos os que contribuíram para que este estudo fosse uma realidade. Por último, não posso deixar de agradecer à Isabel por toda a compreensão demonstrada e pedir desculpa à Carolina por todo o tempo que não lhe dediquei.

A todos o meu muito obrigado.



ÍNDICE	Pág.
0 – INTRODUÇÃO	13
1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	19
2 - DIAGNÓSTICO DE SAÚDE	27
3 - INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	31
3.1- Planeamento das Intervenções Comunitárias	31
3.2 – Projecto “Cuidar de Quem Cuida – Prevenção de Úlceras de Pressão”	32
3.3 – Projecto formativo	39
3.4 – ”Projecto Viver Sem Fumo – Sim, Eu Posso Deixar de Fumar”	44
4 - REFLEXÃO CRÍTICA	49
5 – CONCLUSÃO	55
6 – BIBLIOGRAFIA	58
ANEXOS	65
Anexo I - Formulário	
Anexo II – Panfleto Prevenção de Úlceras de Pressão	
Anexo III – Convite Cuidador	



Anexo IV – Sessão de Educação Para a Saúde sobre Prevenção de Úlceras de Pressão

Anexo V – Manual do Cuidador

Anexo VI – Formação em Serviço “Cuidadores Informais...Suas Necessidades”

Anexo VII - Formação em Serviço “Cuidador Informal...Um Parceiro no Cuidar”

Anexo VIII - Formação em Serviço “Burnout”

Anexo IX - Sessão de Educação Para a Saúde “Sim...Nós Podemos Deixar de Fumar”

Anexo X . Panfleto “Sim...Nós Podemos Deixar de Fumar”

QUADROS

Quadro nº1 - Prioridade dos problemas de saúde identificados	31
Quadro nº2 - Indicadores de Actividade do Projecto “Cuidar de quem Cuida”	37
Quadro nº3 - Indicadores de Resultado do Projecto “Cuidar de quem Cuida”	38
Quadro nº4 - Indicadores de Actividade do Projecto Formativo	43
Quadro nº5 - Indicadores de Resultado do Projecto Formativo	43
Quadro nº6 - Indicadores de Actividade do Projecto “Viver Sem Fumo”	47
Quadro nº7 - Indicadores de Resultado do Projecto “Viver Sem Fumo”	48



0 - INTRODUÇÃO

O envelhecimento demográfico é hoje uma realidade generalizada ao conjunto dos países ocidentais, constatando-se o aumento do número de pessoas idosas dependentes, contribuindo para tal a diminuição das taxas de natalidade e o aumento da esperança média de vida. Também se verifica, cada vez mais, que os tempos de internamento nos grandes hospitais tem vindo a diminuir progressivamente o que leva a que muitas pessoas idosas aquando da alta hospitalar apresentem grandes níveis de dependência.

Estas condições têm criado inúmeros problemas sociais, políticos e económicos: aumentando os custos médico-sociais, criando maiores necessidades de suporte familiar e comunitário, existindo mais pessoas sujeitas a cuidados de longa duração pelo aumento da prevalência de doenças crónicas e degenerativas, sendo que todas elas conduzem a uma maior solicitação de apoios formais e informais (Imaginário, 2004). Constata-se que a maioria dos idosos em situação de dependência continua a ser cuidada pelos seus próprios familiares, recaindo sobre estes um papel importante e fundamental no cuidado a estas pessoas e destacando-se, normalmente, um cuidador principal.

Uma das condições crónicas à qual muitos idosos estão sujeitos é o aparecimento de úlceras de pressão. A European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP, 2006) define-as como “ (...) uma lesão localizada na pele e tecidos subjacentes, causada por pressão, torção ou deslizamento, fricção e/ou uma combinação destes.” Um estudo de prevalência de úlceras de pressão efectuado em diferentes países da Europa, incluindo Portugal, em 2002, concluiu que este número era de 18,1% (Clark et al., in EPUAP, 2006), sendo que, embora o estudo tenha sido efectuado em contexto hospitalar, a maioria das pessoas com úlceras de pressão havia adquirido as mesmas no domicílio. Mas, também os cuidadores informais são afligidos pela possibilidade de aparecimento de úlceras de pressão nas pessoas ao seu cuidado. Baharestani (2006) diz-nos que muitas vezes, os familiares não estão treinados nem preparados para o papel de cuidadores e que também estes têm que lidar com o seu próprio sofrimento e não apenas com o do familiar cuidado. O processo de cuidar torna-se ainda mais complexo para o cuidador por diferentes circunstâncias; o aumento do emprego feminino repercutindo-se numa diminuição da disponibilidade para cuidar, a fragilidade dos laços familiares e

uma sociedade de consumo, na opinião de Imaginário (2004), dificultam este processo de cuidar.

Embora hoje se conheçam muito melhor os processos fisiopatológicos que levam ao aparecimento de úlceras de pressão, se consigam identificar as pessoas em risco, se discuta a problemática como indicador de qualidade dos cuidados de saúde, se investigue os encargos financeiros para os sistemas de saúde e as consequências para os portadores de úlceras de pressão e suas famílias, o problema do seu aparecimento mantém-se. A enfermagem encontra-se numa fase de mudança e reflexão sobre as suas práticas e implicações que tem nos cuidados e melhoria da sua qualidade. Este processo exige o desenvolvimento de competências cognitivas, que permitam entender os fenómenos humanos relacionados com a saúde ou doença, estabelecer intervenções com rigor científico e direccionadas aos problemas individuais dos seus clientes. Neste sentido, têm surgido diferentes linhas de investigação centradas nas problemáticas dos cuidadores (Lane, Mckenna, Ryan & Fleming , 2003). Uma grande parte das linhas de investigação acaba por se centrar em torno das necessidades dos cuidadores, da sua qualidade de vida e dos aspectos relacionados com o stress, o desgaste e a sobrecarga (Ayres, 2000; Chappell, Reid & Dow, 2001;Imaginário, 2004).

É porém, aparentemente escassa a literatura referente ao papel do cuidador enquanto pessoa que previne o aparecimento de úlceras de pressão. A prevenção das mesmas exige a implementação de uma série de intervenções sustentadas em competências técnicas, cognitivas e atitudinais por parte dos cuidadores informais. Há contudo, a possibilidade de os cuidadores informais não possuírem estas competências e/ou existirem factores que impossibilitam a implementação (e sucesso) destas intervenções. Há também a possibilidade de os cuidadores informais desenvolverem práticas baseadas nas suas experiências que podem eventualmente não ser reconhecidas pela comunidade científica.

É com base nas reflexões anteriores, que constituem a motivação para esta investigação, que acreditamos que para que realmente se consigam prevenir as úlceras de pressão é necessária uma atenção focalizada ao cuidador informal, nas suas capacidades físicas, cognitivas, emocionais e sociais, mas também à própria pessoa idosa dependente e em risco. A figura do cuidador informal, desta forma, não é apenas entendida pelos enfermeiros como um veículo para se prestarem cuidados à pessoa idosa dependente, mas também ela como uma cliente dos cuidados de enfermagem.

Quando trabalhamos nos cuidados de saúde primários, somos profissionais polivalentes, temos o dever de estar preparados para prestar cuidados globais ao indivíduo e família, dentro e fora do Centro de Saúde, na Comunidade. Este papel é reforçado quando somos especialistas em Saúde Comunitária. Apoiar e facilitar a aquisição por parte da família de competências, é o objectivo elementar do enfermeiro em contexto domiciliário. A cooperação entre profissionais de saúde e família, com a finalidade comum de satisfazer necessidades e promover a qualidade de vida do utente e família/cuidador, onde estão inseridos, é fundamental. A educação para a saúde é o instrumento de eleição para fomentar esta dinâmica e contribuir para a diminuição e/ou prevenção da sobrecarga do cuidador e de outras complicações, permitindo a permanência do utente no seu ambiente natural.

Trabalhar na comunidade, significa necessariamente olhar para ela e ir ao seu encontro. Como enfermeiros, não podemos ficar estáticos à mudança, temos que acompanhá-la e estar preparados para enfrentar os desafios. Para tal, é indispensável conhecermos a realidade que nos cerca, para a melhor resolução dos problemas com que nos deparamos. Através da visitação domiciliária, não só temos a possibilidade de prestar cuidados de saúde, como a grande oportunidade de intervir a nível familiar, pois consideramos o domicílio, o local propício ao ensino. Este processo relacional enfermeiro/utente/família envolve a disponibilização de informação e a ajuda na tomada de decisões, de forma consciente e clara, que melhor se adequa à sua situação.

Reflectindo sobre a nossa realidade, esta não difere da do restante país, onde as úlceras de pressão são também um problema de elevada magnitude, que urge minorar

Pela análise dos dados obtidos através do diagnóstico da população, constatamos que as úlceras de pressão e o défice de informação por parte dos cuidadores informais, se constitui como um dos temas prioritários a intervir.

Como *Enfermeiro de Cuidados Comunitários*, integrado numa equipa multidisciplinar, assumindo a responsabilidade de prestação de cuidados de enfermagem globais aos utentes e famílias, inseridos numa comunidade com características e necessidades específicas, temos o dever de promover a saúde e prevenir a doença/complicações, que possam pôr em causa o bem-estar e funcionalidade familiar.

De acordo com o referido e pretendendo contribuir para elevar a qualidade de vida da população, do utente portador de úlcera de pressão e do seu cuidador/família; ansiamos implementar o projecto de intervenção comunitária, com a colaboração e envolvimento de todos os profissionais da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Leça da

Palmeira e dos vários parceiros sociais, intervindo onde esta população está inserida, envolvendo a família, elo fundamental para a concretização dos objectivos ambicionados, e toda a comunidade. Pois conceptualizar a saúde versus qualidade de vida, é a pedra basilar para os prestadores de cuidados, na enfermagem de família.

O relatório é um documento definitivo, o produto final de um trabalho e empenho constante, que descreve de forma clara e com sequência lógica os passos dados para se concluir esse trabalho, garantindo a sua veracidade. Este relatório visa avaliar, descrever, reflectir e analisar o projecto de Intervenção Comunitária implementado, facultando deste modo um percurso enriquecido pela concretização dos objectivos definidos. Irei assim de forma sucinta, descrever as etapas de planeamento, execução e avaliação, realizadas neste estágio. Proponho-me igualmente a reflectir sobre as experiências vividas, a realidade encontrada, bem como os contributos obtidos e fornecidos, para o desenvolvimento pessoal, profissional, comunitário e Institucional. No entanto, além de todas as intervenções planeadas e executadas que faziam parte dos objectivos delineados inicialmente e que pretendia atingir através da implementação do projecto e das várias actividades realizadas, não excluiu que fossem igualmente desempenhadas, todas as funções inerentes ao enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária. O relatório pretende espelhar o nosso modo de ser, estar e fazer, neste processo de aprendizagem, do significado e da essência do vivido, das dificuldades sentidas e estratégias usadas, para as superar e obter os resultados desejados, com o intuito de contribuir para o bem comum da população alvo. Para isso foram aplicadas todas as competências adquiridas, constituindo-se estas, uma mais valia. A elaboração do actual relatório, para avaliação do percurso praticado tem vários objectivos que serão analisados, neste relatório.

A avaliação é uma etapa fundamental, um processo sistemático para determinar a extensão dos objectivos alcançados e os resultados de todo o nosso empenho, daí o interesse em uma avaliação objectiva e consciente da nossa intervenção neste estágio, pretendendo-se com este relatório atingir os seguintes objectivos :

- Incrementar a minha capacidade crítico-reflexiva em Enfermagem e essencialmente em Enfermagem Comunitária;

- Descrever as actividades desenvolvidas ao longo do estágio, confrontando-as com os objectivos inicialmente propostos;
- Reflectir sobre as actividades desenvolvidas ao longo do estágio, confrontando-as com os objectivos inicialmente propostos;
- Demonstrar a integração e interdisciplinaridade de saberes adquiridos durante a formação;
- Analisar criticamente as situações/problema decorridos durante o estágio
- Argumentar publicamente as estratégias resultantes da intervenção e os resultados obtidos.
- Facilitar a auto-avaliação, analisando as actividades executadas e os objectivos atingidos;
- Desenvolver competências crítico reflexivas na elaboração do relatório de estágio.

Na elaboração do presente relatório foi utilizado o método descritivo, o que permitirá ao leitor compreender o percurso académico, tentando especificar como foi planeado, realizado e avaliado o projecto implementado; baseado sempre na observação, consulta bibliográfica de documentos e protocolos existentes no campo de estágio, entrevistas à Equipa de Enfermagem, facilitando a exposição do progresso do estágio.

Transmitir de forma clara e concisa as diversas actividades realizadas neste estágio, fazendo transparecer o dinamismo, prazer e amplitude das acções, no presente documento, revestiu-se de algumas dificuldades. No entanto, com empenho, interesse e disponibilidade tentei ultrapassá-las e alcançar o objectivo proposto.

Importa ainda referir que este relatório pretendeu fazer uma análise do tema em questão não com o intuito de nos levar a fazer generalizações, mas sim contribuir para a reflexão acerca dos seus resultados, levando a uma eventual contínua procura da excelência dos cuidados de enfermagem e à possível identificação de outros problemas passíveis de serem estudados.



1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

A melhor forma de compreender a saúde, planear e implementar as intervenções necessárias relativamente aos problemas de origem social e aos estilos de vida, é através de abordagens centradas no utente/família. Esta abordagem de interacção familiar, explorando relações interpessoais, com compreensão comportamental, permite uma melhor percepção, mais integrada, do conjunto de problemas, que surgem ao longo da vida, no seio familiar e em situação de doença crónica e dependência de um familiar. Actualmente a Enfermagem tem cada vez mais importância na prestação de cuidados de saúde primários, tendo em consideração a promoção da saúde, a prevenção da doença e o seu tratamento.

Em Cuidados de Saúde Primários, é essencial ter um conhecimento actual, profundo, concreto quer dos cuidados a prestar propriamente ditos, mas principalmente da comunidade. Para uma boa saúde da comunidade e para o seu bem-estar é necessário que haja transmissão de um conjunto de informação para a sensibilização de cada indivíduo, inserido na sociedade.

A prestação de Cuidados de Saúde Primários é considerada em todos os sistemas e políticas de saúde a principal via de acesso aos cuidados de saúde em geral. Neste sentido, os Centros de Saúde têm como objectivo primordial dar resposta às necessidades de saúde da população abrangida, incluindo a promoção e a vigilância da saúde, a prevenção, o diagnóstico e o tratamento da doença, através do planeamento e da prestação de cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, bem como o desenvolvimento de actividades específicas dirigidas às situações de maior risco ou vulnerabilidade de saúde.

Neste sentido, enquanto futuros enfermeiros especialistas/mestres, ao longo do estágio partimos em busca de novos conhecimentos, de todo o tipo de situações, experiências e vivências que permitissem um maior enriquecimento pessoal e profissional, exigindo sempre da nossa parte uma atitude crítica – reflexiva perante todas as situações e actividades observadas e vivenciadas.

Assim, o estágio decorreu na Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Leça, e a orientação foi responsabilidade do Sr. Enfermeiro António Festa e a tutoria da Sra. Enfermeira Clara Soares, Especialista de Enfermagem Comunitária.

Esta unidade curricular englobou três módulos (I, II, III) que se desenvolveram ao longo do 2.º e 3.º Semestre do Curso, num total de 750 horas - 540 horas de contacto, correspondendo a 30 ECTS.

O módulo I esteve direccionado para a caracterização da população de modo a clarificar o diagnóstico de saúde da comunidade; no módulo II, após a definição de prioridades das necessidades detectadas ocorreu a elaboração de um projecto de intervenção e no módulo III foi realizado um estágio numa área opcional que versou essencialmente sobre o combate ao tabagismo.

Contribuir para a implementação e desenvolvimento do sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros; direccionada para a qualidade dos cuidados, é um dos desígnios fundamentais da profissão, através da apropriação dos padrões de qualidade e envolvimento das organizações prestadores de cuidados (segundo a O.E. em 2002). Poderá haver contributos, evidenciando o impacto dos cuidados de enfermagem e a sua importância, nos clientes, outros profissionais, decisores políticos e próprios enfermeiros. Caminhar na direcção da excelência é um caminho infundável na busca do desenvolvimento de competências, com a finalidade da sua aplicação na comunidade envolvente.

No contexto do nosso estágio, verificamos que a situação de doença própria ou de um familiar pode ser vista como uma ameaça, exigindo muito da família, conduzindo á necessidade de intervenção e levando os profissionais de saúde a avaliar a situação e estrutura familiar, como tarefa que se impõe quando se pretende ajudar os cuidadores, que têm que lidar com esta fonte de stress. Pois actualmente, apesar das transformações ao nível de certos valores familiares, a família continua a ser a principal cuidadora dos utentes dependentes (Pavarini et al, 2001, citado por Imaginário). Ainda segundo Isabel Lage, as consequências negativas mais frequentes no cuidador informal, que se manifestam por alterações ou mudanças específicas na sua vida, são a sobrecarga do cuidador. De acordo com Pearlin e Zarit, Martins, Ribeiro e Garrett, cuidar de um familiar, mesmo se constituindo uma experiência cada vez mais normativa, influencia a dinâmica e estrutura familiar, podendo gerar uma vivência física e emocional stressante, com sentimentos de frustração, depressão, isolamento, ansiedade, além dos problemas sociais, económicos e familiares, também frequentes.

O apoio domiciliário a estes utentes com úlceras de pressão e família torna-se fundamental, para que esta família/cuidador adquira competências e habilidades que permita o desenvolvimento das suas estratégias de coping, que influenciam a saúde familiar e o funcionamento da mesma.

Sabendo que a sobrecarga do cuidador, está relacionada com o grau de dependência do utente, com o nível de conhecimentos e competências do cuidador informal e com o tipo de suporte e apoio que esta família possui por parte dos cuidadores formais, podemos concluir que a Educação Para a Saúde junto desta população, com ensino, apoio e promoção de autonomia, para que possam fazer uso adequado das seus recursos pessoais e sociais que lhes permitam controlar as situações e resolver os problemas; contribui para elevar a qualidade de vida do utente e reduzir a sobrecarga do cuidador. Reconhecendo a importância dos cuidadores informais/família, como suporte essencial de apoio ao utente portador de úlceras de pressão, foi neste sentido que ponderamos, quando elaboramos o projecto de intervenção.

Preocupamo-nos com a qualidade de vida do utente dependente, mas também com a do cuidador/família e uma das estratégias para atingir este objectivo, é a actuação junto do utente no seu contexto familiar. Ajudar a unidade familiar a ser competente no desempenho das suas funções junto do seu familiar, cultivando uma aliança entre a família e o cuidador formal é o propósito principal dos profissionais de saúde.

Desta forma, sabemos que quanto maior a dependência do utente, maior a probabilidade de desenvolver úlceras de pressão, o que conduz inevitavelmente ao aumento da sobrecarga do Cuidador.

Ao longo dos séculos as úlceras de pressão têm sido designadas como úlceras de decúbito, úlceras de cama, chagas e escaras.

A problemática das úlceras de pressão tem sido assumida por prestadores de cuidados de saúde, gestores e consumidores como um indicador da qualidade dos cuidados. Segundo Morison (2004), até à data os principais indicadores têm sido: a incidência de quedas e acidentes, bacteriémias e úlceras de pressão. Ainda segundo a mesma autora, considerar as úlceras de pressão é uma medida de resultados importante porque é uma complicação comum, em grande parte prevenível e muito dispendiosa tanto para os doentes/família como para os prestadores de cuidados de saúde.

Paranhos (2003) referindo Heames e Smith reafirma que a condição de ter uma úlcera de pressão causa dor, sofrimento e aumentam os custos directos e indirectos. Langemo (referido por Paranhos, 2003) afirma que as úlceras de pressão afligem e desencorajam

os doentes, constituem porta de entrada para a infecção, dificultam a recuperação, aumentam o tempo de cuidados de enfermagem, e contribuem para o aumento da taxa de morbilidade e mortalidade.

Com o intuito de compreender a magnitude do problema, várias organizações têm tentado avaliar a prevalência das úlceras de pressão. A “National Pressure Ulcer Advisory Panel” (NPUAP), entidade norte-americana que efectua levantamentos estatísticos e estabelece directrizes para a prevenção e tratamento de úlceras de pressão refere prevalências que variam conforme o tipo de doentes e o tipo de instituição, sendo que, a prevalência em hospitais gerais é de 3 a 14%, em serviços de doentes crónicos de 15 a 25% e de 7 a 12% no atendimento nos domicílios (Paranhos, 2003).

Baharestani (2006), referindo vários autores, alerta-nos para o facto de associado ao desconforto físico que as feridas provocam, estas também têm um efeito emocional no doente, cuidadores, família, amigos e até estranhos com quem o portador de feridas se possa relacionar. Assim, normalmente, as feridas são percebidas como: desagradáveis; desconfortáveis; demoradas; mal cheirosas; aterradoras; repulsivas; nojentas; persistentes; assustadoras; associadas a terror; uma traição ao próprio corpo.

Inquestionavelmente, as feridas têm efeitos variados sobre os que sofrem e seus cuidadores. Imagine-se o quão aterrador poderá ser a visualização de úlceras de pressão necrosadas com exposição óssea, quer para o cuidador quer para a pessoa dependente. Baharestani (2006) salienta que aceitabilidade, pena, desânimo, medo, repulsa e evitamento são uma série de respostas que podem atingir os cuidadores, sendo que estas podem afectar bastante a resposta emocional da pessoa que tem ferida. À medida que a pessoa com ferida luta com o medo de incomodar os outros, com o isolamento social, perda de controlo e independência, possível desfiguramento e rejeição, também o cuidador luta. A autora refere um estudo efectuado junto de esposas cuidadoras de maridos com úlceras de pressão em que identificou que o medo referido pelas cuidadoras inclui o de danos na ferida por falta de conhecimentos, desenvolvimento de novas feridas, recorrência da ferida, necessidade de amputação, re-hospitalização, desfiguramento, reacção dos outros, possível incapacidade e medo que a ferida nunca cicatrize. Um medo recorrente para os cuidadores é que eles próprios possam ficar doentes ou incapacitados e incapazes de prestar cuidados. A autora também identifica que têm um sono interrompido, pela preocupação com a pessoa que cuidam, podendo acontecer que deixem de prestar atenção à sua própria saúde à medida que toda a sua atenção é centrada na pessoa dependente. Também identificou que estas esposas

passavam por dificuldades económicas importantes derivadas com a acumulação de despesas, diminuição da produtividade, dias não pagos devido a dias de férias para utilização pessoal relacionada com a pessoa que cuidam.

Importa salientar que as úlceras de pressão causam sofrimento físico, emocional e social, quer nas pessoas que as têm quer nos seus cuidadores. Uma visão integradora da pessoa dependente com úlcera de pressão exige a compreensão de que esta se encontra inserida numa família que reage de forma única e individual. A nossa atenção deve centrar-se não só na pessoa com ferida, mas também no cuidador informal e restante família, uma vez que como vimos também estes correm o risco de serem comprometida a sua saúde, levando a um acréscimo de dificuldades para o cuidado à pessoa com ferida.

De acordo com o referido foi possível trabalhar nesse sentido e desenvolver as seguintes **competências**, ao longo de todo o estágio:

- Aplicar todos os conhecimentos e capacidades no âmbito da Saúde Comunitária, no cuidado ao utente/família ;
- Aplicar conhecimentos e capacidades adquiridas ao longo da formação académica, do percurso profissional e de vida, no cuidado ao idoso/família/cuidador informal e na relação interpessoal enfermeiro/utente/família/comunidade;
- Desenvolver capacidades de compreensão aprofundada, no desempenho da nossa actividade profissional, na relação com a comunidade envolvente, na resolução de problemas abrangentes e complexos, numa perspectiva profissional avançada;
- Compreender a dinâmica familiar, identificando problemas complexos e situações novas, com urgência na sua dissipação;
- Demonstrar capacidade de resolução de problemas comunitários abrangentes, que influenciam a população; com uma atitude responsável, autónoma e eficaz, com cuidados de qualidade e colaboração dos parceiros sociais e da equipa multidisciplinar;
- Promover a articulação com a equipa multiprofissional, intersectorial e parceiros sociais, no sentido da resolução de problemas e concretização de objectivos terapêuticos do utente/família, para obtenção da mais elevada qualidade de vida possível;
- Demonstrar capacidades de trabalho multidisciplinar e interdisciplinar envolvendo os vários parceiros, na perspectiva de zelar pela qualidade dos cuidados e qualidade de vida da comunidade na área da Saúde Comunitária;

- Aplicar na prática evidências científicas, tendo por base uma tomada de decisão responsável e fundamentada;
- Auto reflexão crítica na e sobre a prática desenvolvida, com o intuito de a melhorar continuamente, contribuindo para elevar a qualidade de vida da população;
- Melhorar continuamente a capacidade de lidar com questões éticas e sociais complexas, que requerem uma atitude responsável e maturidade para a sua resolução e tratamento, tendo em conta o melhor para o utente/família;
- Desenvolver e demonstrar competências aprofundadas, no relacionamento terapêutico pelo respeito das crenças e cultura do cliente/família/comunidade;
- Identificar situações de risco e comunica-las, de forma a prevenir suas consequências e complicações futuras; transmitindo essa informação aos parceiros de equipa e/ou sociais, que possam cooperar positivamente na sua resolução;
- Comunicar resultados, conclusões, informações, conhecimentos, raciocínios e reflexões, de forma clara e concisa, que contribuam para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a qualidade de vida da Pessoa, inserida no contexto familiar e numa comunidade;
- Promover mudanças comportamentais, sempre que estes constituam um risco para a saúde do utente/família e comunidade;
- Incentivar a colaboração dos profissionais de saúde e envolver a população em geral, na adopção de estilos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de risco, através de rastreios e educação para a saúde;
- Desenvolver competências na área da gestão e liderança, junto de equipas de enfermagem e outras, essencialmente no âmbito da Saúde Comunitária (promover a colaboração de outros profissionais nas actividades desenvolvidas, gerindo e liderando);
- Contribuir para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros profissionais, através da participação e colaboração na implementação de projectos; elaboração de documentos de apoio, sobre os cuidados de qualidade a prestar aos utentes, realização de formação em serviço (como formador), supervisão e integração de novos profissionais; com a finalidade de melhorar/zelar pela qualidade dos cuidados, particularmente na área da Saúde Comunitária;
- Desenvolver e aplicar competências que permitam a utilização de evidência e resultados de estudos de investigação na prática, tendo por objectivo a sua melhoria contínua;

○ Elevar de forma contínua a capacidade de iniciativa, criatividade, comunicação e desempenho, em todo o acto de cuidar e na relação com os outros;

Pretendemos ainda, que todas as competências adquiridas e desenvolvidas sejam gradualmente melhoradas, pois consideramos ser uma construção inacabada, em evolução ao longo de toda a vida e em crescimento contínuo na relação com os outros.



2 – DIAGNÓSTICO DE SAÚDE

O Planeamento em Saúde constitui um instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção, elevar a eficiência e a eficácia dos sistemas no desenvolvimento das funções de promoção, protecção, recuperação e reabilitação da Saúde, tendo como meta a melhoria da qualidade de vida da população. É assim um processo dinâmico e contínuo, que segue uma ordem de prioridades previamente estabelecidas.

Melhorar o estado de saúde das populações ao longo do seu ciclo vital, implica um planeamento em saúde adequado para que, deste modo, através da melhoria do desempenho, optimização dos recursos com vista à promoção e protecção da saúde, bem como a recuperação e reabilitação da doença, se consiga promover o aumento da qualidade de vida.

O Planeamento em Saúde define-se assim, como a racionalização na utilização dos recursos existentes na comunidade, por vezes escassos, com a finalidade de atingir os objectivos propostos, através da coordenação de esforços dos vários sectores socioeconómicos com vista à resolução ou minimização dos problemas de saúde considerados prioritários. (IMPERATORI, 1986)

O processo de Planeamento em Saúde inicia-se com o Diagnóstico de Saúde de uma determinada comunidade, com o objectivo primordial de identificar as suas necessidades de saúde.

Assim, e no contexto do exercício da profissão, devemos dar resposta às necessidades emergentes de uma comunidade. Desta forma, e tendo em conta o Código Deontológico do Enfermeiro (artigo 80º - do dever para com a comunidade), podemos referir que “*o enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever de: conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido; participar na orientação da comunidade e na busca de soluções para os problemas de saúde detectados; colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade.*”

Assim, com a elaboração do Diagnóstico de Saúde , atingiram-se os seguintes objectivos:

- Caracterizar a população integrada na Equipa de Cuidados Continuados Integrados;
- Adquirir competências na área de planeamento em saúde;
- Identificar as necessidades de saúde da comunidade;
- Priorizar as necessidades identificadas.

O Diagnóstico de Situação constitui portanto, o primeiro passo na elaboração do Planeamento em Saúde, tendo como objectivo a avaliação do estado de saúde da população, identificando as áreas prioritárias de intervenção.

Depois de determinada a população e as variáveis a estudar, torna-se necessária a elaboração do instrumento de recolha de dados, que se deverá adequar à informação que se pretende colher e ao tipo de população em estudo.

Nesta perspectiva, optou-se por um formulário, por se entender ser este o instrumento que melhor se adapta às características da população em estudo e à disponibilidade do tempo e porque permite o seu preenchimento pelo próprio investigador numa relação directa com o participante.

Segundo MARCONI e LAKATOS (2003, p.222), o formulário corresponde a *“um roteiro de perguntas enunciadas pelo entrevistador e preenchidas por ele, com as respostas do pesquisado”*.

Na elaboração do formulário (Anexo I), consideraram-se os aspectos particulares das variáveis em estudo e das hipóteses formuladas, de modo a atingir os objectivos inicialmente propostos. Assim, o instrumento de recolha de dados é constituído por quatro partes essenciais. Na primeira parte (A) são incluídas as informações gerais do utente. Na segunda parte (B) é descrita a avaliação do utente, tendo em conta escalas de avaliação devidamente validadas, nomeadamente, Escala Mini Mental State Examination, Escala de Graffar, Escala de Barthel e a Escala de Braden. Na terceira parte (C) é avaliado o cuidador informal, nomeadamente dados gerais e sobrecarga do mesmo através da Escala de Zarit. A quarta parte (D) corresponde á avaliação familiar.

Após a recolha dos dados, prosseguimos com o tratamento dos resultados de forma a possibilitar a melhor compreensão e entendimento dos mesmos, assim como a análise e algumas conclusões. Dado que a amostra era reduzida, optamos por direccionar a presente investigação para um estudo descritivo, já que ambicionamos estimar parâmetros da população, “fotografando” a situação, características e necessidades da mesma. Após a análise dos dados recolhidos, chegamos á conclusão que as **Necessidades identificadas no Diagnóstico de Saúde da População em estudo, são:**

- Problema 1 (P1) – Risco de desenvolvimento de úlceras de Pressão
- Problema 2 (P2) – Sobrecarga do papel do cuidador
- Problema 3 (P3) – Grau de dependência dos utentes
- Problema 4 (P4) – Comprometimento cognitivo dos utentes

Sendo que, somos três elementos, o projecto de intervenção por mim executado, esteve relacionado essencialmente com o elevado risco de úlcera de pressão dos utentes e o défice de informação por parte dos cuidadores relativamente a esta prioridade identificada, factor que contribui também para a sobrecarga do papel do cuidador.

Aínda no Módulo II e paralelamente a este projecto, desenvolvi em conjunto com os restantes elementos do grupo de estágio, um projecto de formação em serviço, que decorreu em contexto de trabalho, articulado com a acção, o que permitiu o desenvolvimento integrado de competências dos Enfermeiros do serviço.

No que concerne aos temas de formação, foi decidido com a ECCI e a Coordenadora da UCC de Leça da Palmeira – Enf.^a Clara Soares, abordar o tema “Cuidador Informal”, em três vertentes, nomeadamente: as necessidades do Cuidador Informal (“*Cuidador Informal...Suas Necessidades*”); A importância do Cuidador como parceiro dos cuidados (“*Cuidador Informal...um parceiro no Cuidar*”) e o Burnout nos Profissionais de Saúde (“*Burnout...um estado emergente no Profissional de Saúde*”).

No Módulo III, desenvolvemos um terceiro projecto dirigido ao tabagismo, já que o consumo de tabaco é, hoje, nos países desenvolvidos, a principal causa de doença e de mortes evitáveis, sendo responsável por cerca de 20% do total de mortes verificadas anualmente nos países desenvolvidos. Segundo dados da OMS, cerca de 4,9 milhões de pessoas morrem anualmente, em todo mundo, em resultado deste hábito.



3 – INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

3.1- Planeamento das Intervenções Comunitárias

Em todo o acto de enfermagem surge o cuidar, uma vez que, entendemos que cuidar é o prestar atenção global e continuada ao utente/doente/família, inserido num contexto específico com suas necessidades. Collière afirma que “...cuidar é um acto de vida...” e Mayeroff considera que o cuidar tem um papel primordial nas nossas vidas e é essencial à condição humana, pois o que não é cuidado morre.

Assim, após a realização do diagnóstico e identificação dos principais problemas de saúde, e de acordo com alguns critérios de decisão, tais como a possibilidade de prevenção de problema, importância dos problemas, obtenção de ganhos em saúde, dimensão do problema, exequibilidade do projecto e utilizando o método de comparação de pares definimos a prioridade dos problemas.

1º	Sobrecarga do Papel do Cuidador
2º	Risco de Úlcera de Pressão
3º	Grau de Dependência dos Utentes
4º	Comprometimento Cognitivo dos Utentes

Quadro nº1 - Prioridade dos problemas de saúde identificados

Perante a identificação do problema prioritário, surgiu a necessidade e dever profissional de intervir, com a finalidade de tentar a sua resolução ou melhorá-lo. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros é nosso dever, quando o utente não consegue ou não sabe adquirir o equilíbrio que lhe promova a sensação de bem-estar em todas as dimensões, intervirmos adequadamente e onde este está inserido, proporcionando-lhe o apoio necessário, para que possa atingir a tão desejada harmonia, através de intervenções de promoção da saúde e prevenção da doença. Daí a pertinência da implementação de projectos (conjunto de actividades que decorrem num período limitado de tempo, com o objectivo de obter um resultado específico, que contribui para

a execução de um programa) e das actividades inerentes, no sentido de tornar possível a concretização desta finalidade.

3.2 – Projecto “Cuidar de Quem Cuida – Prevenção de Úlceras de Pressão”

Os objectivos de um estudo indicam o porquê do mesmo, são enunciados declarativos que precisam a orientação do estudo, segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão (Fortin, 1999). Tentamos definir os objectivos de forma que estes fossem pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, onde no seu enunciado estão contidos os elementos necessários à sua concretização.

Com a implementação deste projecto de intervenção delineei os seguintes **Objectivos Gerais:**

- ✓ Redução do risco de incidência de úlceras de pressão na população dependente abrangida pela Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Leça da Palmeira, através da formação dos cuidadores informais;
- ✓ Aquisição de competências no cuidador informal para a prevenção das úlceras de pressão ;

Em adequação com os objectivos gerais foram preconizados os seguintes **Objectivos Específicos:**

Objectivo 1

Informar os prestadores de cuidados informais sobre os factores de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão

Objectivo 2

Informar os prestadores de cuidados sobre as áreas corporais de maior risco para o aparecimento de úlceras de pressão

Objectivo 3

Capacitar os cuidadores informais para a manutenção de condições óptimas de conforto, higiene e hidratação cutânea

Objectivo 4

Ensinar o prestador de cuidados sobre as técnicas de posicionamento corporal do utente

Objectivo 5

Treinar os prestadores de cuidados para a aquisição de competências relacionadas com as técnicas de posicionamento corporal

Objectivo 6

Instruir os cuidadores informais sobre a existência de ajudas técnicas para a diminuição do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão

Foram também estabelecidos os seguintes **Objectivos Operacionais:**

— Que pelo menos 60% dos prestadores de cuidados adiram ao programa de educação para a saúde para o desenvolvimento de competências na prevenção do aparecimento de úlceras de pressão até final de novembro de 2010;

— Que pelo menos 50% dos prestadores de cuidados em programa de educação para a saúde para o desenvolvimento de competências na prevenção do aparecimento de úlceras de pressão desenvolvam competências teóricas nesse sentido, até final de novembro de 2010

— Que pelo menos 90% dos prestadores de cuidados tenham acesso ao panfleto de prevenção de úlceras de pressão, até final de novembro de 2010;

— Reduzir em 5% da população o risco de aparecimento de úlceras de pressão, até final de novembro de 2010;

— Realização de pelo menos 2 visitas domiciliárias por utente, até final de novembro de 2010;

— Que pelo menos 80% dos prestadores de cuidados tenham acesso ao manual do cuidador, até final de novembro de 2010;

Estratégias/Actividades de intervenção e Avaliação:

A etapa de selecção de estratégias é uma das etapas mais fundamentais num processo de planeamento.

Para atingir os objectivos pré – definidos para dar resposta aos problemas detectados na população é necessária a elaboração criteriosa de diversas estratégias e actividades de intervenção, nomeadamente:

Divulgar e promover a implementação do projecto no Centro de Saúde e junto dos prestadores de cuidados dos idosos dependentes

Dinamizar e fomentar a adesão e a aplicação do presente projecto pelos profissionais de referência da instituição de saúde, por intermédio da realização de sessões expositivas de divulgação;

Disponibilizar a equipa para prestar esclarecimentos e apoio adicional aos profissionais de referência da instituição de saúde ao longo da aplicação do projecto;

Realização de um poster alusivo ao projecto especificando qual a sua filosofia, a quem se destina e quais os passos necessário para mais esclarecimentos, que foi exposto junto da entrada do Centro de Saúde;

Realização de um panfleto (Anexo II) alusivo ao projecto que foi distribuído por todos os idosos dependentes e seus prestadores de cuidados;

Discussão informal de casos clínicos, em clima de multidisciplinaridade, no centro de saúde, fomentando a troca de experiências e o conhecimento aprofundado das diferentes realidades;

Promover um clima de efectiva interacção entre as diversas parcerias que o projecto preconiza, em particular mobilizando as parcerias locais

Realização de reuniões com os diversos parceiros na comunidade (juntas de freguesia, câmara municipal, etc.) com o intuito de divulgar o projecto e promover a participação destes agentes em regime de parceria;

Investir no prestador de cuidados, dotando-o de competências de prevenção das úlceras de pressão e prestando-lhe todo o apoio que necessitar

Convocação da população alvo através de convites personalizados (Anexo III);
Desenvolvimento de um programa contínuo de educação para a saúde para todos os prestadores de cuidados que visou desenvolver competências na prevenção das úlceras de pressão sendo abordados, uma grande diversidade de temas (posicionamentos, cuidados de higiene e conforto, etc.) e que se realizou no salão nobre da junta de freguesia de Leça da Palmeira, recorrendo á técnica expositiva(Anexo IV), demonstrativa e participativa, proporcionando sempre um espaço no final da sessão para o esclarecimento de dúvidas, programa que se denominou como “Dia do Cuidador” e que teve em vista o encontro e partilha de experiências, o apoio mútuo, o intercâmbio de informações entre todos, recorrendo ao método da livre associação de ideias.
Realização de actividades práticas com os cuidadores, relacionadas com o tema, que impliquem participação activa e dinamismo.
Aplicação de um questionário para avaliação dos conhecimentos teóricos adquiridos

Elaboração do manual de apoio ao prestador de cuidados de idosos dependentes

Elaboração de um manual descritivo(Axexo V) que reúna informação prática e útil sobre como prevenir e reduzir as complicações decorrentes da dependência dos utentes, nomeadamente ao nível da prevenção de úlceras de pressão, alimentação saudável no idoso e estratégias de copyng do cuidador, no sentido de diminuir a sobrecarga do mesmo.

Promover a visitação domiciliária

Realização de visitas domiciliárias com o objectivo de realização de formação informal e ensino sobre a utilização do manual do cuidador

De entre as estratégias definidas e executadas, realço o “Dia do Cuidador” e as visitas domiciliárias, não só pelos bons resultados obtidos com a sua implementação,

mas também pela satisfação pessoal e profissional que obtivemos, fruto do trabalho árduo e motivação de todos os intervenientes.

Assim, o “dia do Cuidador” revelou-se como um momento importante de formação dos cuidadores informais, mas acima de tudo como um momento de consolidação e de aproximar de uma relação Enfermeiro/Comunidade que fortalece os laços de confiança necessários a uma maior abertura e facilidade de comunicação e exposição das necessidades, dúvidas e receios da população que de outra forma não seriam possíveis de conhecer, funcionando desta forma como um veículo facilitador de uma intervenção de enfermagem mais direccionada e mais conhecedora e por consequência mais eficaz. Inevitavelmente, alguns desses momentos ficam guardados na memória, como situações importantes de troca de experiências e até de emoções.

INDICADORES DE ACTIVIDADES:

A selecção dos indicadores dos problemas de saúde prioritários que melhor traduzem a dimensão actual desses problemas e a respectiva evolução é um primeiro passo na fixação de objectivos. Os indicadores representam uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação. Os indicadores de actividade medem a actividade desenvolvida pelos serviços de saúde com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado. Abaixo encontram-se os indicadores de actividade desenvolvidos para este projecto, que são:

Indicador de Actividade	Construção do indicador	Avaliação
% de cuidadores dos utentes inseridos na ECCI de Leça da Palmeira que estiveram presentes na sessão de educação para a saúde	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de cuidadores dos utentes inseridos na ECCI de Leça da Palmeira que estiveram presentes na sessão de educação para a saúde}}{\text{n}^\circ \text{ de cuidadores dos utentes inseridos na ECCI de Leça da Palmeira convocados para a sessão de educação para a saúde}} \times 100$	$\frac{9}{12} \times 100 = 75\%$
Nº de visitas domiciliárias por utente	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de visitas domiciliárias}}{\text{N}^\circ \text{ total de utentes}}$	$\frac{30}{12} = 2,5$
% de prestadores de cuidados que têm acesso ao panfleto de prevenção de úlceras de pressão	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prestadores de cuidados que têm acesso ao panfleto}}{\text{N}^\circ \text{ total de prestadores de cuidados}} \times 100$	$\frac{12}{12} \times 100 = 100\%$
% dos prestadores de cuidados que têm acesso ao manual do cuidador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de prestadores de cuidados com acesso ao manual}}{\text{N}^\circ \text{ total de prestadores de cuidados}} \times 100$	$\frac{12}{12} \times 100 = 100\%$

Quadro nº2 – Indicadores de Actividade do Projecto “Cuidar de quem Cuida”

INDICADOR DE RESULTADO

O indicador de resultado pretende avaliar ou medir as alterações que puderam ser verificadas, e foram designados os seguintes:

Indicador de Resultado	Construção do indicador	Avaliação
% De cuidadores dos utentes inseridos na ECCI de Leça da Palmeira que adquiriram conhecimentos teóricos relativos à temática após a sessão de educação para a saúde	nº de cuidadores dos utentes inseridos na ECCI de Leça da Palmeira que adquiriram conhecimentos teóricos relativos à temática após a sessão de <u>educação para a saúde</u> × 100 nº de cuidadores dos utentes inseridos na ECCI de Leça da Palmeira que responderam ao formulário de avaliação da sessão de educação para a saúde	$\frac{8}{9} \times 100 = 88,8\%$
% dos utentes inseridos na ECCI de Leça da Palmeira que reduziram o risco de aparecimento de úlceras de pressão	nº de utentes inseridos na ECCI de Leça da Palmeira que reduziram o risco de aparecimento de <u>úlceras de pressão</u> × 100 nº de utentes inseridos na ECCI de Leça da Palmeira	$\frac{3}{12} \times 100 = 25\%$

Quadro nº3 – Indicadores de Resultado do Projecto “Cuidar de quem Cuida”

Nota: A obtenção do número de cuidadores que adquiriram conhecimentos, resultou da aplicação de um questionário de avaliação de conhecimentos, antes e depois da Educação para a Saúde; e a obtenção do número de utentes que reduziram o risco de aparecimento de úlceras de pressão, resultou da aplicação da Escala de Braden, antes e depois da Educação para a Saúde.

Podemos observar que todos os objectivos foram atingidos, sendo que conseguimos diminuir o risco de aparecimento de úlceras de pressão na população dependente abrangida pela Unidade de Cuidados Continuados Integrados de Leça da Palmeira, através da formação dos cuidadores informais e aumentar o nível de competências no cuidador informal para a prevenção das úlceras de pressão, contribuindo desta forma para o melhoramento da qualidade de vida dos utentes e respectivos cuidadores.

3.3 – Projecto formativo

Os enfermeiros vivem um momento decisivo em termos de revalorização socioprofissional. Neste contexto, assume especial relevância o papel desempenhado pelas diversas modalidades de educação e formação em todo este processo dinâmico conducente a uma maior (re) valorização e reconhecimento social da Profissão de Enfermagem. A busca de uma identidade baseada numa maior autonomia profissional e nas mudanças ocorridas ao nível da prestação de cuidados de saúde, aliadas a um desejo de desenvolvimento do campo da investigação científica, fazem da enfermagem um sector socioprofissional em mutação, onde as dinâmicas de formação e educação formal e informal poderão constituir uma das pedras de toque para a recomposição dos saberes e identidades de enfermagem. A Enfermagem, enquanto Profissão que intervém no campo da saúde, confronta-se a cada passo com o desafio da doença, com a transformação acelerada da realidade social e do código de valores da sociedade contemporânea, procurando acompanhar a evolução da informação científica e técnica, o que a tem obrigado a uma constante recriação do seu agir profissional.

Assim, nas duas últimas décadas, a profissão de Enfermagem e a formação específica nesta área do saber, têm atravessado rápidas e profundas mudanças que têm suscitado a introdução de sucessivas (re)estruturações nos planos de formação. Neste contexto, sendo a formação profissional entendida como um continuum que começa na formação de base e se desenvolve na formação complementar, a mesma deverá ser enriquecida com a Formação de Pós-Licenciatura, Pós-Graduação e de Mestrados garantindo por esta via a reflexão sustentada sobre a prática clínica quotidiana e a produção de conhecimento dinâmico caracterizado pela problematização, pelo trabalho de projecto, pela descoberta ou negociação e pela investigação-acção, validando-se desta forma a Formação contínua. Entende-se hoje, que a Educação Permanente ou formação contínua *“é um processo contínuo e global de formação que engloba a aprendizagem inicial e a que se desenrola lado a lado com o trabalho, estendendo-se durante toda a existência e considerando-se parte integrante da vida. A formação dos profissionais assume-se como um continuum que começa na formação base e inclui a complementar e a formação contínua. A tónica da formação de adultos é colocada mais no seu carácter activo que na recepção de informação, por se tratar de formação na acção e sobre a acção, as actividades assumem importância central”* (BARROSO, 2003:347).

Esta é assumidamente um factor importante no desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo, assim como das organizações, ajudando-os a adaptarem-se às inovações que advêm do mundo em permanente mudança, na perseguição de uma melhor qualidade dos serviços prestados. De facto, um dos factores importantes para que a melhoria da qualidade dos serviços seja atingida é o adequado e actualizado grau de formação dos profissionais para o desempenho das suas funções, (SOUSA, 2003, p. 28). Sendo a Formação Profissional condição “sine qua non” para assegurar o desenvolvimento das competências individuais, a mesma deverá ser alicerçada num sólido Projecto Profissional. Assim, a formação em Serviço, ocorre em contexto de trabalho, de forma formal ou informal, articulada com a acção, permitirá o desenvolvimento integrado de competências dos Enfermeiros nos serviços, levando naturalmente à inovação e à melhoria dos cuidados de enfermagem.

Alguns autores defendem que a formação em serviço só é válida se for realizada em ambientes de formação profissional prática que integram acção e reflexão na acção, considerando esta como fonte de conhecimentos que se geram na própria acção.

Desta forma, e em conjunto com os restantes colegas de estágio foi implementado um projecto formativo no âmbito da Formação em Serviço, a realizar na UCC de Leça da Palmeira, que se tornou um valioso contributo na capacitação da equipa para uma prestação de cuidados de qualidade e cuidados baseados na evidência.

Os temas escolhidos para fazerem parte do Projecto Formativo surgiram de uma necessidade sentida pelos Enfermeiros inseridos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Leça da Palmeira, após um levantamento de necessidades efectuado através do preenchimento de um pequeno questionário, que foram posteriormente discutidos e decididos com a Coordenadora da UCC de Leça da Palmeira – Enf.^a Clara Soares.

Neste sentido, o tema considerado mais pertinente foi o “Cuidador Informal”, pelo défice de informação e estudos relacionados, e que foi subdividido em três temas, nomeadamente: as necessidades do Cuidador Informal (“*Cuidador Informal...Suas Necessidades*”); A importância do Cuidador como parceiro dos cuidados (“*Cuidador Informal...um parceiro no Cuidar*”) e o Burnout nos Profissionais de Saúde (“*Burnout...um estado emergente no Profissional de Saúde*”).

De referir ainda, que a Formação em Serviço constitui um dos programas delineados no âmbito do Plano de Acção da UCC de Leça da Palmeira.

Objectivos

O termo "objectivo" diz respeito a um fim que se pretende atingir. Sendo assim, neste ponto, serão apresentados os objectivos gerais, específicos e operacionais que serão o ponto de partida para a posterior descrição das estratégias e actividades do presente projecto formativo.

Objectivo Geral

- Aumentar o nível de conhecimentos dos Enfermeiros inseridos na ECCI de Leça da Palmeira sobre a temática – Cuidador Informal.

Objectivos Específicos

- Promover conhecimentos sobre as necessidades dos Cuidadores Informais;
- Instruir sobre a importância do Cuidador Informal como parceiro dos cuidados;
- Capacitar os Enfermeiros na adopção de comportamentos de prevenção do “Burnout” no Cuidador Informal.

Objectivos Operacionais

- Que 70% dos Enfermeiros inseridos na ECCI de Leça da Palmeira estejam presentes na Formação em Serviço;
- Que 70% dos Enfermeiros presentes adquiram conhecimentos sobre as necessidades dos Cuidadores Informais;
- Que 70% dos Enfermeiros presentes adquiram conhecimentos sobre a importância do Cuidador como parceiro dos cuidados;
- Que 70% dos Enfermeiros presentes adquiram conhecimentos sobre os comportamentos a adoptarem para a prevenção de situações de “Burnout”.

Estratégias / Actividades e Avaliação

➤ **Estratégias:**

- Realizar uma sessão formativa sobre a temática Cuidadores Informais, subordinada ao tema “Cuidadores Informais...As Suas Necessidades” (Anexo VI);
- Realizar uma sessão formativa sobre a temática Cuidadores Informais, subordinada ao tema “Cuidador Informal...um parceiro no Cuidar” (Anexo VII);
- Realizar uma sessão formativa sobre a temática Cuidadores Informais, subordinada ao tema “Burnout...um estado emergente no profissional de saúde” (Anexo VIII).

➤ **Actividades:**

Para cada uma das sessões Formativas delineadas anteriormente como estratégia, serão efectuadas as seguintes actividades:

- Selecção de datas;
- Divulgação da Sessão Formativa;
- Preparação da Temática;
- Preparação do local de acção;
- Selecção de conteúdos;
- Realização da Sessão Formativa;
- Avaliação da Sessão Formativa.

Avaliação

Os indicadores seguidamente apresentados, são referentes a cada uma das temáticas de formação acima apresentadas.

Indicador de Actividade

Indicador de Actividade	Construção do indicador	Avaliação		
		1	2	3
Percentagem de Enfermeiros da ECCI presentes na Sessão Formativa	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros da ECCI presentes}}{\text{n}^\circ \text{ total de enfermeiros ECCI}} \times 100$	$\frac{5}{6} \times 100 = 83,3\%$	$\frac{6}{6} \times 100 = 100\%$	$\frac{5}{6} \times 100 = 83,3\%$

Quadro nº4 – Indicadores de Actividade do Projecto Formativo

Indicador de Resultado

Indicador de Resultado	Construção do indicador	Avaliação		
		1	2	3
Percentagem de Enfermeiros que adquiriram conhecimentos sobre a temática abordada	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros que adquiriram conhecimentos sobre a temática abordada}}{\text{n}^\circ \text{ de enfermeiros presentes na sessão formativa}} \times 100$	$\frac{4}{5} \times 100 = 80\%$	$\frac{5}{6} \times 100 = 83,3\%$	$\frac{4}{5} \times 100 = 80\%$

Quadro nº5 – Indicadores de resultado do Projecto Formativo

Nota: A obtenção do número de enfermeiros que adquiriram conhecimentos, resultou da aplicação de um questionário de avaliação de conhecimentos, antes e depois da formação.

Através da análise dos resultados apresentados podemos concluir que atingimos os objectivos preconizados inicialmente com este projecto.

3.4 – ”Projecto Viver Sem Fumo – Sim, Eu Posso Deixar de Fumar”

O hábito de fumar (tabagismo) é um acto voluntário de inalar o fumo da queima do tabaco, independentemente da qualidade, quantidade ou frequência, é considerado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) a principal causa de morte evitável em todo o mundo. O consumo de tabaco é, hoje, nos Países desenvolvidos, a principal causa de doença e de mortes evitáveis, sendo responsável por cerca de 20% do total de mortes verificadas anualmente nos países desenvolvidos. Com base nas estimativas, efectuadas por Richard Peto e colaboradores, morrem anualmente no nosso País, por doenças relacionadas com o consumo de tabaco, mais de 8 500 pessoas.

Uma vez iniciado o consumo de tabaco, rapidamente se transforma numa dependência (física e psíquica). Esta dependência é provocada por uma droga psicoactiva - a nicotina - presente na folha do tabaco. Numerosos estudos epidemiológicos confirmam a associação entre o consumo de tabaco e uma maior probabilidade de se virem a contrair numerosas doenças, com particular destaque para o cancro, para as doenças do foro respiratório e do aparelho circulatório. Acresce que o tabagismo não só é factor de risco para o próprio fumador, mas também para todos aqueles que, não sendo fumadores, vivem habitualmente em espaços poluídos pelo fumo do tabaco. Em termos globais, cerca de 20% da população de Portugal Continental, com mais de 10 anos, é fumadora. O controlo global do tabagismo inclui a prevenção da iniciação ao hábito de fumar, a eliminação das fontes de exposição involuntária ao fumo do tabaco e o apoio/promoção aos programas de abandono do tabaco.

Desta forma, o projecto “Viver Sem Fumo – Sim Eu Posso Deixar de Fumar”, demonstrou-se bastante pertinente, sendo que foi aplicado na freguesia de Santa Cruz do Bispo, em parceria com várias entidades como a junta de Freguesia de Santa Cruz do Bispo, o Centro de Saúde de Santa Cruz do Bispo, a ULS de Matosinhos EPE e o Centro de Dia de Santa Cruz do Bispo, sendo a população alvo do presente projecto de intervenção constituída pelos indivíduos adultos de Santa Cruz do Bispo.

O projecto de intervenção, por mim executado, esteve relacionado essencialmente com a divulgação, junto da população alvo, dos recursos da comunidade existentes e estratégias dirigidas á cessação tabágica.

Com a implementação deste projecto de intervenção foram atingidos os seguintes objectivos:

Objectivos gerais:

Promover a adopção de um estilo de vida saudável sem tabaco.

Os Objectivos específicos atingidos foram:

- Informar sobre os apoios da comunidade para a cessação do consumo tabagico;
- Informar sobre a forma de acesso aos apoios da comunidade para a cessação do consumo tabagico;
- Advogar a importância da adopção de um estilo de vida saudável sem tabaco;

Foram também atingidos os seguintes Objectivos operacionais/ metas:

- Realizar pelo menos uma Sessão de Educação para a Saúde - “*Sim, nós podemos deixar de fumar*” até Janeiro de 2011;
- Que pelo menos 0,5 % dos utentes (população alvo) estejam presentes na Sessão de Educação para a Saúde - “*Sim, nós podemos deixar de fumar*”;
- Que pelo menos 0,5 % dos utentes (população alvo) estejam presentes no evento “*Viver sem Fumo*”;
- Que pelo menos 20 % dos utentes (população alvo) adquiram conhecimentos na sessão de Educação para a Saúde - “*Sim, nós podemos deixar de fumar*” até Janeiro de 2011;

O atingir de todos os objectivos anteriormente enumerados implicou a utilização de diversas estratégias e actividades de intervenção , nomeadamente:

Estratégias:

- Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde subordinada ao tema “ *Sim, nós podemos deixar de fumar*”(Anexo IX), suportada pela realização de um panfleto informativo(Anexo X);

Actividades:

- Divulgação do projecto e respectivos objectivos à equipa multidisciplinar;
- Pedido de colaboração à equipa multidisciplinar;
- Realização e entrega de ofícios às entidades envolvidas;
- Pedido de patrocínios;
- Elaboração de folhetos/cartazes que expressem as actividades planeadas;
- Convocação da população-alvo para o evento “*Viver sem Fumo*”, através da exposição de cartazes informativos em locais estratégicos;
- Elaboração e entrega à população-alvo, após sessão de educação para a saúde, de documentos informativos relativos à temática;
- Elaboração de posters e panfletos como suporte informativo para a população-alvo.
- Elaboração do planeamento das sessões educativas e construção dos diapositivos constituintes da sessão educativa.

Avaliação:

A avaliação do presente projecto foi efectuada através de dois tipos de indicadores: os indicadores de resultado ou de impacto que pretendem medir a alteração verificada num problema de saúde ou a dimensão actual desse problema, e os indicadores de actividade ou de execução, que por sua vez, pretendem medir as actividades desenvolvidas com vista a atingir um ou mais indicadores de resultado.

Seguidamente, e tendo em conta os objectivos operacionais delineados, serão apresentados os indicadores de actividade e resultado emergentes.

Indicadores de Actividade:

Indicador de Actividade	Construção do indicador	Avaliação
Nº de Sessões de Educação para a Saúde - “ <i>Sim, nós podemos deixar de fumar</i> ” efectuadas.	nº de Sessões de Educação para a <u>Saúde efectuadas</u> nº de Sessões de Educação para a Saúde planeadas	$\frac{1}{1} = 1$
% de utentes presentes na Sessão de Educação para Saúde - “ <i>Sim, nós podemos deixar de fumar</i> ”	nº de utentes presentes na Sessão de <u>Educação para a Saúde</u> $\times 100$ nº de utentes convocados para a Sessão de Educação para a Saúde	$\frac{25}{3469} \times 100 = 0,72\%$
% de utentes presentes no evento “Viver sem Fumo”	nº de utentes presentes no evento <u>“Viver sem Fumo”</u> $\times 100$ nº de utentes convocados para o evento “Viver sem Fumo”	$\frac{25}{3469} \times 100 = 0,72\%$

Quadro nº6 – Indicadores de Actividade do Projecto “Viver Sem fumo”

Indicadores de Resultado:

Indicador de Resultado	Construção do indicador	Avaliação
% de utentes que adquiriram conhecimentos sobre os apoios da comunidade para a cessação tabágica na Sessão de Educação para a Saúde - “ <i>Sim, nós podemos deixar de fumar</i> ”	$\frac{\text{n}^\circ \text{ de utentes que adquiriram conhecimentos na Sessão de Educação para a Saúde}}{\text{n}^\circ \text{ de utentes presentes na Sessão de Educação para a Saúde}} \times 100$	$\frac{10}{25} \times 100 = 40\%$

Quadro nº7 – Indicadores de Resultado do Projecto “Viver Sem Fumo”

Nota: A obtenção do número de utentes que adquiriram conhecimentos, resultou da aplicação de um questionário de avaliação de conhecimentos, antes e depois da formação.

Apesar de todos os objectivos delineados terem sido conseguidos, podemos concluir que existe necessidade de uma abordagem global e compreensiva que tenha em linha de conta todas as implicações, que se socorra de estratégias diversificadas, e que inclua medidas orientadas para o enquadramento económico e social da questão, a par de medidas orientadas para a esfera dos comportamentos e dos estilos de vida individuais. Assim, as estratégias de informação e educação para a saúde relativas ao Tabagismo são de fraca efectividade, se não forem acompanhadas de outro tipo de medidas de carácter estrutural.

4 – ANÁLISE CRÍTICA DO ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA – MÓDULO III

Este relatório não é mais que uma análise crítico reflexiva, do decurso deste estágio e de todo o percurso profissional e de vida, uma vez que como pessoas que somos, a separação estanque das várias áreas se torna impossível. Sendo assim, neste relatório iremos proceder a uma análise crítico reflexiva das actividades projectadas, onde pretendemos expor sentimentos, expectativas, experiências e contributos para o processo formativo e para a comunidade.

A Enfermagem é um trabalho que requer ideias, valores, conhecimentos e destreza manual, mas essencialmente interesse pelas pessoas e a faculdade de as compreender e ajudar. Watson realça o papel fulcral da interacção enfermeiro/cliente.

Esta experiência do estágio de Intervenção Comunitária, possibilitou-nos um conhecimento profundo desta comunidade, através do contacto com as suas diferentes realidades. Contribuiu para fortificar a defesa pela importância da intervenção global e contínua no seio familiar e domiciliário, onde é possível uma avaliação holística e integral da dinâmica familiar, sua integração e relacionamentos interpessoais e na comunidade onde estes se inserem. Facilita uma intervenção mais eficiente, ajudando o utente/família no seu ambiente, a desenvolver suas estratégias de coping, a tornar-se mais independente e seguro nas suas actividades de vida diárias, nas decisões e resolução de problemas; através do cuidar, na vertente de curar, apoiar, educar, orientar, em todas as situações e fases do ciclo de vida. Esta interacção Enfermeiro/Utente/Família é intencional, centrada na pessoa, com a finalidade de contribuir para o bem-estar e permitindo o crescimento profissional, tendo por isso o “cuidar” como o seu princípio fundamental.

Durante o nosso desempenho e actuação ao longo de todo o estágio, foi nossa finalidade atingir os objectivos delineados para o mesmo, que sem dúvida é contribuir para elevar a qualidade de vida da população alvo da nossa intervenção.

No relacionamento com os utentes e familiares, tentamos sempre responder às necessidades detectadas, respeitando-os, tendo presente que estamos perante pessoas e como tal, a sua dignidade como seres humanos deve ser respeitada. Agir em conformidade com os nossos valores, os valores da profissão e os valores das pessoas às

quais nos dirigimos, foram a base de toda a nossa actuação. De acordo com o relatado, Luckmann afirma a importância do respeito pelos valores pessoais e da sociedade; esta é também a minha opinião e neste sentido em todos os nossos actos, desenvolvemos e demonstramos competências aprofundadas, no relacionamento terapêutico do respeito pelas crenças e cultura do cliente/família e comunidade. Sendo assim, consideramos que foram desenvolvidas competências a nível relacional (relação interpessoal enfermeiro/utente/família/comunidade), conseguindo-se estabelecer uma relação terapêutica eficaz com os utentes. Foi crucial o estabelecimento de uma relação de empatia, entre o profissional e o utente/família, baseada em sentimentos de compreensão, confiança e afecto, o que se conseguiu através do diálogo e demonstração de disponibilidade.

Ao longo do nosso percurso profissional e no desempenho diário da nossa função, temos melhorado continuamente a capacidade de lidar com questões éticas e problemas/questiones sociais complexos. Atitudes responsáveis e maturidade, tornou possível a sua resolução, tendo como alvo o melhor para o utente/família e comunidade. Como pilar fundamental de toda a actuação e intervenção, no percurso do nosso estágio e na execução deste relatório, assim como em todo o acto de enfermagem, esteve a capacidade de auto reflexão crítica, na e sobre a prática desenvolvida e a aplicação de todos os conhecimentos (científicos e técnicos) e capacidades, no âmbito da Saúde Comunitária, no cuidado ao utente e na diminuição da sobrecarga do Cuidador, no domicílio e na comunidade; com uma atitude de avaliação da adequação dos diferentes métodos de análise. O objectivo fulcral desta postura é a satisfação do utente, a prestação de cuidados de qualidade, com o intuito de tornar o utente cada vez mais responsável pela sua saúde e mais autónomo. Consideramos indispensável reflectir sobre comportamentos e formas de agir, sendo estes, momentos construtivos e constituindo-se como um processo de aprendizagem e motivação, que nos ajuda a fazer cada vez melhor, sendo só assim possível reconhecer falhas, mudar atitudes, utilizar novas estratégias, resultados de investigação validados e melhorar progressivamente, para fazer face às necessidades específicas e crescentes desta população no seu contexto multidimensional (família e comunidade envolvente). Por isso, tivemos a preocupação de analisar investigações realizadas por outros profissionais sobre o tema em estudo, de forma a acrescentar algo de novo e promover ganhos em saúde e em conhecimentos. Investimos na compreensão da dinâmica familiar, identificando problemas complexos e situações novas, com urgência na sua dissipação, demonstramos capacidade para reagir

nessas situações imprevistas, com tomada de decisão responsável e fundamentada, baseada na evidência científica. Sempre que a situação o exigiu, estas foram comunicadas, com o intuito de, em equipa multiprofissional e interdisciplinar, recorrendo também aos parceiros sociais, quando necessário; desenvolver estratégias de resolução dos problemas, no sentido da concretização de objectivos terapêuticos do utente/família, para atender de forma holística e permitir a obtenção da mais elevada qualidade de vida possível. A articulação com os parceiros sociais é fundamental, no trabalho com e na Comunidade.

Este estágio constituiu uma experiência muito enriquecedora e apesar de curto, para a implementação de tudo que poderia ser feito, a concretização do projecto executado, foi muito gratificante. Com empenho e dinamismo pensamos ter atingido os objectivos pessoais e os propostos, aquando da sua realização, com a propósito de actuar nos problemas prioritários identificados, promovendo a saúde da população alvo, aumentando a qualidade de vida e contribuindo para a prevenção de complicações/doenças. Foi exequível também, a promoção do envolvimento e colaboração da equipa de enfermagem, na implementação do projecto e na sua continuidade, alargando-o às diversas Instituições, assim como a outros profissionais e parceiros sociais. No entanto, consideramos que há ainda muito a fazer a nível da Comunidade em estudo; este foi apenas o ponto de partida de um grande percurso.

O local onde foi realizado o estágio de Intervenção Comunitária, proporcionou-nos oportunidades para aplicar/desenvolver competências nas áreas a que se referiam os objectivos do mesmo e para o qual nos dirigimos, com a finalidade de os atingir, especialmente na área da Saúde Comunitária. Reconhecemos toda a disponibilidade, ajuda e colaboração necessária e sempre que solicitada, quer da Equipa de Enfermagem, quer de todos os profissionais de saúde e parceiros sociais da comunidade de Leça da Palmeira, onde efectuamos o nosso percurso de estágio. Este envolvimento contribuiu igualmente, para o desenvolvimento pessoal e profissional de outros profissionais, através da sua participação e colaboração na implementação do projecto e nas actividades efectuadas, com ganhos em conhecimento e competências para os profissionais envolvidos e para a população alvo do mesmo. O auto desenvolvimento pessoal e profissional de forma contínua e autónoma é algo que também procuramos aperfeiçoar ao longo de todo o nosso percurso de vida.

A nossa dedicação a este projecto (com todas as intervenções inerentes), permite-nos desenvolver/aplicar competências na área da gestão e da liderança e supervisão de

grupos profissionais, no sentido do seu desempenho eficaz, indo de encontro aos objectivos pretendidos.

Promover mudanças comportamentais (sempre que estas constituam um risco), capacitando as pessoas de competências para decidirem conscientemente, com autonomia e responsabilidade pelos seus actos e pela sua saúde, respeitando também a saúde dos outros; é sem hesitação a razão de ser do nosso empenho e fez parte integrante das várias intervenções efectuadas ao longo deste estágio e ao longo de toda a nossa intervenção profissional.

A realização das visitas domiciliárias, possibilitou a promoção da saúde e prevenção da doença, com identificação dos ganhos em conhecimentos e em saúde; verificamos sinais e factores de risco; identificamos problemas na integração familiar do utente; ajudamos a família no desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas; observamos as necessidades prioritárias e analisamos a capacidade de as ultrapassar. Sempre que possível e necessário foram reunidos esforços e efectuadas actividades para atingir esse fim. Das visitas domiciliárias, emergiram os dados obtidos sobre o utente e família, através da aplicação dos formulários. Esta intervenção domiciliária repercutiu-se na qualidade dos cuidados prestados e na qualidade de vida do utente, além de atenuar a sobrecarga do cuidador, sentindo-se este, apoiado, mais seguro e confiante.

A avaliação da evolução da sobrecarga, nas visitas domiciliárias, permitiu-nos verificar que mesmo nas situações de dependência, existem sempre estratégias a implementar com a colaboração da família, para melhora-la, assim como a sua qualidade de vida. Concluímos também, que com apoio e empenho é possível diminuir os níveis de sobrecarga dos cuidadores; este objectivo era primordial e foi atingido com destreza e dedicação, o que nos proporcionou grande contentamento e orgulho.

Este estágio permitiu elevar de forma contínua a capacidade de iniciativa, criatividade, comunicação e desempenho, em todo o acto de cuidar e na relação com os outros. Desenvolvemos capacidades de compreensão aprofundada, no desempenho da actividade profissional, na relação com os outros e com a comunidade envolvente, na resolução de problemas abrangentes e complexos, numa perspectiva profissional avançada, com aplicação da evidência e resultados de estudos de investigação na prática, objectivando a sua melhoria progressiva, em prol do bem-estar do utente/comunidade. Possibilitou também, desenvolver/aperfeiçoar e aplicar competências na área da Educação Para a Saúde, em grupo, e individualmente, através da realização de sessões formativas aos utentes, família e cuidadores e da realização de

rastreios (espirometria e avaliação nível monóxido de carbono e nível de colesterol) e sessões de sensibilização à Equipa de Enfermagem, incentivando e promovendo a sua colaboração e envolvimento, assim como a de outros profissionais de saúde, da população em geral e dos parceiros sociais.

A nossa actuação neste projecto, no âmbito da Saúde Comunitária, foi muito benéfica, pois houve uma grande envolvimento e aderência da população (utentes/famílias/cuidadores), tornando exequível a realização do mesmo, quer no domicílio (dependentes), quer na comunidade, possibilitando atingir os objectivos delineados.

Tornou-se essencial para a concretização deste estágio, adquirir a capacidade de utilizar de modo planeado e eficaz, todos os recursos da sociedade, de forma a promover, melhorar e recuperar a saúde da população, de acordo com as necessidades reais e com a participação da mesma. Assim, foi imprescindível colaborar em todas as funções de enfermeiro de Saúde Comunitária, executando as actividades e tarefas compreendidas no âmbito das suas competências, associando outras competências adquiridas e aplicadas neste mestrado.

Este relatório facilitou a exposição dos contributos da nossa intervenção, com factores potenciadores e favorecedores do aumento da qualidade de vida desta população. Tendo em conta o conseguido e a concretização dos objectivos pré definidos, pensamos que este estágio proporcionou reflexos positivos e ficamos gratificadas com os resultados obtidos.

Agradecemos a participação e colaboração de toda a Equipa de Enfermagem e da população em estudo, que se mostrou sempre receptiva e disponível. Agradecemos ainda a colaboração, empenho e apoio da enfermeira tutora do estágio, que permitiu a sua realização de forma enriquecedora.

Concluimos com grande satisfação e realização pessoal, que todo o trabalho realizado até ao momento surtiu efeitos positivos em todos os envolvidos.



5 – CONCLUSÃO

Face a uma sociedade cada vez mais exigente a nível da qualidade dos cuidados prestados, procura-se que esta passe de um papel muitas vezes passivo ou simplesmente de utilizador de cuidados e venha a desempenhar cada vez mais um papel activo e influente na melhoria das suas condições de saúde, ou seja, que se responsabilize pela sua saúde, pelas suas decisões, que se repercutam na melhoria da qualidade dos Serviços de Saúde e da saúde da população em geral. A Educação Para a Saúde, surge como um meio facilitador para a participação efectiva do utente, pois é um processo interactivo, reconhecido e aceite pelas comunidades, devendo adquirir-se uma postura activa, participativa e de parceria, no esforço da melhoria, para a sua própria satisfação e da comunidade.

A sociedade actual caracteriza-se pelo envelhecimento demográfico transversal e esta realidade afecta também Portugal. Associado ao envelhecimento surgem várias patologias crónicas e incapacidades, dentro das mais frequentes, o aparecimento de úlceras de Pressão tem um papel crucial, pelas consequências e implicações que provoca. Nestas situações deparamo-nos frequentemente com um problema familiar, que exige intervenção.

Assim, reflectindo sobre a nossa realidade, na comunidade de Leça da Palmeira, este facto constatado não é diferente, e pelo impacto que causa nos serviços de saúde, sociais e especificamente no contexto familiar, levou-nos a intervir nesta população específica.

Consideramos primordial um investimento na qualidade de vida dos utentes, no contexto familiar. A Direcção Geral de Saúde enfatiza a importância de promover a saúde ao longo da vida, para prevenir ou retardar situações de doença ou dependência.

De acordo com o referido foi nossa intenção, através de Educações Para a saúde ao utente, família/cuidador informal e comunidade em geral, promover a saúde e prevenir a doença. A realização de campanhas e rastreios de sensibilização, também fizeram parte das nossas actuações/actividades.

Neste sentido a intervenção com visitas domiciliárias aos utentes e seus respectivos cuidadores, foi uma das actividades mais gratificantes do projecto implementado. Permitiu intervir na família e com a família, de forma a promover o aumento da



qualidade de vida do utente, a redução da sobrecarga do cuidador e identificar ganhos em conhecimentos no cuidador informal principal.

De uma forma geral, todos os profissionais de saúde, estabeleceram connosco uma relação de ajuda, que favoreceu o desenvolvimento do percurso de estágio, com sucesso. A realização deste estágio permitiu o aperfeiçoamento de competências e facilitou a aplicação de conhecimentos e capacidades adquiridas ao longo da formação académica e ao longo do percurso profissional e de vida, no cuidado ao utente/família/cuidador informal. O estágio facultou, além do desenvolvimento pessoal e profissional, o das organizações envolvidas, assim como a adaptação às inovações que advém do mundo em constante mudança e na prossecução da elevação da qualidade nos cuidados prestados aos utentes/famílias/comunidades. Julgamos também ter conseguido oferecer um cuidar integral com empenho e competência, aos utentes alvo dos nossos cuidados, estabelecendo uma relação de abertura, disponibilidade, dedicação e empatia, em todos os contactos, numa relação de confiança.

A implementação das actividades que havíamos planeado proporcionou-nos momentos de enriquecimento, que permitiram o desenvolvimento de competências de iniciativa, criatividade, dinamismo, autonomia e partilha.

A execução deste relatório possibilitou transparecer a importância de formar profissionais mais competentes, não apenas no sentido de maior competência técnico-científica e sócio-relacional, mas no sentido de competência estratégica, ou seja, saber agir em situação, que sem dúvida é o que a comunidade que a nossa realidade apresenta necessita, para que se torne possível a resolução de problemas cada vez mais complexos, imprevistos e com uma exigência alargada de saberes. A reflexão crítica foi a base da execução deste relatório e de toda a nossa actuação.

Ser enfermeiro é ser competente e neste sentido caminhamos na sua direcção. A competência entendida de uma forma holística e interactiva, concebendo-se como um conjunto de capacidades, conhecimentos, comportamentos, níveis de adequação, intenções, motivos e atitudes, que foram aplicadas em todas as intervenções efectuadas.

Durante o relacionamento com os utentes e seus familiares, respeitamos e protegemos o utente na sua dimensão bio-psíco-social e cultural, tentando agir em conformidade com os nossos valores e os valores e crenças das pessoas às quais nos dirigíamos, constituindo-se o pilar basilar de toda a nossa actuação. Todas as capacidades adquiridas e desenvolvidas até ao momento, foram utilizadas, aplicadas e baseadas na evidência científica, com a finalidade de atingir os objectivos preconizados, para este

momento formativo/avaliativo, esperando ir de encontro às expectativas da equipa pedagógica e dos objectivos do estágio.

Nesta perspectiva, ao longo do relatório foi feita inicialmente uma contextualização do Estágio de Intervenção Comunitária, seguindo-se a apresentação do projecto de estágio, com referência à forma como o projecto de Intervenção Comunitária foi executado e como as actividades foram planeadas, executadas e avaliadas, explicando as estratégias utilizadas. Na avaliação, apresentamos os resultados obtidos neste curto período de tempo, evidenciando as metas atingidas. Por último, fizemos uma análise crítica do nosso desempenho ao longo do percurso de estágio e do nosso percurso profissional e pessoal.

Tendo em conta a complexidade do trabalho realizado, foram sentidas algumas dificuldades, nomeadamente as relacionadas com o ajustamento do período temporal para a execução das actividades implementadas no projecto e o tempo definido para o estágio. A elaboração e concretização deste relatório, documento elementar para demonstrar de forma clara e sucinta o caminho percorrido e metas conseguidas, também fizeram parte integrante das contrariedades vivenciadas. É de salientar que as dificuldades foram sendo esbatidas com empenho, dinamismo, dedicação, motivação, pesquisa bibliográfica, confrontação dos conteúdos com a realidade com que nos deparamos e orientação proporcionada. No entanto, estamos cientes que o percurso iniciado está revestido pelo inacabamento, algo intrínseco ao nosso ser pessoal e profissional.

O trabalho na Comunidade é sem dúvida muito exigente, não só para nós, como profissionais de saúde, mas também como pessoas. Mas todo este esforço se torna mínimo, quando olhamos para trás e constatamos que todo o trabalho realizado produziu resultados positivos para essa comunidade. Contribuímos para melhorar a qualidade de vida da população, sendo esta a razão de ser de toda a nossa actividade.

Assim, tendo em conta a partilha propiciada por todos os momentos de reflexão, demonstramos sempre interesse pelo nosso processo formativo e aceitamos a crítica como momentos construtivos, pois consideramos que são factores importantes no nosso processo de aperfeiçoamento constante e promotores de um desempenho profissional, num crescendo de qualidade.

Muitas foram as interrogações e dificuldades com que iniciamos esta viagem. Todavia muitas outras serão as que nos acompanharão ao longo do nosso caminho... Assim, tentamos elaborar o relatório de uma forma sintética e objectiva, com o desejo de que a

sua leitura seja capaz de transparecer uma imagem positiva do percurso efectuado no estágio, ficando a sensação de que tudo é pouco perante o ser Humano na sua complexidade intrínseca e na panaceia de necessidades que a doença e o envelhecimento provocam.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros, a excelência do exercício profissional nunca é accidental, exige compromisso e dedicação. É um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento, cabe a cada enfermeiro, quer individualmente, quer em colectivo, no contexto do seu exercício assumir este compromisso, reflectindo, analisando e prosseguindo diariamente na busca da excelência do exercício. Logo consideramos que as intervenções efectuadas no âmbito do Estágio de Intervenção Comunitária, foram pertinentes e contextualizadas, uma vez que tiveram como base os dados obtidos nas várias Instituições relacionadas com esta problemática e a opinião dos peritos e superiores hierárquicos das referidas Instituições. Portanto este estágio foi o mote para a concretização dos projectos referidos

6 – BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Maria do Rosário – A participação dos enfermeiros na promoção da saúde. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. 10 (2003) 48.

AZEVEDO, Carlos; GONÇALVES, Ana – Metodologia Científica: Contributos Práticos para a Elaboração de Trabalhos Académicos. 8.^a ed. Lisboa: Universidade Católica, 2006.

CASIMIRO, Fernando S. – Os conceitos de Família e Núcleo Familiar nos Recenseamentos da População em Portugal. Revista de Estudos Demográficos. INE, 33 (2003) 5-21

CERQUEIRA, Manuela – O Cuidador e o Doente Paliativo. Coimbra: Formasau, 2005.

CONSELHO DE ENFERMAGEM – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.6 (2002).

CONSELHO DE ENFERMAGEM – Rede de Cuidados de Saúde Primários: modelos de gestão dos Centros de Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 12 (2004).

ELIOPOULOS, Charlotte – Enfermagem Gerontológica. 5.^aed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

FORTIN, Marie Fabienne – O Processo de Investigação: da Concepção à realização. Edições Técnicas e Científicas: Lusociência, 1999.

HOEMAN, Sirley P. – Enfermagem de reabilitação: aplicação e processos. 2^a ed. Lisboa: Lusociência, 2000.

HANSON, Shirley – Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família: Teoria, Prática e Investigação. 2.^a ed. Camarate: Lusociência, 2005.

HENNEZEL, Marie de – Diálogo com a Morte. 4.^a ed. Lisboa: Editorial Notícias, 2000.

HOEMAN, Sirley P. – Enfermagem de reabilitação: aplicação e processos. 2.^a ed. Lisboa: Lusociência, 2000.

IMAGINÁRIO, Cristina – O idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau, 2004.

IMPERATORI, Emílio – Diagnóstico de Situação. In IMPERATORI, Emílio e GIRALDES, Maria do Rosário – Metodologia do Planeamento da Saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3.^a ed. ver. e act. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 1993.

LAGE, Maria Isabel – Saúde e Envelhecimento: Os Idosos e os seus Cuidadores. In LEAL, Isabel; CABRAL, Inês Pina; RIBEIRO, José Luís – Actas do 4.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Lisboa: ISPA, 2002.

PACHECO, Susana – Cuidar a Pessoa em fase Terminal: perspectiva ética. 1.^a ed. Loures: Lusociência, 2002.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco – Autonomia e Independência. In: NETTO, Matheus Papaléo – Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 2000.

PAUL, Constança; FONSECA, António – Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados. Manuais Universitários 42. 1.^a ed. Lisboa: Editores Climepsi, 2005.

PIMENTEL, Luísa – O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias. Oeiras: Quarteto, 2001.

PIRES, A. M. L. – Cuidar em Fim de Vida: aspectos éticos. Cadernos de Bioética. Coimbra. 25 (2001).

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde: orientações estratégicas para 2004-2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004, Vol. II.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde – Programa Nacional para a Saúde dos Idosos. Despacho Ministerial. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004.

PORTUGAL. Ministério da saúde. Direcção-Geral da Saúde – Plano Nacional de Saúde: prioridades para 2004-2010. Lisboa: Direcção Geral de Saúde, 2004.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Decreto-Lei n.º101/2006 de 6 de Junho, 109, série I-A.2006.

PORTUGAL. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados – Enquadramento das Unidades de Reabilitação de AVC. Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social. Lisboa: Imprensa Nacional, 2007.

PORTUGAL. Unidade de Missão – Resumo Relatório de Monitorização da Implementação das Experiências Piloto da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Cuidados Continuados, Saúde e Apoio Social. Lisboa: Imprensa Nacional, 2007.

RICE, Robyn – Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários: Conceitos e aplicação. 3.^a ed. Loures: Lusociência, 2004.

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA Anabela; BARROSO Teresa – Educação para a saúde – Formação pedagógica de educadores de saúde. Coimbra: Formassau, 2005.

SEQUEIRA, Carlos – Cuidar de Idosos Dependentes: Diagnósticos e Intervenções. 1.^a ed. Coimbra: Editora Quarteto. Coleção Enfermagem, 2007.

TAVARES, A. – Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde, 1990.

WRIGHT, Lorraine, M; LEAHEY, Maureen – Enfermeiras e Famílias: Um Guia para Avaliação e Intervenção na Família. 3.^a ed. São Paulo: Roca, 2002.



Anexos



Anexo I



**DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA POPULAÇÃO INTEGRADA NA ECCI DE LEÇA DA
PALMEIRA**

FORMULÁRIO

Maió 2010

Formulário nº _____

Código de Utente _____

Entrevistador _____

QUEM RESPONDE AO FORMULÁRIO (ASSINALE APENAS UMA)

- 1 – O próprio
- 2 – Familiar ou pessoa significativa
- 3 – Prestador de cuidados

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

EM CASO DE NÃO REALIZAÇÃO ESPECIFICAR O MOTIVO

- 1. Família ausente
- 2. Recusa
- 3. Interrompida/incompleta
- 4. Outros (especifique) _____

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Termo de Consentimento Livre e Informado

Hélder Correia, Sandrina Nogueira e Sara Machado, enfermeiros (os) e aluno (as) da Universidade Católica Portuguesa, actualmente a frequentar o Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária, para a obtenção do Grau de

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, encontram-se presentemente a desenvolver o Estágio de Enfermagem Comunitária na Unidade de Cuidados na Comunidade de Leça da Palmeira (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), sob orientação da Prof. António Festa e da Enf.^a Especialista Clara Soares.

Através do presente questionário, temos como principal objectivo caracterizar os utentes que pertencem á Equipa de Cuidados Continuados Integrados e identificar os principais problemas de saúde que afectam esta população.

Neste sentido, gostaríamos de lhe pedir a sua ajuda e colaboração, respondendo ao questionário em anexo. Importa acrescentar que os dados recolhidos serão trabalhados com a máxima confidencialidade e anonimato dos participantes, sendo utilizados unicamente no âmbito deste estudo de investigação.

Solicito-lhe, por conseguinte, caso esteja de acordo em participar, que dê o seu consentimento, assinando esta folha.

Com os melhores cumprimentos e gratos pela colaboração.

Os investigadores responsáveis:

Helder Correia, Sara Machado e Sandrina Nogueira

O Colaborador:

A – Informações Gerais

- 1- Idade: **1-** 18 a 35 () **2-** 36 a 55 () **3-** 56 a 65 () **4-** >65 ()
- 2- Naturalidade: **1** - Portuguesa () **2** - Outra ()
- 5- Género: **1-** M () **2-** F ()
- 6- Religião: **1-** Cristão() **2-** Muçulmano() **3-** Judeu() **4-** Ateu() **5-** Outros()
- 7- Estado civil: **1-** Casado () **2-** Solteiro() **3-** Viúvo() **4** - Divorciado() **5** - União de Facto()
- 8- Procedência: **1-** Hospital() **2-** Lar() **3-** Casa() **4-** Outros () _____
- 9- Diagnóstico Médico: **1-** Doença Oncológica: Sim() Não()
2- Doença Vascular: Sim() Não() **3-** Doença Neurológica: Sim() Não() **4** -
Doença Cardíaca: Sim() Não() **5-** Doença Respiratória: Sim() Não() **6-**
Doenças osteoarticulares () **7-** Outras ()

B – Avaliação do Utente:
B.1-Mini Mental State Examination

1- Orientação: (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos?

Em que mês estamos?

Em que dia do mês estamos?

Em que dia da semana estamos?

Em que estação estamos?

Em que país estamos?

Em que distrito estamos?

Em que terra vive?

Em que casa estamos?

Em que andar estamos?

Nota: _____

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

“Vou dizer três palavras, queria que as repetisse, mas só depois de as dizer todas; procure ficar a sabe-las de cor”

Pêra

Gato

Bola

Nota: _____

3- Atenção e cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas.

Parar ao fim de 5 cinco respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30-3 e depois ao número encontrado volta a tirar três e repete assim até dizer para parar”

27_24_21_18_15_

Nota: _____

4-Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”

Pêra_____

Gato_____

Bola_____

Nota: _____

5-Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a) “Como se chama isto?” Mostrar objectos:

Relógio_____

Lápis_____

b) “Repita a frase que eu vou dizer: “o Rato roeu a rolha”_____

c) “ Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa”, dar a folha segurando com as duas mãos

Pega com a mão direita_____

Dobra ao meio_____

Coloca onde deve_____

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

Fechou os olhos_____

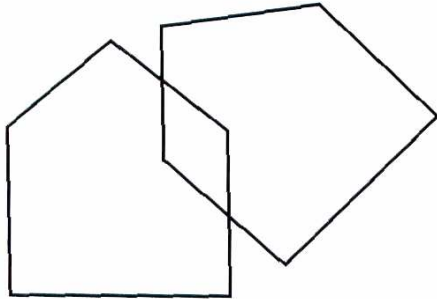
e) “Escreva uma frase inteira aqui” deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: _____

6 – Habilidade construtiva (1 ponto pela cópia correcta)

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



Cópia:

Nota: _____

TOTAL: (máximo de 30 pontos) _____

Classificação:

Mini-Mental Score	Status Cognitivo	Fatores Associados
24 a 30	Nenhum comprometimento cognitivo	Paciente com escolaridade maior de 8 anos (25 a 28 pontos pode indicar comprometimento.)
19 a 23	Comprometimento cognitivo leve	Paciente com escolaridade menor ou igual a 8 anos – escore menor que 19 é indicativo de perda cognitiva. Declínio nas AVD e AIVD pode ser um problema. Correlação entre o escore do Mini-Mental e o estatus funcional é

		extremamente importante.
11 a 18	Comprometimento cognitivo moderado	Demência clínica é tipicamente aparente. Perda das habilidades nas AVD é comum.
0 a 10	Comprometimento cognitivo é severo	Demência é avançada, efeito do nadir ou zero, torna o teste incapaz de monitorar pacientes com escore "zero" e mantém alguma cognição. Avaliação clínica deve focar as habilidades funcionais.

B.2- Escala de Graffar

Atribuir uma pontuação para cada um dos cinco critérios. Somar a pontuação e definir o escalão que a pessoa ocupa na sociedade.

A - Escolaridade:

- 1 – Ensino Universitário ou equivalente, Ensino Médio ou Técnico Superior
- 2 – Ensino Médio ou Técnico Inferior, Ensino Primário Completo
- 3 – Ensino Primário Incompleto ou nulo

B - Profissão:

- 1 – Directores, chefes e técnicos superiores, comerciantes
- 2 – Ajudantes técnicos e operários especializados
- 3 – Trabalhadores manuais ou operários não especializados

C - Fonte principal de rendimentos:

- 1 – Herdada ou adquirida, ou lucros empresariais
- 2 – Vencimento mensal fixo
- 3 – Pensão do regime contributivo/ não contributivo

D - Condições de Alojamento

- 1 – Casas ou andares espaçosos ou confortáveis.
- 2 – Casas ou andares modestos em bom estado de conservação, bem iluminados, com cozinha e WC.

3 – Alojamentos impróprios, pequenos e em mau estado de conservação, sem iluminação.

E - Local de residência

1 – Bom local/ zona salubre.

2 – Zona antiga.

3 – Bairro

TOTAL:

Classificação:

- Classe Alta: 5 a 7 pontos;
- Classe Média: 8 a 11 pontos;
- Classe Baixa: 12 a 15 pontos.

B.3 – Escala de Barthel

ACTIVIDADE	PONTUAÇÃO
1. Alimentação 0 = Dependente; 5 = Precisa de ajuda para cortar alimentos, barrar manteiga, etc; 10 = Independente: consegue alimentar-se utilizando talheres e completar a refeição num tempo aceitável.	
2. Higiene Pessoal 0 = Dependente; 5 = Independente: Lavar a cara, as mãos e os dentes, penteia-se e barbeia-se sozinho.	
3. Ir à casa de banho 0 = Dependente 5 = Precisa de ajuda para se sentar, segurar as roupas e usar papel higiénico 10 = Independente: consegue ir a casa de banho sem ajuda	
4. Tomar banho 0 = Dependente 5 = Independente: entra e sai da banheira/chuveiro e lava-se sem ajuda.	
5. Mobilidade (superfícies sem degraus) 0 = Dependente; 10 = Anda com ajuda de uma pessoa, consegue andar pelo menos 50 metros com uma pequena ajuda; 15 = Independente: consegue andar pelo menos 50 metros sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar próteses, canadianas, andarilhos.	
5.1 – Mobilidade com cadeira de rodas	

5 = Desloca-se de forma independente numa cadeira de rodas	
6. Deslocação (da cama para a cadeira de rodas e vice-versa) 0 = Dependente 5 = Consegue sentar-se, mas necessita de ajuda para se levantar da cama e transfere-se de / para a cadeira de rodas com grande necessidade de ajuda; 10 = Necessita de ajuda para se sentar, levantar ou sair da cama/cadeira, mesmo que se apenas ajuda verbal; 15 = Independente em todas as fases desta actividade.	
7. Subir ou descer as escadas 0 = Dependente 5 = Necessita de ajuda ou supervisão; 10 = Consegue descer e subir escadas em segurança sem ajuda ou supervisão de uma pessoa. Pode usar bengala, muletas, mas tem de ser capaz de as utilizar para subir e descer.	
8. Vestir-se e despir-se 0 = Dependente 5 = Precisa de ajuda para vestir-se, despir-se e apertar qualquer peça de vestuário; 10 = Consegue vestir-se, despir-se e apertar todo o vestuário e apertar os sapatos.	
9. Evacuar (controlo dos intestinos) 0 = Dependente. Incontinente ou precisa que lhe façam um enema regularmente; 5 = Necessita de ajuda para colocar um supositório, fazer um enema ou tem problemas ocasionais (máximo uma vez/ semana); 10 = Consegue controlar os intestinos	
10. Urinar (controlo vesical) 0 = Incontinente ou algaliado e incapacitado para gerir sozinho; 5 = Tem problemas ocasionais (máximo uma vez/24 horas), ou não consegue utilizar a sanita ou o urinol em tempo útil; 10 = Contínente ou algaliado mas com capacidade para gerir a algália sozinho, e permanecer seco dia e noite.	
<u>TOTAL:</u>	

Classificação:

- Independente – 100 pontos;
- Com dependência ligeira – de 91 a 99 pontos;
- Com dependência moderada – de 61 a 90 pontos;
- Com dependência grave – de 21 a 60 pontos;
- Totalmente dependente – de 0 a 20 pontos.



- 1- A pontuação na escala Barthel refere-se ao que os sujeitos fazem e não ao que eles recordam ter feito um dia;
- 2- O seu principal objectivo é saber o grau de independência em relação a qualquer tipo de ajuda (física ou verbal);
- 3- Se o sujeito não consegue ler o questionário, alguém o pode ler para ele. É permitido que algum amigo ou parente responda pelo sujeito (caso este esteja impossibilitado de responder);
- 4- Preferencialmente procure obter respostas relativas às últimas 48 horas, dependendo do caso, pode ser por períodos maiores.

B.4 – Escala de Braden

	1	2	3	4	Pontos
Percepção Sensorial: Habilidade de responder significativamente à pressão relacionada com o desconforto.	Completamente Limitado: Não responde a estímulo doloroso	Muito Limitado: Responde somente a estímulos dolorosos	Levemente Limitado: Responde aos comandos verbais, porém nem sempre consegue comunicar o desconforto.	Nenhuma Limitação: Responde aos comandos verbais.	
Humidade: Grau ao qual a pele está exposta à Humidade.	Constantemente Húmida: Detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	Muito Húmida: Os lençóis têm de ser mudados pelo menos 3 vezes por dia.	Ocasionalmente Húmida: Mudança de lençóis uma vez por dia.	Raramente Húmida: Pele geralmente seca.	
Actividade Física: Grau de actividade física.	Acamado: Mantém-se sempre no leito.	Restrito à cadeira: A habilidade de caminhar está severamente limitada ou inexistente.	Caminha Ocasionalmente: Caminha ocasionalmente durante o dia	Caminha Frequentemente: Caminha fora do quarto pelo menos duas vezes por dia	
Mobilidade: Habilidade de mudar e controlar as posições corporais	Completamente Imobilizado: Não faz nenhum movimento do corpo	Muito Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo	Levemente Limitado: Faz mudanças frequentes, embora pequenas, na posição do corpo	Nenhuma Limitação: Faz mudanças grandes e frequentes	
Nutrição: Padrão usual de ingestão alimentar	Muito Pobre: É raro quando come mais de 1/3 de qualquer comida oferecida. Come 2 porções ou menos de por dia. Toma pouco líquido.	Provavelmente Inadequado: Geralmente come somente metade de qualquer alimento oferecido. Inclui a ingestão de 3 porções de proteínas.	Adequado: Come mais da metade da maior parte das refeições. Ingerir um total de 4 porções de proteínas.	Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Come geralmente um total de 4 ou mais porções de proteínas.	
Fricção e Deslizamento	Problema: É Escorrega frequentemente na cama ou cadeira, leva a uma fricção constante.	Potencial para Problema: A maior parte do tempo mantém relativamente uma boa posição na cadeira ou na cama, ocasionalmente escorrega para baixo, levando a fricção.	Nenhum Problema Aparente: Mantém o tempo todo, uma boa posição na cama ou cadeira.		
				TOTAL	

Avaliação:

- Se score ≤ 12 Risco Elevado
- Se score 13 a 14 Risco Moderado
- Se score 15 a 16 Risco Mínimo
- Se score ≤ 16 Risco

C – Avaliação do Cuidador Informal

C.1 – Cuidador Informal

1- Grau de Parentesco: **1-** Cônjuge () **2-** Filho() **3-** Pai() **4-** Mãe () **5-** Outros()

2- Idade: **1-** 18 a 35 () **2-** 36 a 55 () **3-** 56 a 65 () **4-** >65 ()

C.2 - Escala de Zarit (Escala de sobrecarga do cuidador)

A Escala de Zarit é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modos se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Nº	Item	0 - Nunca	1- Raram ente	2- Alguna s vezes	3- Frequente mente	4-Sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a)					

	visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
		0- Nem um pouco	1-Um pouco	2- Modera damente	3-Muito	4- Extremam ente
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

Total:


Classificação:

Score	Sobrecarga
≤ 46	Ausência de Sobrecarga
47 - 55	Sobrecarga Ligeira
≥ 56	Sobrecarga Intensa

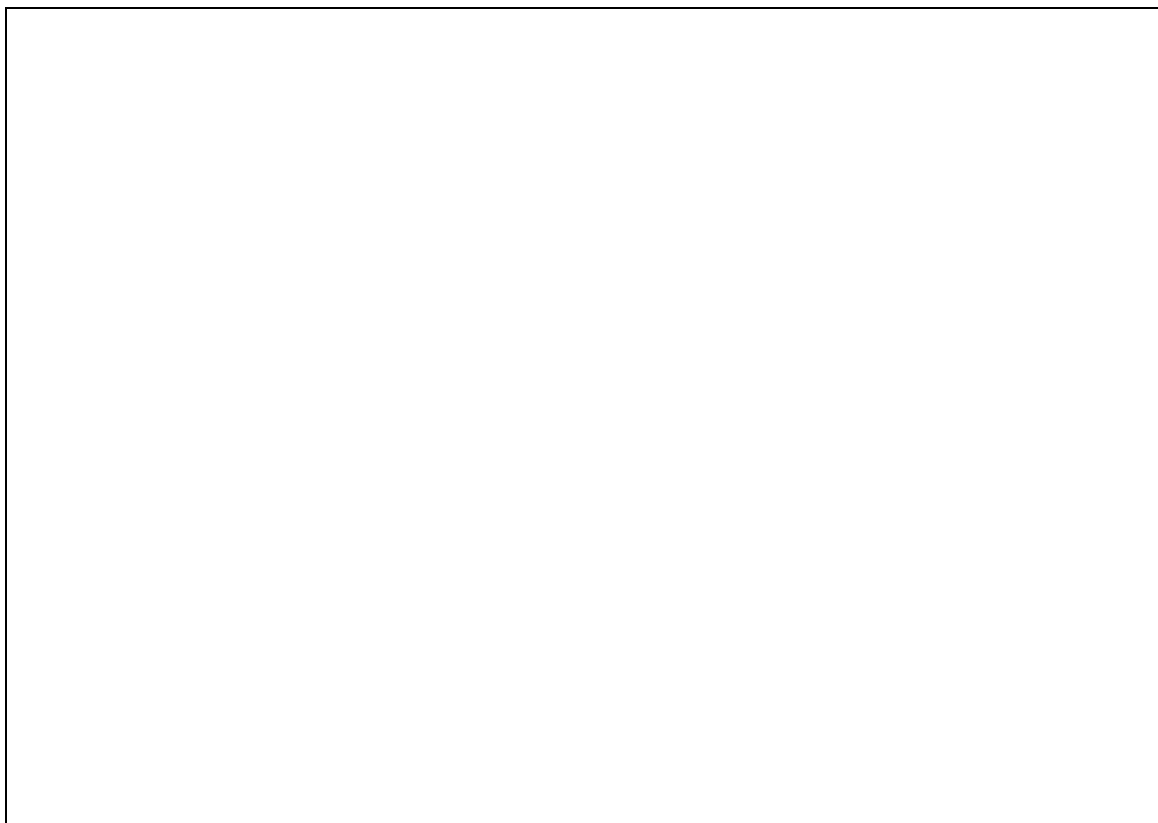
D. Avaliação Familiar

DIMENSÃO ESTRUTURAL

Genograma:



Ecomapa:



1. Composição Familiar (Inclui ordem de nascimentos e sub-sistemas)

1.1-Tipos de família

1- Casal (); 2 – Família Nuclear () 3 - Família Reconstruída ();

4 - Família Monoparental () ; 5 - Coabitação () ; 6 - Família Institucional () ;

7 - Comuna () ; 8 - Unipessoal () ; 9 - Alargada ()

1.2 – Família Extensa – Tipo de Contacto

1 – Pessoal () ; 2 – Telefónico () ; 3 – Carta/e-mail () ; Outro ()

1.3 – Família Extensa – Intensidade do Contacto

1 – Diário () ; 2 – Semanal () ; 3 – Quinzenal () ; Mensal () ; Outro ()

1.4 – Família Extensa – Funções das Relações

1 – Companhia Social () ; 2 – Apoio emocional () ;

3 – Guia Cognitivo e conselhos () ; 4 – Regulação Social () ;

5 – Ajuda material e de serviço () ; 6 – Acesso a novos contactos () ;

1.4.1 - Sistemas mais amplos

1.4.1.1 Trabalho – Vinculo Forte 1 - Sim () 2 - Não () ;

Vinculo Intermédio 1 - Sim () 2 - Não () ;

Vinculo Fraco 1 - Sim () 2 - Não () ;

Gerador de stress 1 - Sim()

2 - Não () ;

1.4.1.2 Instituições de Ensino/ Escola – Vinculo Forte 1 - Sim ()

2 - Não () ;

Vinculo Intermédio 1 - Sim ()

2 - Não () ;

Vinculo Fraco 1 - Sim ()

2 - Não () ;

Gerador de stress 1 - Sim ()

2 - Não () ;

1.4.1.3 Instituições de Saúde

Centro de Saúde

Vínculo Forte 1 - Sim () 2 - Não () ;

Vínculo Intermédio 1 - Sim () 2 - Não () ;

Vínculo Fraco 1 - Sim () 2 - Não () ;

Gerador de stress 1 - Sim () 2 - Não () ;

Hospital Pedro Hispano

Vínculo Forte 1 - Sim () 2 - Não () ;

Vínculo Intermédio 1 - Sim () 2 - Não () ;

Vínculo Fraco 1 - Sim () 2 - Não () ;

Gerador de stress 1 - Sim () 2 - Não () ;

Outros Hospitais

Vínculo Forte 1 - Sim () 2 - Não () ;

Vínculo Intermédio 1 - Sim () 2 - Não () ;

Vínculo Fraco 1 - Sim () 2 - Não () ;

Gerador de stress 1 - Sim () 2 - Não () ;

1.4.1.4 Instituições Religiosas

Vínculo Forte 1 - Sim () 2 - Não () ;

Vínculo Intermédio 1 - Sim () 2 - Não () ;

Vínculo Fraco 1 - Sim () 2 - Não () ;

Gerador de stress 1 - Sim () 2 - Não () ;

1.4.1.5 IPSS

Lar

Vínculo Forte 1 - Sim () 2 - Não () ;

Vínculo Intermédio 1 - Sim () 2 - Não () ;

Vínculo Fraco 1 - Sim () 2 - Não () ;

Gerador de stress 1 - Sim () 2 - Não () ;

Centro de Dia

Vínculo Forte 1 – Sim () 2 - Não ();

Vínculo Intermédio 1 - Sim () 2 - Não ();

Vínculo Fraco 1 - Sim () 2 - Não ();

Gerador de stress 1 - Sim () 2 - Não ();

Jardim de Infância

Vínculo Forte 1 - Sim () 2 - Não ();

Vínculo Intermédio 1 - Sim () 2 - Não ();

Vínculo Fraco 1 - Sim () 2 - Não ();

Gerador de stress 1 - Sim () 2 - Não ();

ATL

Vínculo Forte 1 - Sim () 2 - Não ();

Vínculo Intermédio 1 - Sim () 2 - Não ();

Vínculo Fraco 1 - Sim () 2 - Não ();

Gerador de stress 1 - Sim () 2 - Não (

);

1.4.1.6 Actividades de Lazer e Cultura

Vínculo Forte 1 - Sim () 2 - Não ();

Vínculo Intermédio 1 - Sim () 2 - Não ();

Vínculo Fraco 1 - Sim () 2 - Não ();

Gerador de stress 1 - Sim () 2 - Não ();

1.4.1.7 Amigos

Vínculo Forte 1 - Sim () 2 - Não ();

Vínculo Intermédio 1 - Sim () 2 - Não ();

Vínculo Fraco 1 - Sim () 2 - Não ();

Gerador de stress 1 - Sim () 2 - Não ();

1.4.1.8 Outros Sub-sistemas

Vinculo Forte 1 - Sim () 2 – Não ();

Vinculo Intermédio 1 - Sim () 2 - Não();

Vinculo Fraco 1 - Sim () 2 - Não ();

Gerador de stress 1 - Sim () 2 - Não ();

DIMENSÃO DESENVOLVIMENTAL

1 – Etapas do Ciclo Vital

1- Formação do casal (); 2 - Família com filhos pequenos ();

3 - Família com filhos na escola (); 4 - Família com filhos adolescentes();

5 - Família com filhos adultos ()

2- Satisfação Conjugal

2.1- Relação Dinâmica

2.1.1- Satisfação do casal sobre a divisão/partilha das tarefas domésticas

Identificação do cônjuge_____ 1 – Sim () 2- não ()

Identificação do cônjuge_____ 1 – Sim () 2- não ()

Se **Não** especificar_____

2.1.2- Satisfação do casal com o tempo que estão juntos

Identificação do cônjuge_____ 1 – Sim () 2- não ()

Identificação do cônjuge_____ 1 – Sim () 2- não ()

Se **Não** especificar_____

2.1.3- Satisfação do casal com a forma como cada um expressa os sentimentos

Identificação do cônjuge_____ 1 – Sim () 2- não ()

Identificação do cônjuge_____ 1 – Sim () 2- não ()

Se **Não** especificar _____

2.2- Comunicação

2.2.1- O casal conversa sobre as suas expectativas e receios de cada um:

1- Sim () 2- Não ()

2.2.2- O casal consegue chegar a acordo quando há discordância de opinião:

1- Sim () 2- Não ()

2.2.3- Satisfação com o padrão de comunicação do casal

Identificação do cônjuge _____ 1 – Sim () 2- não ()

Identificação do cônjuge _____ 1 – Sim () 2- não ()

Se **Não** especificar _____

2.3- Interação Sexual

2.3.1- Satisfação do casal com o padrão de sexualidade

Identificação do cônjuge _____ 1 – Sim () 2- não ()

Identificação do cônjuge _____ 1 – Sim () 2- não ()

Se **Não** especificar _____

2.3.2- Conhecimento do casal sobre a sexualidade

Identificação do cônjuge _____ 1 – Sim () 2- não ()

Identificação do cônjuge _____ 1 – Sim () 2- não ()

Se **Não** especificar _____

2.4- Função sexual

2.4.1- Disfunções sexuais

Identificação do cônjuge _____ 1 – Sim () 2- não ()

Identificação do cônjuge _____ 1 – Sim () 2- não ()

2.5 – Tipo de Disfunção

2.5.1- Perturbação do desejo sexual: 1- Sim () 2- Não ()

Especificar _____

2.5.2- Disfunção erétil: Sim () Não ()

2.5.3- Disfunção da ejaculação: 1- Sim () 2- Não ()

Especificar _____

2.5.4- Perturbações do orgasmo: 1- Sim () 2- Não ()

2.5.5- Dispareunia: Sim () Não ()

2.5.6- Vaginismo: Sim () Não ()

2.6- Conhecimento do casal sobre estratégias não farmacológicas de resolução das disfunções sexuais: 1-Sim () 2-Não ()

3- Planeamento familiar

3.1- Fertilidade

3.1.1- O casal planeia ter filhos/mais filhos: 1- Sim () 2- Não ()

Se sim quando _____

3.1.2- Alterações na fertilidade do casal: 1- Sim () 2- Não ()

Se sim quando _____

3.1.3- Conhecimento do casal sobre métodos de fertilização artificial:

1- Sim () 2- Não ()

3.1.4- Conhecimento do casal sobre serviços de saúde especializados em fertilidade: 1- Sim () 2- Não ()

3.2- Conhecimento do casal sobre vigilância pré-concepcional

3.2.1- Conhecimento do casal sobre consulta pré-concepcional:

1- Sim () 2- Não ()

3.2.2- Conhecimento do casal sobre aspectos psicológicos, familiares e sociais da gravidez: 1- Sim () 2- Não ()

3.3- Uso de Contraceptivo: 1- Sim () 2- Não ()

3.3.1- Método:

1- Anticoncepcional oral (); 2- Anticoncepcional Injectável ();

3- Anel vaginal (); 4- Implante Intra dérmico (); 5- Adesivo Transdérmico ();

6- Cirúrgico (); 7- Espermicidas (); 8- Preservativo (); 9- Naturais ()

3.3.2- Interrupção do uso de contraceptivo: 1- Sim () 2- Não ()

Quando_____

3.3.3- Motivo da interrupção do uso de contraceptivo:

1- Indicação clínica (); 2- Planeamento de gravidez (); 3- Gravidez (); 4- Outro ()

3.3.4- Satisfação com o uso do contraceptivo adoptado 1- Sim () 2- Não ()

3.3.5- Conhecimento do casal sobre métodos contraceptivos:

1- Sim () 2- Não ()

3.3.6- Conhecimento do casal sobre concepção de emergência:

1- Sim () 2- Não ()

3.3.7- Conhecimento do casal sobre o uso de contraceção:

1- Sim () 2- Não ()

3.4- Conhecimento sobre Reprodução

3.4.1- Conhecimento do casal sobre o ciclo sexual da mulher:

1- Sim () 2- Não ()

3.4.2- Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor

Feminino: 1- Sim () 2- Não ()

3.4.3- Conhecimento sobre anatomia e fisiologia do sistema reprodutor

Masculino: 1- Sim () 2- Não ()

3.4.4- Conhecimento do casal sobre fecundação e gravidez:

1- Sim () 2- Não ()

3.4.5- Conhecimento do casal sobre espaçamento adequado das gravidezes:

1- Sim () 2- Não ()

3.4.6- Conhecimento do casal sobre desvantagens de gravidez não desejada:

1- Sim () 2- Não ()

4- Adaptação à gravidez

4.1- Conhecimento

4.1.1- Conhecimento do casal sobre direitos sociais na gravidez:

1- Sim () 2- Não ()

4.1.2- Conhecimento do casal sobre direitos sociais de maternidade/paternidade:

1- Sim () 2- Não ()

4.1.3- Conhecimento do casal sobre etapas de adaptação á gravidez:

1- Sim () 2- Não ()

4.1.4- Conhecimento do casal sobre alterações fisiológicas na gravidez:

1- Sim () 2- Não ()

4.1.5- Conhecimento do casal sobre nova etapa do ciclo vital:

1- Sim () 2- Não ()

4.1.6- Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde na gravidez:

1- Sim () 2- Não ()

4.1.7- Conhecimento do casal sobre curso de preparação para o parto:

1- Sim () 2- Não ()

4.1.8- Conhecimento do casal sobre desenvolvimento fetal:

1- Sim () 2- Não ()

4.1.9- Conhecimento do casal sobre o processo psicológico associado ao puerpério: 1- Sim () 2- Não ()

4.1.10- Conhecimento do casal sobre vigilância de saúde do recém-nascido:

1- Sim () 2- Não ()

4.1.11- Conhecimento do casal sobre enxoval da mãe e do bebé:

1- Sim () 2- Não ()

4.1.12- Conhecimento do casal sobre prevenção de acidentes do recém-nascido:

1- Sim () 2- Não ()

4.1.13- Conhecimento do casal sobre alimentação de recém-nascido:

1- Sim () 2- Não ()

4.2- Comunicação

4.2.1- O casal partilha receios e expectativas associadas à gravidez:

1- Sim () 2- Não ()

4.2.2- O casal partilha receios e expectativas associadas à parentalidade:

1- Sim () 2- Não ()

4.2.3- Os elementos do casal apoiam-se mutuamente nas tarefas desenvolvimentais: 1- Sim () 2- Não ()

4.3- Comportamento de adesão

4.3.1- A grávida/casal é assídua (o) às consultas de saúde Materna/
Obstetrícia: 1- Sim () 2- Não ()

4.3.2- O casal está inscrito/ frequenta o curso de Preparação para o Parto:

1- Sim () 2- Não ()

4.3.3- O casal está a preparar/preparou o enxoval da mãe e do bebé:

1- Sim () 2- Não ()

5-Papel Parental

5.1- Consenso do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Não** especificar _____

5.2- Conflito de papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

5.3- Saturação do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

DIMENSÃO FUNCIONAL – INSTRUMENTAL

1- Papel do Prestador de cuidados

1.1- Conhecimento do papel

1.1.1- Conhecimento do prestador de cuidados no auto-cuidado de
Higiene sobre:

1.1.1.1- Importância de estimular a independência: 1- Sim ()
2- Não ()

1.1.1.2- Técnica do banho: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.1.3- Técnica de lavagem dos dentes: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.1.4- Utilização de fio dentário: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.1.5- Periodicidade da lavagem da lavagem dos dentes: 1-
Sim () 2- Não ()

1.1.1.6- Higiene do cabelo: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.1.7- Técnica de fanerotomia: 1- Sim () 2- Não ()

- 1.1.2- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados sobre auto-cuidado de Higiene sobre:
 - 1.1.2.1- Importância de estimular a independência: 1- Sim ()
2- Não ()
 - 1.1.2.2- Técnica do banho: 1- Sim () 2- Não ()
 - 1.1.2.3- Técnica de lavagem dos dentes: 1- Sim () 2- Não ()
 - 1.1.2.4- Utilização de fio dentário: 1- Sim () 2- Não ()
 - 1.1.2.5- Periodicidade da lavagem da lavagem dos dentes: 1-
Sim () 2- Não ()
 - 1.1.2.6- Higiene do cabelo: 1- Sim () 2- Não ()
 - 1.1.2.7- Técnica de Fanerotomia: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.3- Conhecimento do prestador de cuidados no auto-cuidado de Vestuário sobre:
 - 1.1.3.1-Importância de estimular a independência: 1- Sim () 2-
Não ()
 - 1.1.3.2-Adequação do vestuário ao clima: 1- Sim () 2- Não ()
 - 1.1.3.3- Técnica do vestir: 1- Sim () 2- Não ()
 - 1.1.3.4- Técnica de despir: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.4- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados no auto-cuidado de Vestuário sobre:
 - 1.1.4.1- Técnica do vestir: 1- Sim () 2- Não ()
 - 1.1.4.2- Técnica do vestir: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.5- Conhecimento do prestador de cuidados no auto-cuidado de beber sobre:
 - 1.1.5.1-Importância de estimular a independência: 1- Sim () 2- Não ()
 - 1.1.5.2-Padrão de ingestão de líquidos: 1- Sim () 2- Não ()
 - 1.1.5.3-Técnica de administração de líquidos: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.6- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados no auto-cuidado de Beber sobre:
 - 1.1.6.1-Técnica de administração de líquidos: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.7- Conhecimento do prestador de cuidados no auto-cuidado de comer sobre:
 - 1.1.7.1- Importância de estimular a independência: 1- Sim () 2-
Não ()

1.1.7.2- Padrão alimentar adequado: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.7.3- Preparação dos alimentos: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.7.4- Técnica da alimentação: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.8- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados no auto-cuidado de Comer sobre:

1.1.8.1- Técnica da alimentação: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.9- Conhecimento do prestador de cuidados no auto-cuidado de ir ao sanitário sobre:

1.1.9.1-Importância de estimular a independência: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.9.2- Equipamentos adaptativos: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.10- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados no auto-cuidado de ir ao sanitário sobre:

1.1.10.1- Utilização de equipamentos adaptativos: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.11- Conhecimento do prestador de cuidados no auto-cuidado da actividade recreativa sobre:

1.1.11.1-Importância de estimular a independência:

1- Sim () 2- Não ()

1.1.11.2- Importância de manter actividade de lazer:

1- Sim () 2- Não ()

1.1.12- Conhecimento do prestador de cuidados no auto-cuidado do comportamento sono-reposo sobre:

1.1.12.1- Importância de estimular a independência:

1- Sim () 2- Não ()

1.1.12.2- Importância de um sono reparador: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.12.3- Organização das horas de sono e reposo:

1- Sim () 2- Não ()

1.1.13- Conhecimento do prestador de cuidados no auto-cuidado da actividade física sobre:

1.1.13.1- Importância de estimular independência: 1- Sim () 2- Não ()

1.1.13.2-Padrão de exercício adequado: 1- Sim () 2- Não ()

- 1.1.13.3- Técnicas de mobilização (Sentar-se): 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.13.4- Técnicas de mobilização (Transferir-se): 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.13.5- Técnicas de mobilização (Erguer-se): 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.13.6- Técnicas de mobilização (Levantar-se): 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.13.7- Técnicas de mobilização (Deambular): 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.13.8- Técnica de posicionamento: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.13.9- Equipamentos adaptativos: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.14- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados no auto-cuidado da actividade física sobre:
- 1.1.14.1- Técnicas de mobilização (Sentar-se): 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.14.2- Técnicas de mobilização (Transferir-se): 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.14.3- Técnicas de mobilização (Erguer-se): 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.14.4- Técnicas de mobilização (Levantar-se): 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.14.5- Técnicas de mobilização (Deambular): 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.14.6- Técnica de posicionamento: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.14.7- Prevenção de quedas: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.14.8- Utilização de equipamentos adaptativos: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.15- Conhecimento do prestador de cuidados sobre gestão do regime terapêutico
- 1.1.15.1- Importância de estimular a independência: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.15.2- Fisiopatologia da doença: 1- Sim () 2- Não ()

- 1.1.15.3- Medidas de prevenção de complicações: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.15.4- Regime medicamentoso: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.16- Conhecimento do prestador de cuidados sobre vigilância
- 1.1.16.1-Importância de estimular a independência:1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.16.2-Sinais de hipoglicemia/hiperglicemia: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.16.3-Vigilância da glicemia capilar: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.17.4- Vigilância da tensão arterial: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.17.5- Vigilância dos pés: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.18- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados no auto-cuidado da Vigilância sobre:
- 1.1.18.1- Vigilância da glicemia capilar: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.18.2- Vigilância da tensão arterial: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.19- Conhecimento do prestador de cuidados na auto-administração de medicamentos sobre:
- 1.1.19.1- Importância de estimular a independência:1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.19.2-Armazenamento seguro dos medicamentos:1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.19.3- Terapêutica Prescrita: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.19.4-Técnica de administração de medicamentos:1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.19.5-Eliminação adequada de medicamentos: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.20- Aprendizagem de habilidades do prestador de cuidados na auto-administração de medicamentos sobre:
- 1.1.20.1-Armazenamento seguro dos medicamentos:1- Sim () 2- Não ()
- 1.1.20.2-Técnica de administração de medicamentos:1- Sim () 2- Não ()
- 1.2- Comportamento de adesão
- 1.2.1- Estimula a independência: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.2.2- Promove higiene adequada: 1- Sim () 2- Não ()
- 1.2.3- Promove a utilização de vestuário: 1- Sim () 2- Não ()

1.2.4- Promove ingestão nutricional adequada: 1- Sim () 2- Não ()

1.2.5- Aquisição de equipamentos adaptativos: 1- Sim () 2- Não ()

1.2.6- Promove comportamento sono/repouso adequado: 1- Sim () 2- Não ()

1.2.7- Promove actividades recreativas adequadas: 1- Sim () 2- Não ()

1.2.8- Promove padrão de exercício adequado: 1- Sim () 2- Não ()

1.2.9- Assiste na auto-vigilância: 1- Sim () 2- Não ()

1.3- Consenso do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Não** especificar _____

1.4- Conflito de papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

1.5- Saturação do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

DIMENSÃO FUNCIONAL- EXPRESSIVA

1. Escala de Readaptação Social de Holmes e Rahe

Assinale os eventos que ocorreram no último ano

1. Morte do cônjuge	100
2. Divórcio	73
3. Separação do casal	65
4. Prisão	63
5. Morte de alguém da família	63
6. Acidentes ou doenças	53
7. Casamento	50
8. Perda do emprego	47
9. Reconciliação com o cônjuge	45
10. Aposentadoria	45
11. Doença de alguém da família	43
12. Gravidez	40
13. Dificuldades sexuais	39
14. Nascimento de criança na família	39

15. Mudança no trabalho	39
16. Mudança na sua condição financeira	38
17. Morte de um amigo íntimo	37
18. Mudança na linha de trabalho	36
19. Mudança na frequência de brigas com o cônjuge	35
20. Compra de casa de valor alto	31
21. Término de pagamento de empréstimo	30
22. Mudança de responsabilidade no trabalho	29
23. Saída de filho (a) de casa	29
24. Dificuldade com a polícia	29
25. Reconhecimento de feito profissional de realce	28
26. Cônjuge começou ou parou de trabalhar	26
27. Começo ou abandono dos estudos	26
28. Acréscimo ou diminuição de pessoas morando na casa	25
29. Mudança de hábitos pessoais	24
30. Dificuldade com o chefe	23
31. Mudança no horário de trabalho	20
32. Mudança de residência	20
33. Mudança de escola	19
34. Mudança de actividades recreativas	19
35. Mudanças de actividades religiosas	18
36. Mudanças de actividades sociais	17
37. Compra a crédito de valor médio	16
38. Mudança nos hábitos de dormir	15
39. Mudança na frequência de reuniões familiares	15
40. Mudança nos hábitos de alimentação	13
41. Férias	12
42. Natal	12
43. Recebimento de multas ao cometer pequenas infracções	11

Total:

Nota obtida	Probabilidade de ter problemas de saúde
Baixa (150-199)	37%
Média (200-299)	51%
Severa (de 300 a mais)	79%

2 – Comunicação Familiar

2.1 – Comunicação Emocional

2.1.1 - Quem na família expressa mais os sentimentos _____

2.1.2 - Satisfação dos membros relativamente ao modo de expressão dos sentimentos

1- Sim () 2- Não () Se **Não** especificar _____

2.1.3 - Aceitação da Família relativamente à expressão dos sentimentos dos seus membros

1- Sim () 2- Não () Se **Não** especificar _____

2.1.4 - Impacto que os sentimentos de cada um têm na Família

1- Favorável () 2- Desfavorável ()

Se **Não Favorável** especificar _____

2.2 – Comunicação Verbal/ Não Verbal

2.2.1 – Todos na Família são claros e directos no discurso, ou seja, se cada um

compreende de forma clara o que os outros dizem

1- Sim () 2- Não () Se **Não** especificar _____

2.2.2 – Todos na Família se expressam claramente quando comunicam

(verbal/não verbal) com os outros

1- Sim () 2- Não () Se **Não** especificar _____

2.3 – Comunicação Circular

2.3.1 – Satisfação dos membros sobre a forma como se comunica na Família

1- Sim () 2- Não () Se **Não** especificar_____

2.3.2 – Impacto que tem na Família a forma como cada um se expressa

1- Favorável () 2- Desfavorável ()

Se **Não Favorável** especificar_____

3 – Coping Familiar

3.1 – Solução de Problemas

3.1.1 – Quem na Família habitualmente identifica os problemas_____

3.1.2 – Quem tem iniciativa para os resolver_____

3.1.3 – Existe discussão sobre os problemas na Família

1- Sim () 2- Não ()

3.1.4 – Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como se

discutem os problemas

1- Sim () 2- Não () Se **Não** especificar_____

3.1.5 – A Família recorre a outros recursos externos na resolução de problemas

1- Sim () 2- Não ()

3.1.6 – Experiencias anteriores positivas da Família na resolução de problemas

1- Sim () 2- Não () Se **Não** especificar_____

4 – Papéis Familiares

4.1 – Interacção de Papéis

4.1.1 – Papel de Provedor

4.1.1.1 – Quem desempenha _____

4.1.1.2 – Consenso do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Não** especificar _____

4.1.1.3 - Conflito de papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

4.1.1.4 - Saturação do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

4.1.2 – Papel gestão financeira

4.1.2.1 – Quem desempenha _____

4.1.2.2 – Consenso do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Não** especificar _____

4.1.2.3 - Conflito de papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

4.1.2.4 - Saturação do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

4.1.3 – Papel cuidado doméstico

4.1.3.1 – Quem desempenha _____

4.1.3.2 – Consenso do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Não** especificar _____

4.1.3.3 - Conflito de papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

4.1.3.4 - Saturação do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

4.1.4 – Papel recreativo

4.1.4.1 – Quem desempenha _____

4.1.4.2 – Consenso do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Não** especificar _____

4.1.4.3 - Conflito de papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

4.1.4.4 - Saturação do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

4.1.5 – Papel de Parente

4.1.5.1 – Quem desempenha _____

4.1.5.2 – Consenso do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Não** especificar _____

4.1.5.3 - Conflito de papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

4.1.5.4 - Saturação do papel: 1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

5 – Crenças

5.1 – Crenças Familiares

5.1.1 – Religiosas _____

5.1.2 – Espirituais _____

5.1.3 – Valores _____

5.1.4 – Culturais _____

5.1.5 – Sobre intervenções profissionais _____

6 – Relação Dinâmica

6.1 – Influência e Poder

6.1.1 – Membro com maior poder na família

6.1.2 – Satisfação da família relativamente á influencia de cada membro nos comportamentos dos outros

1- Sim () 2- Não ()

Se **Não** especificar _____

6.2 – Alianças e Uniões

6.2.1 – Existem na família alianças entre alguns dos seus membros

1- Sim () 2- Não ()

Se **Sim** especificar _____

6.2.2 – Os membros da família sentem-se satisfeitos com a forma como a família manifesta a sua união

1- Sim () 2- Não ()

Se **Não** especificar _____

6.3 – Funcionalidade/ Percepção da Família

6.3.1 - *Apgar Familiar de Smilkstein*

APGAR	Quase Sempre	Algumas vezes	Quase Nunca
1. Estou satisfeito com a ajuda que recebo da minha família, sempre que alguma coisa me preocupa.			
2. Estou satisfeito pela forma como a minha família discute assuntos de interesse comum e partilha comigo a solução do problema.			
3. Acho que a minha família concorda com o meu desejo de encetar novas actividades ou de modificar o meu estilo de vida.			

<p>4. Estou satisfeito com o modo como a minha família manifesta a sua afeição e reage aos meus sentimentos, tais como irritação, pesar e amor.</p>			
<p>5. Estou satisfeito com o tempo que passo com a minha família.</p>			

TOTAL:

Quase sempre: 2 pontos

Algumas vezes: 1 ponto

Quase nunca: 0 pontos

7 a 10 – Família altamente funcional

4 a 6 – Família com moderada disfunção

0 a 3 – Família com disfunção acentuada

Membro _____

1 - Família altamente funcional ()

2 - Família com moderada disfunção ()

3 - Família com disfunção acentuada ()

Membro _____

- 1 - Família altamente funcional ()
- 2 - Família com moderada disfunção ()
- 3 - Família com disfunção acentuada ()

Membro _____

- 1 - Família altamente funcional ()
- 2 - Família com moderada disfunção ()
- 3 - Família com disfunção acentuada ()

Membro _____

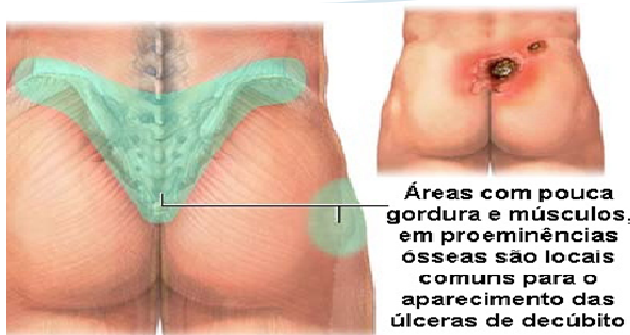
- 1 - Família altamente funcional ()
- 2 - Família com moderada disfunção ()
- 3 - Família com disfunção acentuada ()



Anexo II



Conhecidas antigamente por escaras, as úlceras por pressão ocorrem em pessoas acamadas ou que ficam sentadas muito tempo na mesma posição, sem condições para movimentar-se sozinhas. Elas são decorrentes de diminuição da circulação sanguínea nas áreas do corpo onde os ossos causam pressão nos tecidos moles como

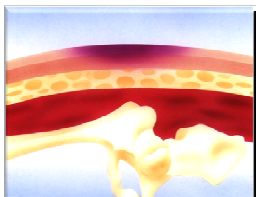


**Projecto Comunitário
“Cuidar de Quem Cuida”**



*Prevenção de Úlceras
de Pressão*

Identificação



Manchas vermelhas ou roxas que não desaparecem após a mudança de posição



Bolhas que vão escurecendo
Perda da pele ou uma crosta preta (que é a escara).
Pele mais quente ou mais endurecida nestes locais pode evidenciar o início de uma lesão

Dicas para Cuidados da Pele

- Após cada excreção, limpe a pele com sabão e água. Seque bem a pele sem esfregar.
- Use um hidratante na pele seca.
- Aplique uma barreira de creme para que a sua pele não fique irritada e as úlceras por pressão não se formem.
- Não esfregue nem massageie a pele nas áreas ósseas. Isto pode causar mais danos à pele.

O que causa a deterioração da Pele?

- Imobilidade, o doente não se movimenta o suficiente ou não é capaz de mudar de posição por si só
- A pressão directa da sua cama, cadeira de rodas, ou qualquer contacto entre o equipamento e o seu corpo
- Os cortes e a fricção podem acontecer quando o doente não consegue levantar o seu corpo enquanto muda de posição na cama ou cadeira de rodas; ou quando usa os cotovelos ou calcanhares para ajudar a movimentar o corpo
- As cicatrizes de uma úlcera de pressão curada são frágeis e a úlcera pode reaparecer
- A urina e as fezes em contacto frequente com a pele
- A nutrição deficiente
- Fumar
- O envelhecimento



Examine a pele todos os dias.

Existem um conjunto de técnicas que contribuem para a prevenção de úlceras de pressão e baseia-se principalmente no virar/posicionar os doentes.

Técnicas para posicionar doentes:

- evitar arrastar o doente ,
 - usar técnicas correctas no posicionamento de doentes
 - dividir o peso do doente no colchão, evitando zonas de pressão.
 - colocar um doente em posições “naturais”.
 - quando sentado efectuar posicionamentos horário,
 - não levantar a cabeceira da cama do doente mais que 30-35° quando o doente está em posição lateral.
 - Efectuar posicionamentos com intervalos de 2 ou 3 horas
- O tempo que um doente pode permanecer numa determinada posição, depende dos meios e materiais usados e do estado geral do doente.

Anexo III





Convite

*A Equipa de Cuidados Continuados
Integrados vai dedicar-lhe um dia
“O Dia do Cuidador”*

*Venha ter connosco e partilhe as suas
experiências e dificuldades num ambiente
de aprendizagem mútua.*

**Local - Pavilhão gimnodesportivo Escola Secundária
Leca da Palmeira**

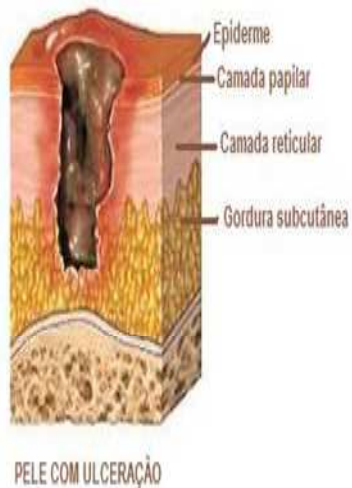




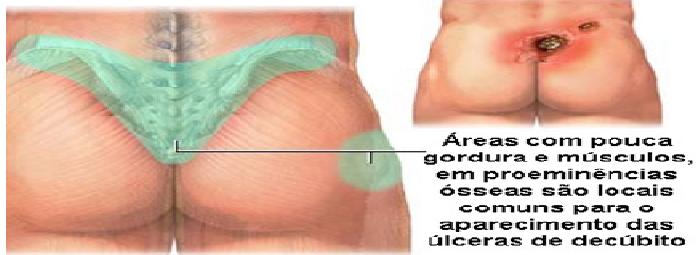
Anexo IV



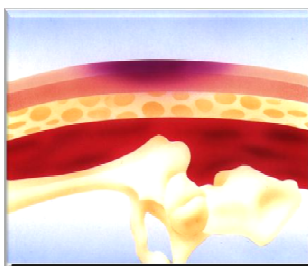
PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO



- Uma Úlcera de Pressão (também chamada de úlcera de decúbito ou escara) é uma área de pele ou tecido lesada. Quando um indivíduo não muda de posição com a frequência necessária, aumenta a pressão exercida em certas áreas corporais.



IDENTIFICAÇÃO



- ◉ Manchas vermelhas ou roxas que não desaparecem após a mudança de posição
- ◉ Bolhas que vão escurecendo
- ◉ Perda da pele ou uma crosta preta (que é a escara).
- ◉ Pele mais quente ou mais endurecida nestes locais pode evidenciar o início de uma lesão

Factores de Risco:

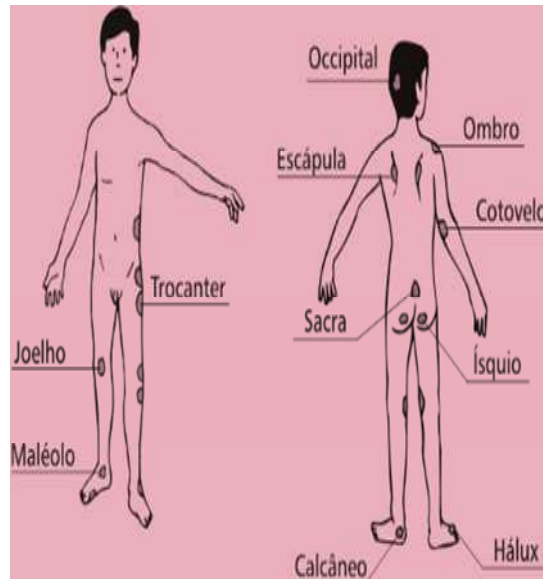
- Imobilidade, o doente não se movimenta o suficiente ou não é capaz de mudar de posição por si só
- A pressão directa da sua cama, cadeira de rodas, ou qualquer contacto entre o equipamento e o seu corpo
- Os cortes e a fricção podem acontecer quando o doente não consegue levantar o seu corpo enquanto muda de posição na cama ou cadeira de rodas; ou quando usa os cotovelos ou calcanhares para ajudar a movimentar o corpo
- As cicatrizes de uma úlcera de pressão curada são frágeis e a úlcera pode reaparecer
- A urina e as fezes em contacto com a pele
- A nutrição deficiente
- Fumar
- O envelhecimento



**Examine a
pele todos
os dias**

Áreas de maior risco:

- Occipital
- Escápula
- Ombro
- Cotovelos
- Maléolo
- Trocanter
- Calcâneo
- Sacro
- Joelho
- Halúx



Dicas para Cuidados da Pele

- • Após cada excreção, limpe a pele com sabão e água. Seque bem a pele sem esfregar.
- • Use um hidratante na pele seca.
- • Aplique uma barreira de creme para que a sua pele não fique irritada e as úlceras por pressão não se formem.
- • Não esfregue nem massage a pele nas áreas ósseas. Isto pode causar mais danos à pele.

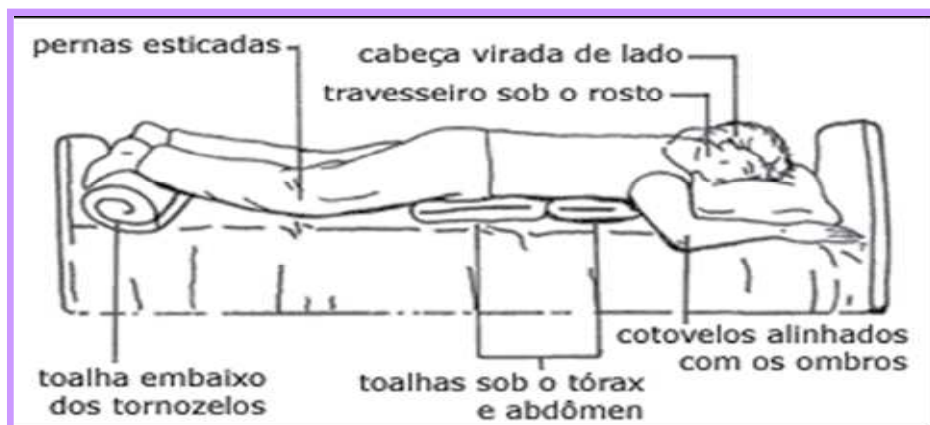
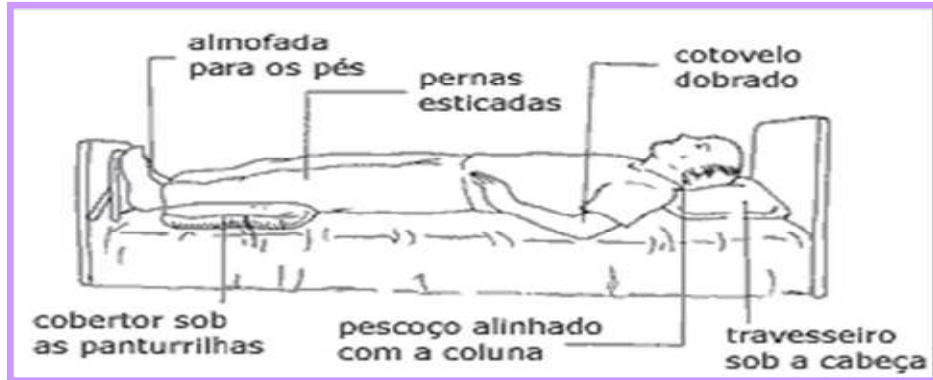


Prevenção

Algumas abordagens devem ser realizadas para prevenir a úlcera de pressão, como:

- **Mudança de decúbito** - Mudança de decúbito do paciente acamado ou debilitado de 2/2hs, e evitar deixar o paciente em atrito com a área lesada. O paciente nunca deve ficar posicionado directamente sobre a úlcera, e se isto for impossível, ele deve estar sobre uma superfície redutora de pressão





- ◉ **Cuidados com os pontos de apoio** - Para evitar lesão causada pelo contato das proeminências ósseas umas com as outras, deve-se usar travesseiros, cunha de espuma ou outros dispositivos para manter os joelhos e os tornozelos separados e aliviar a pressão de contacto com o leito. Almofadas em forma de rosca nunca devem ser usadas pelo paciente com risco de desenvolver úlceras de pressão.



- ◉ **Massagem de conforto** - Massagem de conforto com cremes gordos hidratantes, pode trazer um alívio da dor, e auxiliar na circulação sanguínea, evitando o aparecimento das úlceras de pressão.



- ◉ **Nutrição** - O estado nutricional é de extrema importância para os pacientes acamados, pois a dificuldade de alimentação, ocasiona uma perda de nutrientes necessários a uma boa manutenção do estado da pele e conduz à diminuição de peso, o que favorece o aparecimento de úlceras



O maior problema das úlceras de Pressão é que elas são como o - ICEBERG - a sua superfície visível pode ser pequena, mas a extensão da base é desconhecida



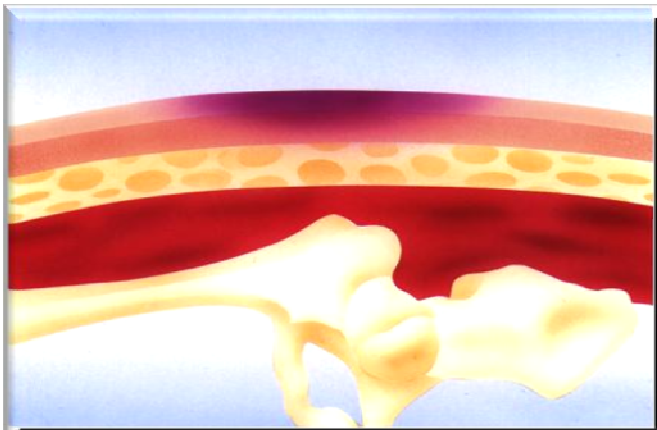
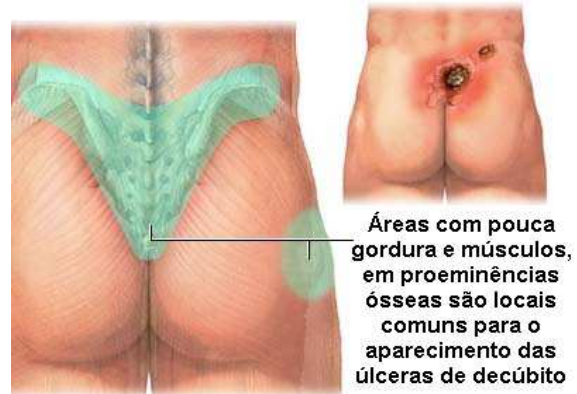


Anexo V





Conhecidas antigamente por escaras, as úlceras por pressão ocorrem em pessoas acamadas ou que ficam sentadas muito tempo na mesma posição, sem condições para movimentar-se sozinhas. Elas são decorrentes de diminuição da circulação sanguínea nas áreas do corpo onde os ossos causam pressão nos tecidos moles como músculo e pele.



Identificação

O início das úlceras é evidenciado por manchas vermelhas ou roxas que não desaparecem após a mudança de posição, bolhas que vão escurecendo ou até mesmo perda da pele ou uma crosta preta (que é a escara). Também a pele mais quente ou mais endurecida nestes locais pode evidenciar o início de uma lesão e se não

tratada, a ferida pode atingir até os ossos. Se a pessoa não tem controle da urina e fezes e tem dificuldades para ter uma boa alimentação o problema pode se agravar. No entanto, certas medidas podem ser usadas para diminuir o problema.

O que causa a deterioração da pele?

Existem muitas razões pelas quais a sua pele se deteriora causando úlceras por pressão. Entre elas:

- Imobilidade, o doente não se movimenta o suficiente ou não é capaz de mudar de posição por si só
- A pressão directa da sua cama, cadeira, cadeira de rodas, ou qualquer contacto entre o equipamento e o seu corpo
- Os cortes e a fricção podem acontecer quando o doente não consegue levantar o seu corpo enquanto muda de posição na cama, cadeira ou cadeira de rodas; ou quando usa os cotovelos ou calcanhares para ajudar a movimentar o corpo
- As cicatrizes de uma úlcera de pressão curada são frágeis e a úlcera pode reaparecer
- A urina ou as fezes em contacto frequente com a pele
- A nutrição deficiente
- Fumar
- O envelhecimento

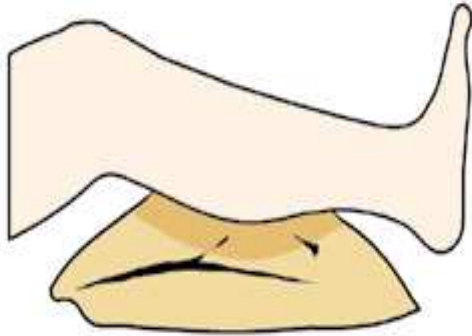
Examine a pele todos os dias.

Dicas para Cuidados da Pele

- Após cada excreção, limpe a pele com sabão e água. Seque bem a pele sem esfregar.
- Use um hidratante na pele seca.
- Aplique uma barreira de creme para que a sua pele não fique irritada e as úlceras por pressão não se formem.
- Não esfregue nem massageie a pele nas áreas ósseas. Isto pode causar mais danos à pele.

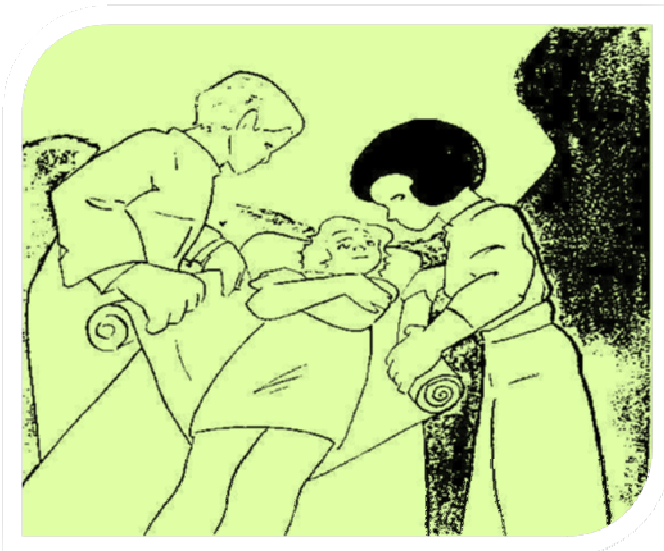
Prevenção

Para a prevenção das úlceras é preciso saber que o fator principal é o excesso de pressão local. Assim, as pessoas têm que ser mudadas frequentemente de posição, não podem ficar deitadas ou sentadas em superfícies duras, devendo-se usar colchão e/ou almofada tipo caixa de ovo ou de ar e as proeminências ósseas tem que ser protegidas com almofadas ou travesseiros macios e os pés precisam ser elevados

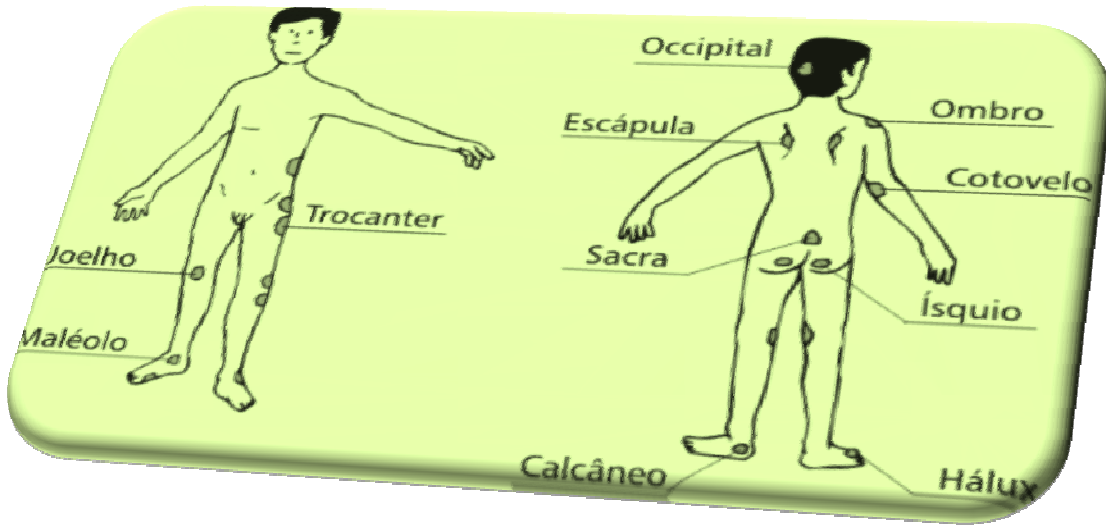


O uso de almofadas tipo roda d'água ou redondas com buraco no meio é contra-indicado, pois pode favorecer o desenvolvimento da úlcera no local central pela interrupção da circulação, ao invés de preveni-la. Também a forma inadequada de movimentar a pessoa contribui para o surgimento da úlcera. Deve-se evitar arrastá-la ou deixar que a pele fique se esfregando contra os lençóis, causando fricção. O uso de um forro sobre o lençol debaixo do doente permite que este seja levantado durante a mudança de posição e não arrastado, porém a movimentação precisa ser feita por pelo menos duas pessoas.

Recomenda-se também evitar que as costuras de lençóis fiquem em contato com a pele, assim como dobras de forros de cama e botões nas roupas.



Principais Zonas de Pressão



Mudança de posição do corpo

As pessoas com algum tipo de incapacidade, que passam a maior parte do tempo na cama ou na cadeira de rodas, precisam mudar de posição a cada 3 horas. Esse cuidado é importante para prevenir o aparecimento de feridas na pele (úlceras de pressão)

Posicionar o paciente em decúbito lateral.



Nessa posição o paciente fica deitado de lado com ambos os braços para frente e os joelhos e quadris fletidos. O peso é suportado pela lateral do ilíaco e pela omoplata.



Assumir a posição de pé ao lado da cama para o qual é desejado que o paciente seja lateralizado;



Colocar o braço mais distante do paciente sobre o tórax e o outro braço deve estar em posição lateral ao corpo e para fora dele. Posicionar a perna do paciente mais distante sobre a outra perna;



Ficar de frente para a beirada da cama e assumir uma postura de base ampla com um dos pés a frente do outro;

Colocar uma das mãos no ombro mais afastado do paciente e a outra sobre o quadril;



Manter as costas erectas, deslocar o peso da perna da frente para a trás, flexionando os joelhos e abaixando os quadris, o paciente é lateralizado na direção do executor do movimento;



Colocar um travesseiro sob a cabeça e ombros do paciente e posicionar os braços do paciente para frente e colocar um travesseiro na região torácica anterior para apoiar o braço:



Posicionar as pernas fletidas sendo que a parte superior da perna é fletida em grau maior que a parte inferior. Colocar um travesseiro entre os joelhos que permaneceram flexionados.



Posicionar o paciente em decúbito dorsal

Na posição de decúbito dorsal, o paciente fica deitado de costas com a cabeça e os ombros ligeiramente elevados.



A fim de promover conforto ao paciente e conseguir um bom alinhamento do corpo são utilizados travesseiros, almofadas e rolos, para dar apoio ao paciente, evitar as posições viciosas dos pés e mãos e preservar a posição anatómica do corpo.



Posicionar-se de pé ao lado da cabeceira da cama com um dos pés a um passo à frente do outro, manter as costas erectas, flexionar os joelhos e abaixar os quadris e colocar um travesseiro sob a cabeça e ombros do paciente;



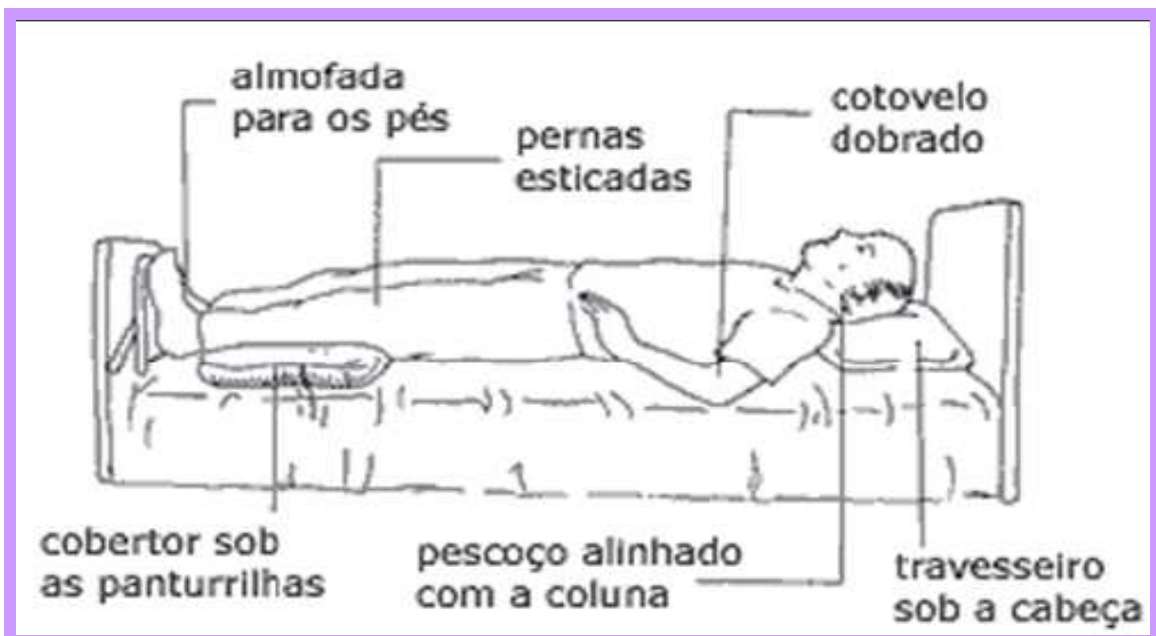
Posicionar-se de pé ao lado do centro da cama com um dos pés a um passo à frente do outro, manter as costas erectas, flexionar os joelhos e abaixar os quadris e colocar um travesseiro sob a região lombar;



Dirigir-se até os pés da cama, posicionar-se e proceder a colocação de um travesseiro nas pernas permitindo uma ligeira flexão dos joelhos;



Colocar um rolo nos pés afim de evitar posição viciosa dos mesmos.



Posicionar o paciente em decúbito Ventral

Na posição de decúbito ventral o paciente fica deitado de bruços sobre o abdomen, com a cabeça voltada para um dos lados.



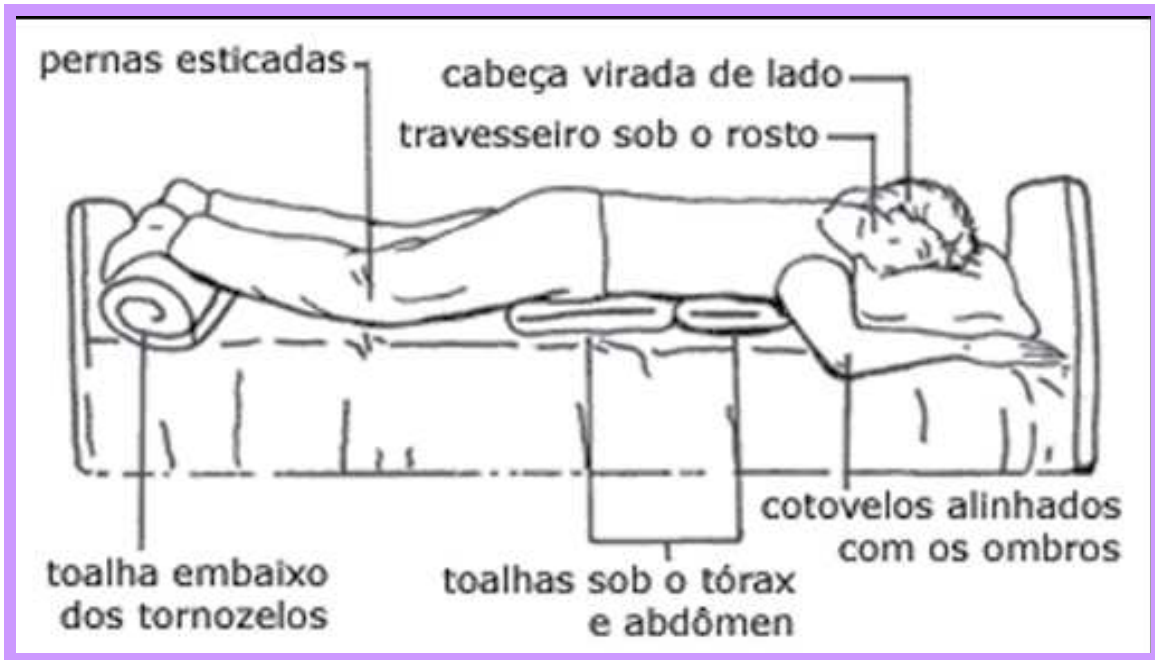
As medidas de sustentação para o paciente nessa posição incluem a utilização de travesseiros e almo-fadas, conforme a necessidade.



Posicionar-se de pé ao lado da cabeceira da cama com um dos pés a um passo à frente do outro, manter as costas erectas, flexionar os joelhos e abaixar os quadris e colocar um travesseiro sob a cabeça e ombros do paciente. A cabeça deve ficar voltada para um dos lados e os braços do paciente ao longo do travesseiro, afim de manter a posição anatômica;



Dirigir-se até os pés da cama, posicionar-se e proceder a colocação de um pequeno travesseiro sob a parte inferior das pernas, afim de levantar os dedos dos pés do paciente da cama e permitir uma ligeira flexão dos joelhos.



Figue Atento: Ter maior cuidado no posicionamento da pessoa que apresenta parte do corpo que não se movimenta (braço ou perna “esquecida”), para evitar surgimento de feridas e deformidades. No caso de sequela de AVC, o braço comprometido deve estar sempre estendido e apoiado em um travesseiro e a perna afetada deve ser colocada ligeiramente dobrada e apoiada com um travesseiro embaixo do joelho, impedindo que a perna fique toda esticada.

Figue Atento: Se a pessoa consegue ficar em pé com ajuda do cuidador, mesmo por pouco tempo, é importante que o cuidador encoraje, apoie e estimule a pessoa a ficar nessa posição, pois isso ajuda a melhorar a circulação do sangue e a evitar as feridas.

Técnica de transferência para o cadeirão



1 Cuidador

2 Cuidadores



Diminua progressivamente o tempo de repouso no leito, levando-se em conta a condição clínica do paciente. Passar um período de tempo sentado é muito importante.





Anexo VI





Cuidadores Informais

...suas Necessidades!

SER CUIDADOR – ESCOLHA OU FALTA DE OPÇÃO?

Políticas de saúde: - Tratamento da doença;

- Reabilitação dos indivíduos e reintegração social;

- Internamentos hospitalares cada vez mais curtos;



• Transferência dos cuidados hospitalares para os cuidados prestados na comunidade



• Um trabalho exigente que interfere com toda a dinâmica familiar



• Uma Sobrecarga do Cuidador por acumulação de exigências que vão actuar como agente de stress

QUAIS AS RAZÕES PARA CUIDAR?

- Proximidade física e afectiva;
- Sentimento de Obrigação familiar/pessoal;
- Solidariedade familiar/conjugal;
- Expressão de amor e devoção pelo doente;
- Influência histórica, imperativos culturais e preceitos religiosos;

QUAL O PERFIL DOS CUIDADORES PRINCIPAIS?

- Mulheres;
- Mães, esposas ou filhas;
- Nível socioeconómico baixo;
- Baixa escolaridade;
- Empregos precários ou desempregadas

Garcia, calvente, Mateo Rodriguez e Eguiguren, 2004; Martins, 2006

OS CUIDADORES APRESENTAM EM GERAL:

- Mais problemas de saúde;
- Taxas de depressão mais altas e outros sintomas psiquiátricos;
- Participam menos nas actividades sociais,;
- Têm mais problemas laborais;
- Mais frequência de conflitos familiares; Zarit, 1997

• Consequências negativas do cuidar estão correlacionadas com o aumento do risco de mortalidade do cuidador; Schulz e Beach, 1999



- Aumento do risco de institucionalização do doente;

Cohen et al, 1993

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DOS CUIDADORES



Presença de necessidades não identificadas está associada à Sobrecarga do Cuidador;



Identificação/avaliação das necessidades do Cuidador poderá contribuir para a redução da Sobrecarga e a diminuição do stress resultante do Cuidar

Orrrell; cooper; Brithwalt, 2006

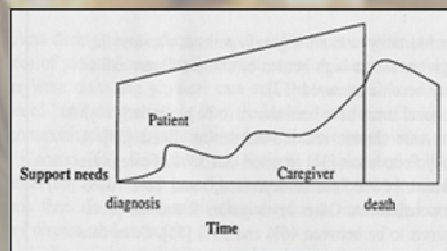
Dificuldades na identificação das necessidades dos cuidadores

Relutância em comunicar as suas necessidades aos profissionais de saúde por pensarem que não é aceitável fazê-lo:

- Não querem colocar as suas necessidades à frente das do doente
- Receio de serem julgados de modo inadequado enquanto cuidadores;
- Acreditarem que as preocupações são inevitáveis e não podem ser minimizadas;
- Profissionais de saúde não lhes colocarem questões relevantes.

Ramirez;Addigton-Hall; Richards, 1998

Necessidades dos cuidadores variam ao longo do cuidar, sendo influenciadas pelos eventos transaccionais que movem os cuidadores de um estadio para o outro:



Hauser e Kramer, 2004

PRINCIPAIS NECESSIDADES DOS CUIDADORES

1. Gestão/ Alívio da dor e de outros sintomas;
2. Informação e orientação;
3. Apoio na prestação dos cuidados;
4. Apoio na gestão da comunicação e funcionamento familiar.

1. Gestão/Alívio da dor e de outros sintomas:

- Sintomas descontrolados → Aumento do stress do cuidador;
- Dor: Principal preocupação do cuidador
 - Controlo Sintomático deficiente → Impotência, Frustração, medo**
 - Falta de conhecimentos → Incapacidade (mitos e medos enraizados sobre a terapêutica utilizada no controlo da dor)**
- Esclarecer e educar:
 - Identificação e monitorização de sintomas;
 - Orientação e gestão da terapêutica;

Cuidadores sujeitos a programa educativo -Controlo da dor



- ❖ Atitudes mais positivas em relação ao controlo da dor;
- ❖ Evidenciam mais conhecimentos sobre manutenção da dor;
- ❖ Uso mais eficaz da terapêutica;

Oldham e Kristjanson, 2006

Programas educativos: Atender às características dos cuidadores, adequando os conteúdos e a abordagem às suas necessidades.

2. Informação e Orientação

- Diagnóstico;
- Tratamento;
- Provável prognóstico e eventual evolução da situação;
- Causas e gestão de sintomas;
- Como prestar os cuidados;
- Serviços disponíveis.

3. Apoio na Prestação de Cuidados

- Prestação de cuidados directos e indirectos:



Apoio do sistema formal reduz significativamente o stress do cuidador;

Perlin, 1999

- Apoio a terceiros (Família alargada, rede de vizinhança e/ou social);
- Apoio Económico;
- Momentos de descanso (subvalorizam).

4. Apoio na Gestão da Comunicação e Funcionamento Familiar

- A. Expressar sentimentos;
- B. Ser escutado;
- C. Apoio Emocional:



Expressar dúvidas, receios e angústias;
Partilhar sentimentos e vivências



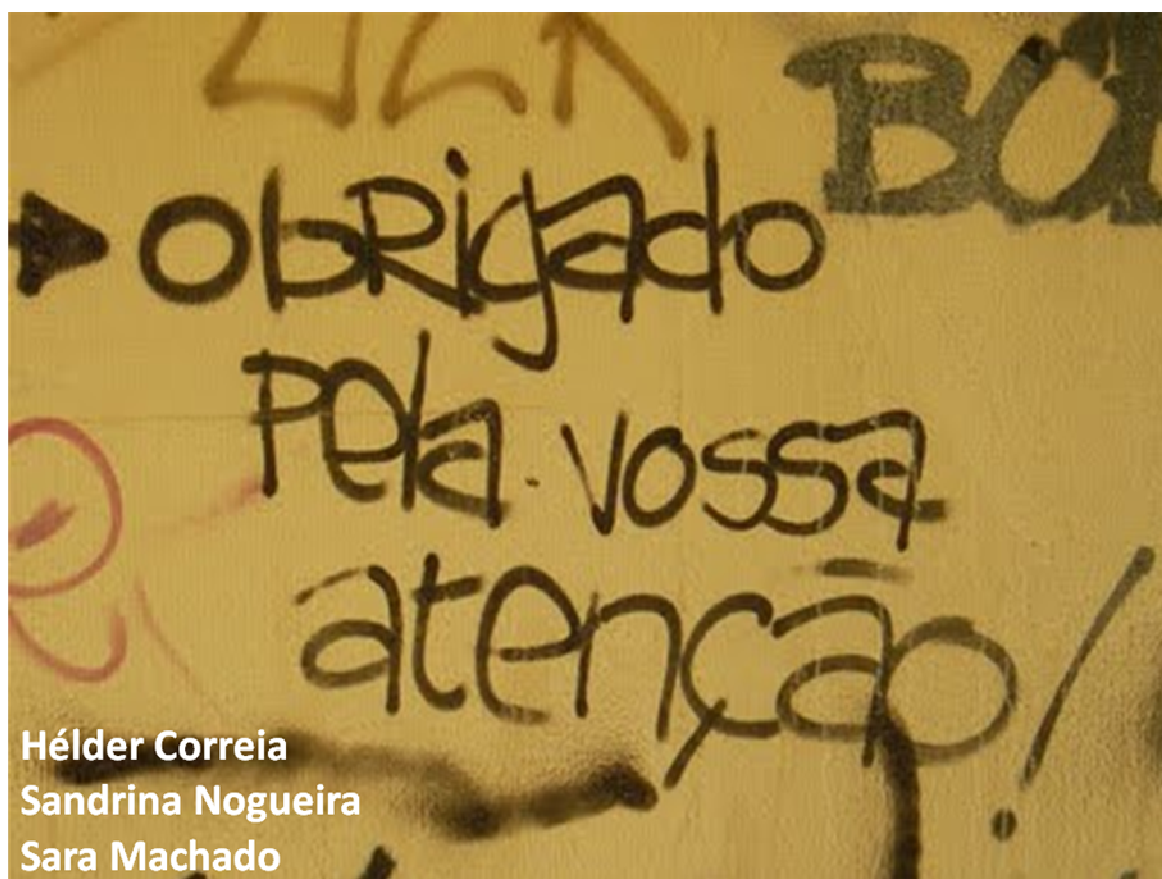
Ajuda a sentir-se compreendido; Favorece a adaptação; Promove a segurança;

- D. Favorecer a Comunicação com o doente e com os membros da família;
- F. Facilitar e promover a expressão de emoções;

Assim...

Os Enfermeiros devem:

- ✓ **Conhecer as dificuldades e competências do Cuidador;**
- ✓ **Identificar as características da Família e Rede Social de apoios;**
- ✓ **Valorizar o papel do cuidador;**
- ✓ **Integrar o Cuidador no processo do Cuidar;**
- ✓ **Ensinar, Instruir e Treinar o Cuidador;**
- ✓ **Incentivar o Cuidador a expressar as suas dúvidas e receios.**



Hélder Correia
Sandrina Nogueira
Sara Machado



Anexo VII





Cuidador Informal... um Parceiro nos Cuidados!

Cuidador Informal

"...quem trata, toma conta de (alguém ou alguma coisa) com zelo, com diligência, com cuidado para com outrem"

Dicionário de Língua Portuguesa

"...Cuidador informal é a pessoa, família ou comunidade responsável pela prestação de cuidados"

Moreira, 2004

Processo de Admissão no Domicílio

Idosos dependentes



Alta Clínica

(com necessidade de cuidados médicos hospitalares)



Domicílio

(com necessidade de cuidados de saúde)

Processo de Admissão no Domicílio

“... os recursos financeiros, não permitem a contratação de cuidadores especializados no âmbito do cuidado domiciliário”

Santos, 2002



... valorizam também o papel de Cuidadores Informais

Situação Actual

Escassez de recursos e a ausência de medidas
estruturadas para a garantia da qualidade de cuidados
de saúde aos idosos são uma realidade



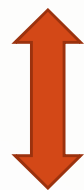
Busca de apoio informal e novo panorama após a



criação de uma parceria com os Cuidadores
Informais

Parceria Enfermeiro - Cuidador

Cuidador Informal



Enfermeiro



Utente

Parceria Enfermeiro - Cuidador

Envolvimento da Família Cuidadora no projecto terapêutico do utente



- Melhorar a capacidade da família para o cuidado e preservação da saúde familiar;
- Melhorar a qualidade dos cuidados mais personalizados.

Parceria Enfermeiro - Cuidador

Família Cuidadora



Agente proactivo do processo de cuidados

Parceria Enfermeiro - Cuidador

"O sucesso destas famílias passa pelo desenvolvimento de uma verdadeira parceria com cada familiar, baseada no respeito pelo acordo com os seus valores e necessidades, e no reconhecimento de dos profissionais que trabalham com o doente"

Santos, 2002

Cuidador Informal



Produtor e receptor de cuidados

Família cuidada/ Preparada

Processo de Cuidar Eficaz



"O sucesso destas famílias depende de uma verdadeira parceria com cada familiar"

2002

Parceria Enfermeiro - Cuidador

A parceria desenvolvida no processo de cuidados é baseada numa relação que é esclarecida e cooperante, uma parceria que resulta numa pessoa mais tranquila ou menos ansiosa, numa pessoa que consegue dar uma família que não consegue dar conta dos cuidados fundamentais – o de dar

Santos, 2002

Parceria Enfermeiro - Cuidador

Intervenção do Cuidador Informal nos cuidados ao idoso dependente

- Aumento da capacidade funcional
- Redução de custos com saúde
- Redução de internamentos hospitalares
- Redução da mortalidade dos idosos no

Vantagens Parceria Enfermeiro - Cuidador

- Bem estar do utente;
- Satisfação familiar;
- Promoção da continuidade dos cuidados.

Parceria Enfermeiro - Cuidador

“A parceria surge da capacidade de ensinar, motivar e apoiar, estabelecendo uma relação de igual para igual, conduzindo a uma partilha de saberes e experiências que se completam em prol da qualidade dos cuidados ao utente”

Zarit (1997)

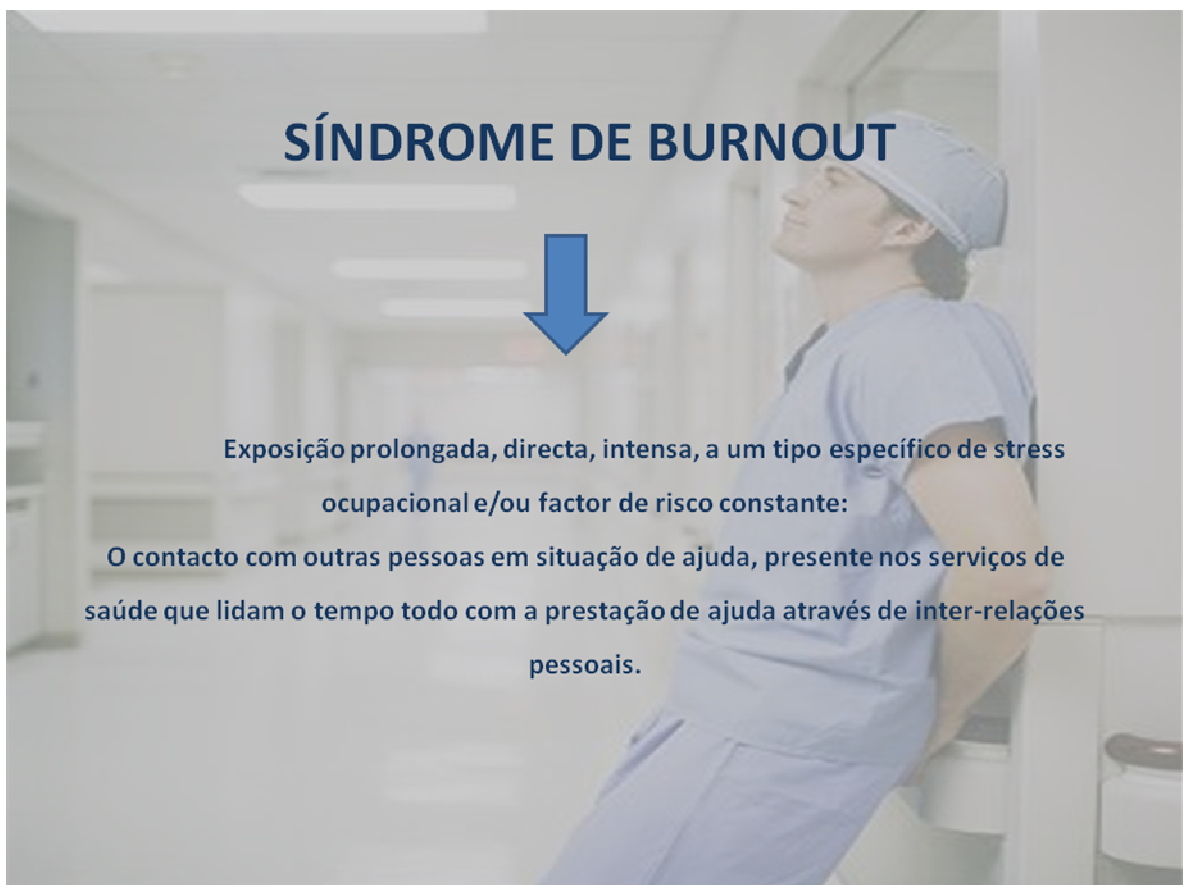
Bibliografia

- *Almeida, M. J. – A participação da família no cuidar. Nursing.* Universidade Católica Portuguesa, 1996. Ano IV, nº 37 (1991), p. 11-13;
- *Almeida, M. J. e O. – Parceiros nos Cuidados – Uma abordagem de trabalho centrado no doente. Porto: Universidade Católica Portuguesa, 2002. ISBN 972-8184-83-2;*
- *Almeida, M. J. e O. – Os Cuidadores de idosos dependentes. Enfermagem em Portugal, nº1 (2004);*
- *Almeida, M. J. e O. – A família: a guide to family care. American*



Anexo VIII





SÍNDROME DE BURNOUT

Três Dimensões:

1. **DESGASTE EMOCIONAL:** é a dimensão básica da Síndrome de *Burnout*. Refere-se a esgotamento ou exaustão emocional com sensação de sobre-esforço.
2. **DESPERSONALIZAÇÃO:** é o desenvolvimento de respostas frias e impessoais, com excessivo distanciamento e atitudes cínicas, de inércia, no contexto interpessoal.
3. **REDUZIDA REALIZAÇÃO PESSOAL:** é a perda da confiança nas conquistas e realização pessoal, acompanhada de auto-conceito negativo e de sentimentos de incompetência e ineficácia na realização das tarefas no trato com outras pessoas.

Avaliação do síndrome de Burnout



Quatro níveis:

- Leve ;
- Moderado;
- Grave;
- Extremo.

Estudos da revisão de Literatura:



% de afectados pelo Síndrome de Burnout em nível elevado (grave e extremo)

MÉDICOS: de 20% a 43%

PESSOAL DE ENFERMAGEM: de 17% a 72,6%

FISIOTERAPEUTAS: de 20% a 70%

PROFISSIONAIS DIVERSOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: 47,2%

PSICÓLOGOS: 68%

Factores de Risco:

- **Trabalho por turnos e longos horários de trabalho** – Provoca stress, alterações nos padrões de sono e na vida social e familiar, fadiga, etc.;
- **Condições de trabalho** – condições físicas que rodeiam o posto de trabalho;
- **Trabalho em perigo e risco** – provocam um desencadeamento de altos níveis de stress;
- **Sobrecarga no trabalho** – exigências cognitivas elevadas, a carga mental envolvida, exigências psicológicas e emocionais;
- **Exigências emocionais** – relacionadas com emoções (sofrimento dos outros) → que obriga os profissionais a gerir, e por vezes, a esconderem as suas emoções → exaustão familiar;

Factores de Risco (Cont.)

- **Responsabilidade** – o receio de cometer erros e falhas com a saúde e vida dos doentes;
- **Conflito de papéis** – por fazer coisas que não deseja fazer, por realizar o que julga não fazer parte da sua função;
- **Carreira e Realização** – insegurança no trabalho, a não evolução e desenvolvimento profissional;
- **Comunicação, informação e participação** – a falta destes elementos → maior insatisfação e desprendimento no trabalho;
- **Interface casa/trabalho** – quando o trabalho absorve de tal forma que acaba por se sobrepor à vida social e familiar, como por exemplo, a ausência de flexibilidade no trabalho;

Factores de Risco (Cont.)

- **Políticas institucionais** – o desgostar da forma como a instituição é conduzida, considerando que essa condução influencia o seu trabalho;
- **Autonomia e controlo** – a influência e iniciativa no seu trabalho é positiva na sua relação com o trabalho. A ausência destes factores → dependência de terceiros para realizar o trabalho → limita as capacidades e desenvolvimento do profissional, este sente que não lhe é dada confiança.



SINDROME BURNOUT

BURNOUT - Sintomas

Psicossomáticos:

- Fadiga crónica;
- Fortes dores de cabeça;
- Problemas de sono;
- Úlceras Gástricas;
- Perda de peso;
- Hipertensão;
- Asma;
- Dores musculares;
- Irregularidades menstruais.

BURNOUT – Sintomas

Comportamentais:

- Absentismo;
- Abuso de drogas;
- Conduta violenta;
- Auto dano (suicídio);

Defensiva:

- Negação das emoções;
- Atenção selectiva;
- Ironia;
- Racionalização;
- Deslocamento de afectos;

BURNOUT – Sintomas

Emocional:

- Distanciamento afectivo;
- Irritabilidade;
- Receios;
- Incapacidade de concentração;
- Baixa auto-estima;
- Desejo de abandonar o trabalho;

Características Pessoais que potencializam ou anulam a síndrome

FORMA COMO ENCARA A VIDA: maneira de enfrentar as vicissitudes;

APREÇO POR SI MESMO: auto-estima, autoconfiança;

CONTROLE: capacidade de manter o domínio da situação e interpretar os agentes de stress como passíveis de controle e como um desafio a ser vencido;

ABERTURA À EXPERIÊNCIA: possibilidade de encarar as condições adversas como oportunidade de abertura a novas perspectivas e ter disponibilidade para a mudança;

COMPROMETIMENTO: capacidade de envolvimento com o que faz;

SIGNIFICADO: sentido que dá às suas actividades;

POSTURA ACTIVA: adopção de atitudes de enfrentamento e motivação para a acção;

APROPRIAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS: atribuição dos acontecimentos da sua vida, os seus sucessos e fracassos, às suas próprias habilidades, aos seus recursos e esforços pessoais. Não entregar, de forma passiva, os eventos de sua vida a um controle externo (sorte, destino, Deus...);

Intervenções a nível do Indivíduo



- Avaliar os factores stressores (perceber, reconhecer, identificar) e desenvolver estratégias apropriadas para lidar com suas consequências no ambiente de trabalho;
- Repensar a rotina de trabalho, estabelecendo prioridades e limites para si mesmo, numa atitude de auto-respeito;
- Desenvolver mecanismos saudáveis de enfrentamento e reformulação de aspectos da rotina que não podem ser alterados;
- Investir na formação/capacitação para ter mais segurança ao desenvolver o trabalho e mais identificação com a função;

Intervenções a nível do Indivíduo (cont.)



- Comprometer-se com o trabalho, refletindo sobre o valor social do mesmo e dando significado às atividades ligadas a ele;
- Ser assertivo no contacto pessoal;
- Adotar atitudes positivas que impliquem numa valorização pessoal e resgate da auto-estima;
- Valorizar o papel da família, do lazer e da cultura geral;
- Estabelecer dieta adequada e praticar regularmente exercícios físicos;
- Procurar ajuda;

Intervenções a nível das Intituições



- Desenvolver programas de qualidade de vida e humanização da assistência;
- Definir com clareza as políticas e normas institucionais, assim como as hierarquias, contextualizando as ações, trazendo a necessária segurança ao profissional e estabelecendo níveis de autonomia e responsabilidades;
- Estabelecer um fluxo de comunicação que favoreça um sistema de informações das criações/alterações de regras e normas;
- Estimular o funcionamento das equipas multidisciplinares/interdisciplinares, que tenham identidade de valores, ideias e objetivos, para não haver ruptura no senso de comunidade e que dividam as responsabilidades, com apoio e confiança;

Intervenções a nível das Intituições (Cont.)



- Proporcionar treino e suporte técnico em forma de discussão de casos e/ou supervisão;
- Proporcionar actividades de desenvolvimento profissional no local de trabalho para aumentar sentimentos de realização pessoal;
- Implantar um sistema de recompensa e estímulos para maior valorização profissional;
- Oferecer ajuda nos problemas éticos;

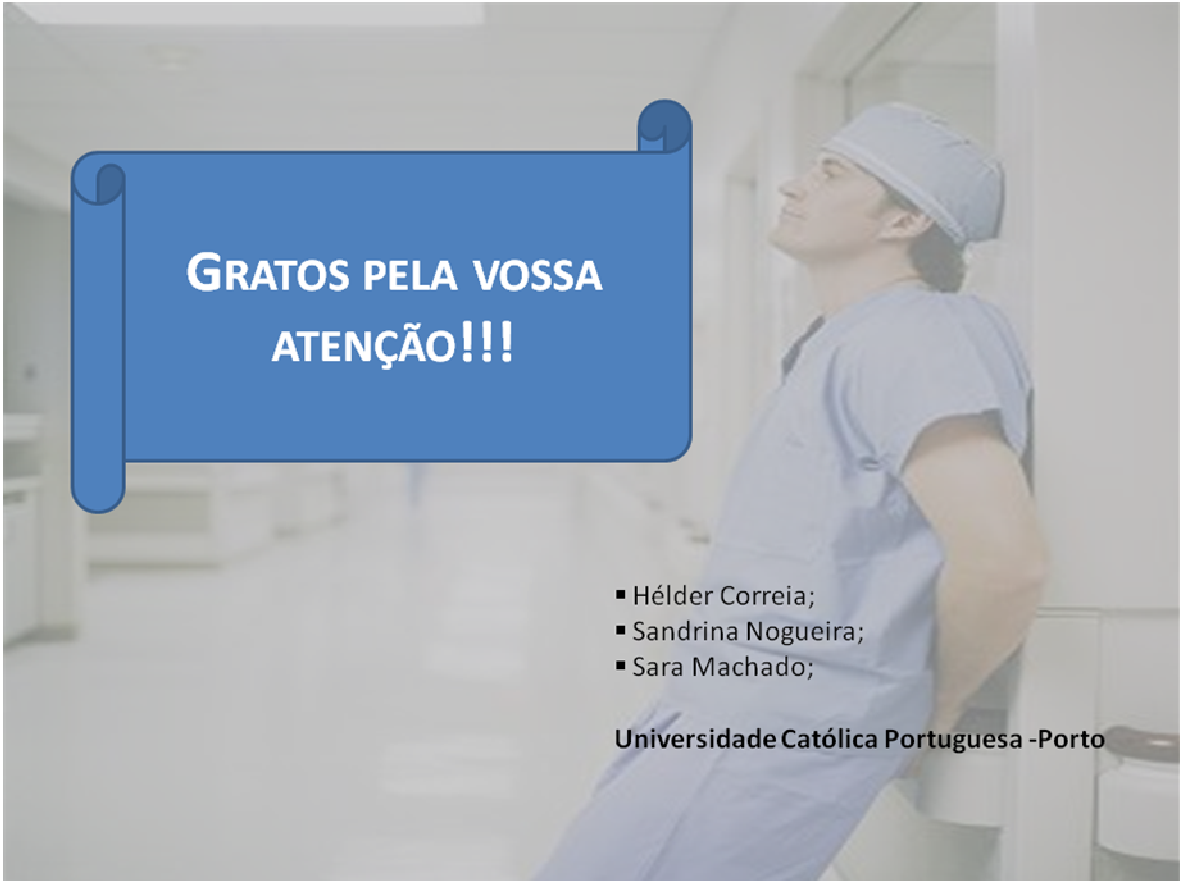
Intervenções a nível das Intuições (Cont.)



- Aperfeiçoar o processo selectivo para admissão de pessoal, de tal forma a contemplar candidatos que tenham o perfil profissional adequado ao trabalho na área da saúde;
- Criar grupos de reflexão sobre o papel profissional e a tarefa assistencial;
- Oferecer um serviço de apoio psicológico;

Bibliografia

- BORGES, L. et al.- *A síndrome de burnout e os valores organizacionais: um estudo comparativo em hospitais universitários*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 2002, 15, 189-200;
- FARINA H. - *Sofrimento psíquico: um estudo entre médicos e enfermeiros em um hospital de Manaus*. Manaus: Fundação Oswaldo Cruz, 2004. Dissertação de Mestrado;
- MULLER, D. - *A síndrome de burnout no trabalho de assistência à saúde: estudo junto dos profissionais da equipe de enfermagem do Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Porto Alegre*. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004. Dissertação de Mestrado;
- SILVA, F. - *Burnout: um desafio à saúde do trabalhador*. Psi- Revista de Psicologia Social e Institucional. Vol. 2, nº 1, 2000;
- ALTUN, K. (2002). *Burnout and nurses' personal and professional values*. Nursing Ethics, 9;
- LAZARUS, R. - *Stress and Emotion. A New Synthesis*. New York: Springer 1999;
- VAZ SERRA, A. - *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra, 1999;
- LEAL, M. - *Stress e Burnout*. Medi Bial: Porto 1998




**GRATOS PELA VOSSA
ATENÇÃO!!!**

- Hélder Correia;
- Sandrina Nogueira;
- Sara Machado;

Universidade Católica Portuguesa -Porto

Anexo IX

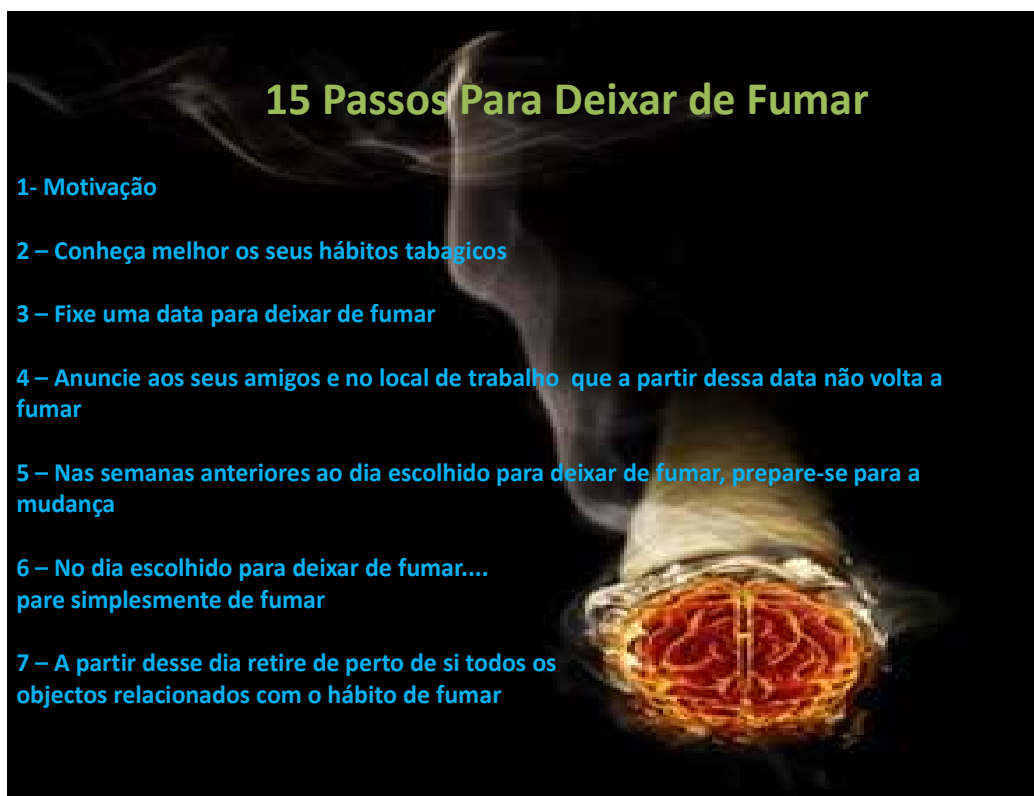




Uma pequena proporção de fumadores consegue manter níveis muito baixos de consumo, e deixar de fumar com facilidade. No entanto, a grande maioria enfrenta sérias dificuldades para abandonar este hábito.

Os riscos para a saúde decorrentes do uso do tabaco são decorrentes da quantidade de tabaco utilizado e do número de anos de consumo.

Assim, as vantagens de deixar de fumar são tanto maiores quanto mais cedo se verificar o abandono do uso do tabaco. No entanto vale a pena deixar de fumar em qualquer idade.



15 Passos Para Deixar de Fumar

- 1- **Motivação**
- 2 – **Conheça melhor os seus hábitos tabágicos**
- 3 – **Fixe uma data para deixar de fumar**
- 4 – **Anuncie aos seus amigos e no local de trabalho que a partir dessa data não volta a fumar**
- 5 – **Nas semanas anteriores ao dia escolhido para deixar de fumar, prepare-se para a mudança**
- 6 – **No dia escolhido para deixar de fumar... pare simplesmente de fumar**
- 7 – **A partir desse dia retire de perto de si todos os objectos relacionados com o hábito de fumar**

8 – Nos momentos em que sentir uma forte vontade de fumar, respire profundamente. Aprenda a relaxar utilizando a respiração

9 – Não pense que nunca mais vai voltar a fumar. Pense no dia de hoje e nas vantagens de não fumar

10 – Aumente o nível de actividade física diária

11 – Faça uma alimentação saudável

12 – Elimine ou reduza a ingestão de café e bebidas alcoólicas

13 – Evite permanecer junto de fumadores

14 – Tenha cuidados com os “momentos perigosos” aqueles em que habitualmente fumava um cigarro. Distraia-se com outras actividades ou mude alguns dos seus hábitos

15 – Guarde diariamente num local visível o dinheiro que gastaria em tabaco. Gaste-o em algo que lhe dê prazer



Calendário financeiro do ex-fumador (ex: 1 Maço/dia)

Tempo sem fumar	O que pode comprar com o dinheiro que poupou em tabaco	
1 Semana	22,05€	3 Idas ao cinema
2 Semanas	44,10€	Ida a um jogo de futebol
1 Mês	94,50€	Jantar para 2 pessoas
2 Meses	189,00€	Frequentar um ginásio
3 Meses	283,00€	Fim de semana num Spa
6 Meses	567,00€	Renovar guarda-roupa
1 Ano	1.134,00€	Comprar um televisor Plasma
2 Anos	2.268,00€	1 Viagem para 2 pessoas

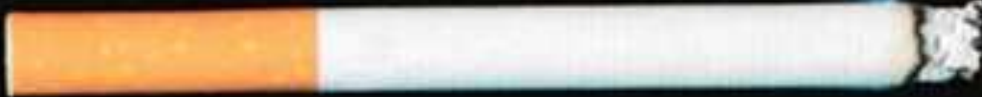
Valor médio gasto em tabaco / dia (1 maço cigarros = 3,15€)
O valor médio é calculado pela marca de cigarros mais consumida em Portugal

Se mesmo assim, não conseguir deixar de fumar, contacte o seu médico de família e se for necessário será encaminhado para a consulta de **Cessação Tabagica**



Consulta de Cessação Tabagica

- Destina-se a fumadores MOTIVADOS
- Staff vocacionado para a intervenção na desabituac o
- Intervenção alargada em intensidade, duração e n  de sessões
- Múltiplos intervenientes – médicos, enfermeiros, psicólogos, farmacêuticos...
- Múltiplos formatos – individual, grupo, telefone
- Tipos particulares de aconselhamento, e terapia comportamental, apoio social
- Utilização de questionários
- Terapêutica farmacológica



Indicadores da sua necessidade

- Níveis elevados de dependência de nicotina
- Uma ou mais tentativas no passado
- Fumadores > 20 cigarros
- In cio do hábito em idades jovens: < 17 anos
- Sexo feminino
- Sintomas de privação em tentativas anteriores
- História de depressão ou abuso de álcool



1ª consulta

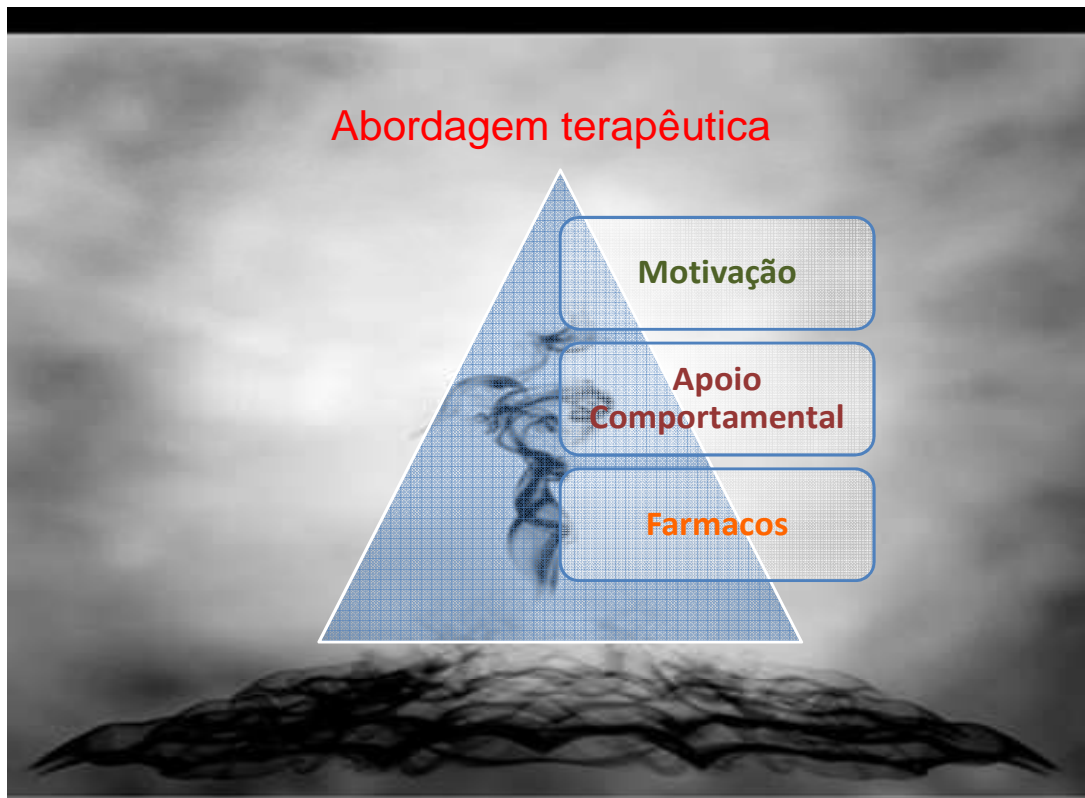
Acolhimento
Informação/ aconselhamento
Questionários - preenchimento
Parâmetros vitais
CO

Avaliação clínica dirigida
Avaliação questionários
Exames complementares
Terapêutica
Plano de seguimento

2ª consulta

- Avaliação resultados
- Reforço motivação
- CO
- Parâmetros vitais

- Avaliação
 - privação
 - reacções adversas
 - barreiras
- Ajuste terapêutico
- Plano seguimento



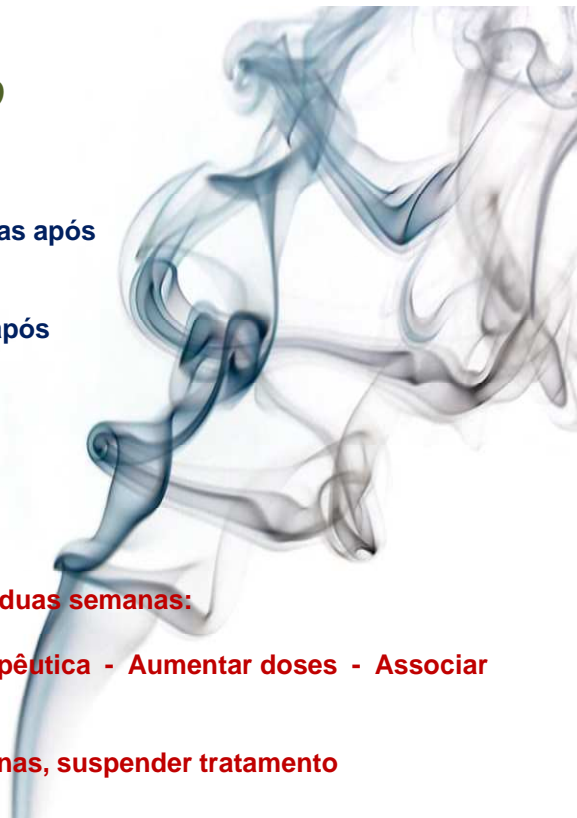
Follow-up

- Contacto telefónico um dia e três dias após cessação
- Consulta semanal no primeiro mês após cessação
- Consulta mensal no primeiro ano
- Consulta anual durante dois? cinco? anos

Se a abstinência não se obteve após duas semanas:

- Reavaliar motivação - Alterar a terapêutica - Aumentar doses - Associar outros fármacos

Se continuar a fumar às quatro semanas, suspender tratamento

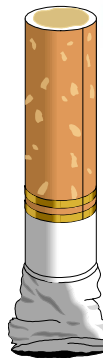


Em cada consulta:

- Monitorização de sintomas de privação
- Doseamento de monóxido de carbono
- Controlo de peso
- Registo efeitos acessórios fármacos
- Ajuste terapêutico
- Discussão de dificuldades
- Educação, motivação e discussão de técnicas comportamentais

A Linha SOS – Deixar de Fumar

foi criada em 2002. A sua missão principal é a de informar o público em geral sobre o tabagismo e os seus malefícios e aconselhar e apoiar os fumadores que querem deixar de fumar. É composta por uma equipa de técnicos de saúde devidamente formados.



808 20 88 88

Dias úteis - das 13 às 21 horas





Anexo X



A Linha SOS – Deixar de Fumar foi criada em 2002. A sua missão principal é a de informar o público em geral sobre o tabagismo e os seus malefícios e aconselhar e apoiar os fumadores que querem deixar de fumar. É composta por uma equipa de técnicos de saúde devidamente formados.

808 20 88 88

Dias úteis - das 13 às 21 horas



Trabalho elaborado por:
Helder Correia
Aluno Especialidade Enfermagem Comunitária
Universidade Católica Portuguesa
Porto, Janeiro 2011



CONSULTA DE CESSAÇÃO TABAGICA

- Procure ajuda junto do seu médico de família, e se necessário será encaminhado para a **consulta de Cessação Tabagica**

Motivação

Apoio
Comportamental

Farmacos

Destina-se a:

- Fumadores motivados, com elevada dependência da nicotina
- Com uma ou mais tentativas para deixar de fumar
- Fumadores de mais de 20 cigarros/dia
- Início do hábito em idades jovens
- Sexo feminino
- Sintomas de privação em tentativas anteriores
- História de depressão ou abuso de álcool

Em cada Consulta:

- Monitorização de sintomas de privação
- Doseamento de monóxido de carbono
- Controle de peso
- Registo de efeitos secundários dos fármacos
- Ajuste terapêutico
- Discussão de dificuldades
- Educação, motivação e discussão de técnicas comportamentais