



**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

# **Consulta de Enfermagem Domiciliária**

## **Domiciliary Nursing Consultation**

Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária

.....

Marco Aurélio Ferreira Pinto

Porto, abril de 2016





**CATOLICA**  
**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

LISBOA · PORTO · VISEU

# **Consulta de Enfermagem Domiciliária**

## **Domiciliary Nursing Consultation**

Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária

.....

Marco Aurélio Ferreira Pinto

Sob a orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves

Porto, abril de 2016



Sei que o meu trabalho é pequeno como a gota no oceano,  
mas sem ele o oceano seria menor.

**Madre Teresa de Calcutá**



## **Agradecimentos**

Este documento é o resultado de muito trabalho, empenho e dedicação. Contudo, não teria sido possível sem a colaboração de diversas pessoas, a quem faço questão de deixar o meu reconhecimento.

À minha esposa e aos meus filhos, pelas horas que lhes não dei e pelo porto seguro que sempre constituíram.

Aos colegas da USF Saúde Mais, pelo incentivo, compreensão e colaboração.

Ao Prof. Doutor Paulo Alves, pelos essenciais contributos no percurso efetuado.

Aos colegas da UCC Feira, pelos momentos de reflexão e partilha.

Às Enfermeiras Paula Leite e Maria Helena Bento, pelo apoio e confiança no trabalho desenvolvido.

Por último, mas não menos importante, ao meu tutor, Enfermeiro José Leite, pela disponibilidade, pela paciência, pela sensatez e pelo exemplo de dedicação à profissão, especialmente à enfermagem comunitária.



## Resumo

A mudança do perfil demográfico da população portuguesa conduziu a uma alteração significativa no ambiente em que se desenvolve a prestação de cuidados de saúde. O envelhecimento demográfico trouxe um aumento do número de pessoas com doenças crónico-degenerativas e de idosos com dependência funcional. Neste quadro, a família afirmou-se como um parceiro e um importante recurso dos serviços de saúde na prestação de cuidados a idosos com défice no auto cuidado.

O domicílio é o local privilegiado para a prestação de cuidados a estes utentes e seus familiares, por proporcionar a possibilidade de avaliar e intervir sobre os fatores familiares, socioculturais e económicos, que influenciam o contexto e o resultado dos cuidados de enfermagem. No entanto, a prestação de cuidados no domicílio coloca o enfermeiro num ambiente de maior complexidade e imprevisibilidade assim como perante a necessidade de assumir um conjunto de papéis mais abrangente.

O presente relatório descreve de forma sucinta e reflexiva, o percurso de construção de competências específicas para a intervenção especializada em enfermagem comunitária e no domínio da investigação científica.

Para efetuar o diagnóstico de saúde, realizamos um estudo descritivo transversal, com o objetivo de estudar os idosos admitidos pela equipa de cuidados continuados integrados e os seus prestadores de cuidados. Os principais problemas encontrados foram as quedas (50% dos idosos caíram no último ano), a sobrecarga do prestador de cuidados (57% apresentavam sobrecarga elevada e 43% sobrecarga moderada) e a intervenção de enfermagem no domicílio. Nomeadamente, percecionamos que a utilização sistemática de escalas validadas para a população portuguesa permitiria uniformizar e alargar o âmbito da avaliação que os enfermeiros fazem dos idosos dependentes e dos seus cuidadores. Após a determinação de prioridades, através da comparação por pares, emergiu como prioritária a necessidade de sistematizar a intervenção de enfermagem no domicílio.

Planeamos o projeto de intervenção comunitária –“Consulta de Enfermagem Domiciliária”, que englobava objetivos e estratégias a curto, médio e longo prazo. As estratégias implementadas passaram pela realização de formação sobre a avaliação e intervenção de enfermagem ao idoso dependente e ao seu cuidador, tendo-se registado um ganho de 13% no conhecimento dos enfermeiros. Foram ainda elaborados cartazes com o intuito de informar a população em geral sobre o papel do enfermeiro na prevenção das úlceras de pressão e na redução das idas à urgência do dependente.

Como estratégia de médio prazo definimos a elaboração de um Manual de Boas Práticas para a Consulta de Enfermagem Domiciliária, que sirva de referência a todos os enfermeiros. A longo prazo, previmos a replicação do estudo inicial, como forma de avaliar o impacto da implementação do projeto de intervenção e o estabelecimento de um protocolo de articulação com o centro hospitalar de referência, relativo à transferência de vítimas de acidente vascular cerebral para o domicílio.

Após a implementação do Projeto de Intervenção Comunitária, o ACeS assumiu a necessidade uniformizar procedimentos nesta área de prestação de cuidados, tendo realizado a divulgação deste trabalho a todos os profissionais e iniciado a elaboração do Manual de Boas Práticas da Consulta de Enfermagem Domiciliária.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Idoso; Autonomia; Dependência; Prestador de Cuidados; Enfermagem Comunitária



## Abstract

The changing demographic profile of the Portuguese population has led to a significant change in the environment in which it develops the provision of health care. The aging population has brought an increase in the number of people with chronic degenerative diseases and older people with functional dependency. In this context, family has established itself as a partner and an important feature of health care services providing care for the elderly with deficit in self-care.

Home is the privileged place for the care of these patients and their families as it provides the ability to assess and intervene in family, socio-cultural and economic factors that influence the context and the outcome of nursing care. However, the provision of home care puts nurses in an environment with greater complexity and unpredictability as well as before the need to take on a more comprehensive set of roles.

This report describes succinctly and in a reflective way, the route of building specific skills for specialized intervention in community nursing, as in the field of scientific research.

To make the health diagnosis, we conducted a cross-sectional study, in order to characterize the sample of patients and carers admitted for continuous integrated care team. The main problems found were related to falls (50% of the elder fell last year), burden of the caregiver (57% presented high burden and 43% moderate burden) and nursing intervention at home. In particular, we realized that the systematic use of validated scales for the Portuguese population would standardize and extend the scope of evaluation that nurses make of dependent elderly and their caregivers. After determining priorities by pair-wise comparison, emerged as a priority the need to systematize the domiciliary nursing intervention.

We planned the community intervention project "Domiciliary Nursing Consultation". The project encompassed goals and strategies in the short, medium and long term. The strategies implemented have gone through the holding of a training event, which presented topics related to evaluation and nursing intervention to the dependent elderly and their caregivers. In the assessment of this gathering, there was a gain of 13% in the knowledge of nurses about the dimensions to address the domiciliary nursing consultation. There were also prepared two posters in order to inform the general public about the role of nurses in the prevention of pressure ulcers and in reducing the dependent visits to the hospital emergency.

As a medium-term strategy, we defined the elaboration of a Good Practice Guide for the Domiciliary Nursing Consult, which may constitute a reference for all nurses. In a long term, we predicted the replication of the initial study in order to assess the impact of implementation of the intervention project and to establish a joint protocol with the reference hospital center on the discharge of stroke victims.

After the implementation of the community intervention project, health service leaders took the need to standardize procedures in this area of care, having performed the dissemination of this work to all professionals and initiated the preparation of the Good Practice Guide for the Domiciliary Nursing Consult.

**Keywords:** Aging; Elderly; Autonomy; Dependency; Caregiver; Community Nursing



## Lista de siglas e acrónimos

- ACeS** – Agrupamento de Centros de Saúde
- AIVD** – Atividades Instrumentais de Vida Diária
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral
- AVD** – Atividades de Vida Diária
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- CHEDV** – Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga
- CCS** – Conselho Clínico e da Saúde
- DE** – Diretor Executivo
- EB 2-3** – Escola Básica do 2º e 3º ciclo
- ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
- ECL** – Equipa Coordenadora Local
- ECTS** - European Credit Transfer and Accumulation System
- EGA** – Equipa de Gestão de Altas
- ICFT** - Índice de Complexidade da Farmacoterapia
- INE** – Instituto Nacional de Estatística
- IRD** – Instrumento de Recolha de Dados
- ISVouga** – Instituto Superior do Entre Douro e Vouga
- MFPC** – Membro da Família Prestador de Cuidados
- MUST** - *Malnutrition Universal Screening Tool*
- OE** – Ordem dos Enfermeiros
- PIC** - Projeto de Intervenção Comunitária
- PNS** – Plano Nacional de Saúde
- QASCI** - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal
- RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
- SIE** – Sistema de Informação de Enfermagem
- SCI** – Sobrecarga do Cuidador Informal
- UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade
- UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
- UF** – Unidade Funcional
- USF** – Unidade de Saúde Familiar
- USP** – Unidade de Saúde Pública
- VD** – Visita Domiciliária



# Índice

Introdução .....	19
1. Diagnóstico de Saúde .....	21
1.1 Planeamento do Diagnóstico de Saúde .....	24
1.1.1 Avaliação do dependente .....	33
1.1.2 Avaliação do prestador de cuidados .....	40
1.2. Definição de prioridades .....	43
1.2.1 Levantamento de Necessidades em Saúde .....	43
1.2.2 Determinação de Prioridades .....	48
2. Projeto de Intervenção Comunitária .....	51
2.1 Estratégias a curto prazo .....	52
2.2 Estratégias a médio prazo .....	60
2.3 Estratégias a longo prazo .....	60
3 Avaliação .....	61
4. Análise critico-reflexiva da aquisição de competências .....	69
5. Conclusão .....	81
Referências bibliográficas .....	83
Apêndices .....	91



## Índice de gráficos

Gráfico 1: Distribuição percentual da amostra, em relação ao conhecimento do seu médico e enfermeiro de família, por tipo de UF prestadora de cuidados .....	37
Gráfico 2: Distribuição percentual da amostra em relação ao motivo para o desconhecimento do enfermeiro de família, por UF prestadora de cuidados.....	38
Gráfico 3: Distribuição percentual da amostra em relação à realização de VD .....	38
Gráfico 4: Distribuição percentual da amostra em relação ao contexto em que ocorreram as visitas domiciliares.....	39
Gráfico 5: Distribuição percentual da amostra em relação à entidade responsável pela referência à ECCI.....	40
Gráfico 6: Percentagem de respostas acertadas no inquérito inicial e final .....	64
Gráfico 7: Avaliação da consecução dos objetivos do Fórum Clínico .....	67

## Índice de tabelas

Tabela 1 Necessidades em saúde encontradas e problemas identificados.....	46
Tabela 2: Resumo dos resultados obtidos com a implementação do PIC .....	65



## **Introdução**

Em Portugal verificaram-se, ao longo dos últimos anos, alterações significativas na estrutura etária da população. Essas alterações conduzem ao adensar do processo de envelhecimento demográfico, tendo-se verificado o aumento da idade média da população residente em Portugal de cerca de 41 para 43 anos, entre 2008 e 2013 (INE, 2014). No triénio 2011-2013 a esperança de vida à nascença para a população residente em Portugal foi estimada em 80 anos, sendo de cerca de 77 anos para os homens e de cerca de 83 anos para as mulheres. Esses valores foram ligeiramente superiores aos obtidos para os períodos antecedentes, mantendo-se a tendência de aumento da longevidade. Em resultado dessa tendência, da queda da natalidade e do recente aumento da emigração, entre 2008 e 2013 o nosso país viu diminuir o volume de população jovem e de população em idade ativa, em simultâneo com o aumento da população idosa (INE, 2014).

Estas alterações do perfil demográfico, conduziram a uma alteração significativa no ambiente em que se desenvolve a prestação de cuidados de saúde, potenciada pelas alterações introduzidas na articulação e modo de funcionamento dos diversos serviços de saúde. A confluência destes fatores e a prática reflexiva sobre o seu desempenho profissional, despertou no estudante a necessidade de alicerçar a procura constante da melhoria na prestação de cuidados de enfermagem, em formação mais especializada. Neste contexto insere-se a frequência do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária.

O presente documento reporta-se ao percurso trilhado pelo estudante, no âmbito da Unidade Curricular Estágio do referido curso, a decorrer no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Os dois módulos desta Unidade Curricular implicaram um total de 360 horas de contacto e (mais de) 140 horas de trabalho individual, a que equivalem 20 ECTS. O Módulo III de Estágio foi creditado, após a avaliação do currículo profissional do estudante.

O Estágio decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Santa Maria da Feira – UCC Feira, pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Entre Douro e Vouga I Feira/Arouca, de 16 de março a 20 de junho de 2015 (Módulo I) e de 14 de setembro a 7 de novembro de 2015 (Módulo II). Este trabalho desenvolveu-se sob a orientação do professor do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade

Católica Portuguesa e tutoria do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, e teve por base a metodologia do planeamento em saúde proposta por Imperatori e Giraldes (1982).

Com presente Relatório pretende-se, essencialmente, transmitir de forma clara, concisa, crítica e reflexiva o caminho percorrido ao longo dos Módulos de Estágio, explicitando as atividades desenvolvidas, as competências adquiridas nas diversas áreas da Enfermagem Comunitária e documentando os resultados obtidos.

Começamos por enquadrar o Estágio, no que se refere à escolha do local e da área programática. Continuamos apresentando as etapas do planeamento do diagnóstico de saúde e os dados que recolhemos. De seguida, apresentamos e enquadrámos conceptualmente as necessidades de saúde encontradas, assim como a metodologia e o resultado da definição de prioridades.

Segue-se a apresentação do Projeto de Intervenção Comunitária, indicando os seus objetivos e estratégias a curto, médio e longo prazo. Faz-se de seguida a avaliação das estratégias implementadas, apresentando os resultados obtidos. Apresentamos ainda uma análise crítico-reflexiva do percurso desenvolvido, à luz do que são as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e encerramos o documento apontando algumas conclusões deste trabalho, as suas implicações para a prática e as limitações que constatamos.

## 1. Diagnóstico de Saúde

O aumento do número de pessoas com doenças crônico-degenerativas ou de idosos com dependência funcional é uma tendência que acompanha o envelhecimento da população, provocando défices no autocuidado das pessoas, que necessitarão de mais suporte por parte da família e comunidade (Decreto-Lei n.º 101/2006; Figueiredo, 2007). De acordo com a versão 2.0 da CIPE (ICN, 2010) autocuidado é uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária”.

Neste contexto, os Membros da Família Prestadores de Cuidados (MFPC) têm vindo a emergir como um importante recurso dos serviços de saúde. Figueiredo (2007) afirma que 80% do apoio requerido pela pessoa idosa dependente é proporcionado pelos cuidadores informais, maioritariamente familiares. Com efeito, é atribuída aos MFPC a responsabilidade pelo cuidado do seu familiar sem que exista, *à priori*, o cuidado de ver avaliada a sua preparação, ou mesmo a compreensão, da exigência que lhes é feita, e do sentido que atribuem ao desafio que lhes é proposto (ou imposto?) (Brereton & Nolan, 2000; Figueiredo, 2007; Andrade, 2013).

A este propósito, Shyu (2000) refere que o processo de transição para o papel de prestador de cuidados é um evento crítico para a família e para o membro da família que assume o papel de cuidador, pelo que é fundamental a intervenção do enfermeiro como recurso potenciador de adaptação. Porém, os estudos de Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd & Dibble (2000) vaticinam que apesar do reconhecimento, por parte dos profissionais, da exigência do desempenho desse papel, atender às necessidades do prestador de cuidados continua a não ser uma prioridade em Enfermagem.

Ainda assim, Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2000) insistem que os enfermeiros têm um papel fundamental nas transições que ocorrem na vida das pessoas, ajudando-as a incorporar conhecimentos novos, a alterar comportamentos e a refazer a sua identidade, de modo a fazer face a novas situações. O envelhecimento e os processos de doença são, neste contexto, consideradas transições conducentes a diversas mudanças na vida quer do dependente, quer de quem o cuida. Esses processos de transição habitualmente tornam quem os vivencia mais vulnerável e exposto a riscos que podem afetar a sua saúde. Advogam, por esse motivo, que a preparação de

elementos da família para o exercício do papel de prestador de cuidados é um dos domínios centrais da prática de enfermagem (Meleis *et al*, 2000).

O domicílio é o local privilegiado para a prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes e seus familiares, sendo a visita domiciliária a estratégia de intervenção de enfermagem mais adequada. É profícua a literatura que refere que a intervenção no domicílio possibilita ao enfermeiro observar o utente no seu ambiente de vivência habitual e da comunidade em que está inserido. O foco de atenção do enfermeiro poderá estar centrado não só nas necessidades do idoso, mas também nos fatores familiares, socioculturais, económicos, e ambientais, que influenciam tanto o contexto de prestação de cuidados, como a eficácia dos cuidados prestados (Rice, 2004; Oliveira & Tavares, 2010; Rocha, Carvalho, Figueiredo & Caldas, 2011; Abreu, 2012; Sousa, 2012).

De destacar porém que a prestação de cuidados no domicílio coloca o enfermeiro num ambiente de maior complexidade na prestação de cuidados. A diversidade e imprevisibilidade das situações encontradas em cada visita domiciliária, sem a segurança das paredes da instituição ou o suporte de uma equipa de trabalho, constitui um verdadeiro desafio para o profissional. Frequentemente, o profissional vê-se na necessidade de assumir o papel de educador, de gestor de caso junto da equipa, de confidente do idoso e do cuidador, de arquiteto das adaptações da casa às limitações do idoso ou de “amigo” que conforta nas tristezas e partilha das alegrias (Abreu, 2012).

Sabe-se também que a população idosa é muito utilizadora de recursos em saúde. Ferreira, Harfouche, Campos e Ramos (2007), altos dirigentes do Ministério da Saúde da altura, colocam o envelhecimento, sobretudo pelos custos no período anterior à morte, entre as cinco principais causas que explicam os motivos pelos quais os gastos com a saúde em Portugal têm crescido a um ritmo superior ao do crescimento económico, assumindo uma importância crescente face ao Produto Interno Bruto.

Neste contexto, Imperatori e Giraldes (1982) apresentam o planeamento em saúde como uma metodologia que potencia a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem a redução dos problemas de saúde considerados prioritários e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos.

Todo o Estágio se desenvolveu na UCC Feira, uma das unidades funcionais do ACeS Feira/Arouca que, tal como o nome sugere, integra os concelhos da Santa Maria da Feira e de Arouca. No seu conjunto esta instituição abrange uma população residente de 162.068 habitantes, representando cerca de 4,4% dos 3.666.234 habitantes da região Norte (Ministério da Saúde, 2014).

Em sintonia com os dados do INE, os dados demográficos relativos ao ACeS descrevem um acentuado envelhecimento populacional. O índice de envelhecimento registado é menor que o da população da região Norte e que a média de Portugal Continental. Contudo, se compararmos o resultado dos Censos de 1991 com os dados de 2012, verificamos um aumento de 124% neste índice. No que toca ao índice de dependência de idosos, também se observam resultados abaixo da região Norte e de Portugal Continental. Fazendo a mesma comparação, constatamos que se verificou um aumento de 52% nesse espaço de tempo.

O índice de dependência de jovens situou-se ligeiramente acima da região Norte, embora abaixo da média para Portugal Continental. Neste indicador, que traduz a relação entre a população jovem e a população em idade ativa, observou-se uma redução de 32% nas duas décadas estudadas.

Deste modo, a análise comparativa das pirâmides etárias da população do ACeS, nos anos de 1991 e 2012, traduz que o crescimento populacional que se verificou na sua área territorial de influência, se deveu essencialmente ao aumento da população mais idosa (alargamento do topo da pirâmide), uma vez que na população jovem se verifica uma diminuição (estreitamento da base da pirâmide). A Caracterização do local de Estágio, na sua versão integral, encontra-se disponível no Apêndice I.

A escolha da área programática teve na sua origem a percepção das alterações demográficas e de que as alterações introduzidas pela reforma dos cuidados de saúde primários proporcionam condições para intervir em novas áreas de atenção da disciplina. Por outro lado, o estudante desenvolve a sua atividade numa Unidade de Saúde Familiar, pelo que a escolha da temática a trabalhar deveria simultaneamente permitir o desenvolvimento de competências na área da Enfermagem Comunitária e ser também relevante para a prestação de cuidados no âmbito da Enfermagem de Saúde Familiar. Assim, a atenção de enfermagem aos membros da família prestadores de cuidados emergiu como ponto de convergência dessas duas áreas de interesse.

Uma vez definida a área programática, surgiu a necessidade de aumentar o conhecimento nesse domínio. Fez-se, por conseguinte, uma revisão da literatura nas bases de dados Cinhal, Medline, Cochane e Mediclatina, no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e outros artigos pertinentes, utilizando as palavras-chave *–Elderly*”, *–Autonomy*”, *–Dependency*” e *–Caregivers*”.

No processo lógico que constitui a metodologia de planeamento em saúde, o diagnóstico de saúde é o primeiro passo. Todo o Projeto de Intervenção Comunitária idealizado ficará condicionado pelo sucesso desta etapa, sendo que quanto maior for a concordância entre o diagnóstico traçado e as necessidades reais, maior será a pertinência do plano, programa ou atividades posteriormente implementadas (Imperatori & Giraldes, 1982).

Deste modo, o diagnóstico de saúde deve ser suficientemente alargado por forma a permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes; ser suficientemente aprofundado para explicar as causas desses problemas; ser fundamentalmente sucinto para ser facilmente lido e apreendido por todos e ainda para que não se gastem demasiadas energias nesta fase evitando prejudicar as seguintes; ser suficientemente claro para ser entendido por elementos da população, por técnicos e por políticos (Imperatori & Giraldes, 1982).

### **1.1 Planeamento do Diagnóstico de Saúde**

A partir da revisão bibliográfica elaborada foi notória a pertinência da utilização de uma abordagem multidimensional na avaliação dos idosos dependentes e dos seus cuidadores. O leque de determinantes que condiciona a autonomia, a independência ou a qualidade de vida destes indivíduos é variado e inclui itens relacionados com a saúde física e mental, mas também com o apoio social, a gestão do regime terapêutico ou as quedas. O diagnóstico de saúde consistiu num estudo descritivo (transversal simples) realizado aos utentes admitidos pela ECCI de Santa Maria da Feira, com que pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- Caracterizar socio-demograficamente os dependentes admitidos na ECCI e os respetivos prestadores de cuidados;
- Caracterizar tipo de família dos dependentes admitidos na ECCI;

- Avaliar a percepção sobre o estado de saúde dos prestadores de cuidados dos dependentes admitidos na ECCI;
- Avaliar a capacidade cognitiva dos dependentes admitidos na ECCI;
- Identificar situações de isolamento social;
- Identificar situações de dependência económica;
- Avaliar complicações associadas ao uso de equipamentos de apoio;
- Definir a situação de saúde relativamente à ocorrência de quedas dos dependentes admitidos na ECCI;
- Caracterizar o regime terapêutico medicamentoso dos dependentes admitidos na ECCI e respetivos prestadores de cuidados;
- Avaliar alterações no que concerne ao padrão de sono dos dependentes admitidos na ECCI e respetivos prestadores de cuidados;
- Avaliar o risco de malnutrição dos dependentes admitidos na ECCI;
- Avaliar o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão nos dependentes admitidos na ECCI;
- Avaliar a utilização dos recursos de saúde da comunidade;
- Avaliar a utilização de outros recursos da comunidade, pelos prestadores de cuidados dos dependentes admitidos na ECCI;
- Avaliar o contexto em que decorre a prestação de cuidados aos dependentes admitidos na ECCI;
- Avaliar o nível de sobrecarga dos prestadores de cuidados dos dependentes admitidos na ECCI.

Assim, na concepção do estudo, definiram-se as seguintes variáveis independentes:

- **Variáveis independentes de avaliação da dimensão demográfica:**
  - **Sexo** - Variável qualitativa nominal: Operacionaliza-se em género masculino e género feminino;
  - **Idade** - Variável quantitativa;
  - **Estado Civil** - Variável qualitativa nominal: Operacionaliza-se de acordo com o código civil: solteiro, casado, união de facto, divorciado, separado e viúvo.

- **Variáveis independentes de avaliação da família**
  - **Classificação social da família** - Variável qualitativa ordinal: Avaliada de acordo com os tipos de família descritos no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012).
- **Variáveis independentes de avaliação da dependência**
  - **Dependência económica** - Variável qualitativa nominal: Necessidade do apoio económico de outras pessoas para subsistir. A variável operacionaliza-se em sim e não.

Selecionamos ainda as seguintes variáveis dependentes:

- **Variáveis dependentes de avaliação da saúde mental**
  - **Perturbações cognitivas** - Variável qualitativa ordinal: Avaliada pela aplicação do *Mini-Mental State Examination* que permite distinguir os indivíduos que apresentam défice cognitivo dos que não o apresentam.
- **Variáveis dependentes de avaliação da capacidade funcional**
  - **Atividades de vida diária** - Variável qualitativa ordinal: Avaliada pela aplicação do Índice de Barthel que permite avaliar a capacidade dos indivíduos para realizarem as atividades de vida diária, classificando-os como independentes, ligeiramente dependentes, moderadamente dependentes e severamente dependentes;
  - **Atividades instrumentais de vida diária** - Variável qualitativa ordinal: Avaliada pela aplicação do Índice de Lawton-Brody que permite avaliar a capacidade dos indivíduos para realizarem as atividades instrumentais, classificando-os em independentes, moderadamente dependentes e severamente dependentes;
  - **Utilização de equipamentos de apoio** - Variável qualitativa nominal: Avalia a utilização de equipamentos de apoio. A variável operacionaliza-se em sim e não;
  - **Dificuldades na utilização de equipamentos de apoio** - Variável qualitativa ordinal: Avaliada pela identificação das dificuldades

manifestadas pelos participantes relativamente à utilização dos equipamentos de apoio. A variável operacionaliza-se em sim e não.

- **Variáveis dependentes de avaliação da consciencialização sobre a saúde**
  - **Qualidade de vida** - Variável qualitativa nominal: Avalia a classificação da qualidade de vida face à auto percepção sobre a saúde individual atualmente e comparativamente com há 5 anos 3. Operacionaliza-se em: Muito Melhor, Melhor, Igual, Pior, Muito Pior;
  - **Problemas de saúde** - Variável qualitativa nominal: Avalia a auto percepção acerca dos problemas de saúde. A variável operacionaliza-se em sim e não;
  - **Comportamento de procura de saúde** - Variável quantitativa: Avalia os contactos com instituições de saúde efetuadas com base na iniciativa individual da pessoa idosa.
- **Variáveis dependentes de avaliação da mobilidade**
  - **Antecedentes de quedas** - Variável qualitativa nominal: variável operacionalizada em número de quedas; local; motivo da queda; atividade que a pessoa estava a realizar quando caiu e consequências da queda.
  - **Fatores ambientais** - Variável quantitativa – número de fatores ambientais de risco de queda na habitação.
- **Variáveis dependentes de avaliação da adesão/gestão do regime terapêutico**
  - **Gestão do regime alimentar** - Variável qualitativa ordinal: Avaliada pela aplicação do *Malnutrition Universal Screening Tool* que permite diferenciar os indivíduos Baixo risco de malnutrição, Médio risco de malnutrição e Alto risco de malnutrição;
  - **Gestão do regime medicamentoso** - Variável que pretende avaliar a capacidade dos indivíduos para lidar com os medicamentos, subdivide-se em:
    - **Polimedicação** - Variável qualitativa nominal: Operacionaliza-se em categoria do medicamento, número de

medicamentos por dia; número de comprimidos por dia; prescritor de cada medicamento e gestão da medicação.

- **Variáveis dependentes de avaliação do padrão de sono**
  - **Perturbações no padrão de sono** - Variável qualitativa nominal: Avalia a presença de alterações classificadas como negativas no padrão de sono da pessoa idosa. A variável operacionaliza-se em sim e não.

Deste modo, para operacionalizar o que estabelecemos, o Instrumento de Recolha de Dados (IRD) a utilizar deveria integrar um leque diversificado questões que permitisse avaliar todos os itens elencados:

- **Avaliação familiar:** baseia-se na descrição do tipo de família em que o dependente está integrado, de acordo com a tipologia proposta no Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar (Figueiredo, 2012);
- **Avaliação das condições habitacionais:** agrega questões relacionadas com a dimensão e condições de higiene da habitação, assim como sobre a presença de fatores de risco ambiental em contexto domiciliar;
- **Avaliação do receptor de cuidados:** agrega questões que caracterizam o receptor de cuidados, nas seguintes dimensões:
  - **Dimensão sociodemográfica:** baseia-se num conjunto de oito questões que permitem a caracterização sociodemográfica dos participantes;
  - **Dimensão para avaliação da consciencialização sobre a saúde:** baseia-se num conjunto de duas perguntas que permitem avaliar o conhecimento dos participantes sobre os seus problemas de saúde e sobre a origem do estado de dependência;
  - **Avaliação física:** baseia-se em seis questões que permitem caracterizar a presença de feridas, dor, equimoses, estado da cavidade oral/deglutição e a acuidade visual e auditiva;
  - **Dimensão para avaliação da saúde mental:** baseia-se num instrumento que permite avaliar o *status* cognitivo (*Mini-Mental State Examination*);

- **Dimensão para avaliação da capacidade funcional:** baseia-se em dois instrumentos que permitem avaliar a capacidade da pessoa idosa para executar as atividades instrumentais de vida diária (Índice de Lawton-Brody) e o autocuidado pessoal (Índice de Barthel);
- **Risco de queda:** baseia-se em 6 questões que permitem fazer a anamnese da queda;
- **Avaliação da utilização de equipamentos de apoio:** baseia-se em duas questões que permitem identificar a utilização de equipamentos de apoio, bem como, as dificuldades associadas à sua utilização;
- **Avaliação da utilização de dispositivos médicos:** baseia-se em cinco questões que permitem identificar a utilização de dispositivos médicos;
- **Úlceras de pressão:** baseia-se num instrumento para a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (Escala de Braden);
- **Gestão do regime terapêutico:** baseia-se num conjunto de perguntas associadas ao regime terapêutico medicamentoso e polimedicação, num instrumento que quantifica a complexidade do regime medicamentoso (Índice de Complexidade da Farmacoterapia) e num instrumento que avalia o risco de malnutrição (*Malnutrition Universal Screening Tool*);
- **Padrão de Sono:** baseia-se numa pergunta que permite identificar perturbações relativamente ao padrão de sono habitual do participante;
- **Comportamento de procura de saúde:** baseia-se num conjunto de questões que permitem avaliar os contactos com as instituições de saúde efectuados com base na iniciativa individual do participante;
- **Conhecimento da população alvo sobre recursos de saúde aos quais tem acesso:** baseia-se num conjunto de perguntas que permitem avaliar o conhecimento individual dos participantes relativamente aos recursos aos quais têm acesso.
- **Avaliação do prestador de cuidados:** a grega questões que caracterizam o prestador de cuidados, nas seguintes dimensões:

- **Dimensão sociodemográfica:** baseia-se num conjunto de três questões que permitem a caracterização sociodemográfica dos participantes;
- **Dimensão para avaliação da consciencialização sobre a saúde:** baseia-se num conjunto de três perguntas que permitem avaliar a auto percepção e o conhecimento dos participantes sobre os seus problemas de saúde e conhecer como avaliam a sua qualidade de vida;
- **Dimensão para avaliação do contexto do cuidar:** baseia-se em seis questões que permitem caracterizar o contexto em que decorre a prestação de cuidados;
- **Gestão do regime terapêutico:** baseia-se num conjunto de perguntas associadas ao regime terapêutico medicamentoso e polimedicação e num instrumento que quantifica a complexidade do regime medicamentoso (Índice de Complexidade da Farmacoterapia);
- **Padrão de Sono:** baseia-se numa pergunta que permite identificar perturbações relativamente ao padrão de sono habitual do participante;
- **Dimensão para avaliação da capacidade funcional:** baseia-se em dois instrumentos que permitem avaliar a capacidade do participante para executar as atividades instrumentais de vida diária (Índice de Lawton-Brody) e o autocuidado pessoal (Índice de Barthel);
- **Avaliação da utilização de recursos comunitários:** baseia-se num conjunto de questões que permitem identificar a utilização de recursos comunitários de apoio ao prestador de cuidados e em que dimensões esse apoio é utilizado;
- **Descrição das dificuldades associadas ao cuidar:** baseia-se em duas questões em que o estudante avalia esta dimensão, de acordo com o seu juízo clínico;
- **Comportamento de procura de saúde:** baseia-se num conjunto de questões que permitem avaliar os contactos com as instituições de saúde efectuados com base na iniciativa individual do participante;

- **Avaliação da sobrecarga do cuidador:** baseia-se num instrumento que avalia o impacto físico, emocional e social do papel de prestador de cuidados (Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal).

A população a estudar constituía o grupo de doentes admitidos na ECCI, no período de 12 a 29 de maio de 2015. Nesse período, foram cuidados por esta equipa 17 doentes. No entanto, para integrar a amostra definimos, para além do facto de integrar a população, mais dois critérios:

- Conseguir realizar um contacto telefónico prévio à entrevista, estabelecendo que se fariam três tentativas de contacto, em dias diferentes;
- O prestador de cuidados aceitar participar no estudo e formalizar essa vontade assinando o consentimento informado.

No processo de constituição da amostra, um dos prestadores não aceitou participar no estudo. Também não se conseguiu contactar, ao fim das três tentativas estabelecidas, dois outros prestadores. Assim, a amostra, foi composta por catorze dependentes e respetivos prestadores de cuidados.

Um aspeto a salientar nesta etapa foi a importância do contacto telefónico prévio. Com o sentimento de insegurança que grassa na população idosa, percebemos que, sem esse contacto, não se teríamos conseguido sequer chegar à fala de uma parte significativa da amostra.

Para além dos aportes da revisão bibliográfica internacional, a construção do IRD baseou-se ainda nos trabalhos de outros enfermeiros, realizados no âmbito dos respetivos Estágios do percurso formativo para a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, considerando o facto de terem estudado uma área programática semelhante.

Sabendo que a nossa amostra incluiria pessoas idosas, antecipamos a possibilidade de existirem indivíduos com défice cognitivo, analfabetos ou com alteração da acuidade visual ou da percepção sensorial. Optamos assim pela construção de um formulário, que seria aplicado com recurso à entrevista semi-estruturada.

Escolhemos fazer essas entrevistas no domicílio dos dependentes. Também neste processo de tomada de decisão se anteciparam as dificuldades que a realização das entrevistas noutra local traria, dada a probabilidade de encontrarmos idosos com elevados níveis de dependência na mobilização. Por outro lado, entendemos que o ambiente “natural” da prestação de cuidados seria o mais favorável para o desenvolvimento da relação entre o estudante, o dependente e o cuidador. Para além disso, a observação direta das condições físicas, emocionais e familiares em que decorre o processo de prestação de cuidados, enriqueceria a recolha de dados com dimensões apenas observáveis *in loco*.

O formulário construído está dividido em quatro grupos, nos quais são integrados instrumentos de mensuração das variáveis, validados para a realidade portuguesa. Contêm ainda, na sua maioria, questões fechadas.

A equipa de trabalho foi constituída pelo estudante, o orientador e o tutor. Não obstante, os elementos da ECCI colaboraram na divulgação prévia da realização do estudo, junto da população de dependentes e prestadores de cuidados. Considerando que apenas o estudante procedeu à recolha de dados, assegurar a uniformidade na sua realização assumiu-se como uma tarefa facilitada.

Atendendo a que o IRD utilizado neste trabalho se tratou de uma adaptação de outros instrumentos já aplicados e às limitações de tempo inerentes ao decurso do Estágio, entendemos que não seria necessária a pré-testagem. Aplicou-se, ainda assim, o formulário a um dependente não pertencente à amostra para controlo de tempo, tendo-se verificado que era longo. O IRD encontra-se disponível no Apêndice II.

No que toca à recolha de dados, a falta de experiência do estudante no desenvolvimento de trabalhos desta natureza e a dispersão geográfica do concelho constituíram as principais dificuldades. O tempo para realizar cada entrevista rondou os 90 minutos, cerca do dobro do inicialmente previsto. Como o instrumento de recolha de dados incide sobre a avaliação do dependente (receptor de cuidados) e do prestador de

cuidados, para cada elemento da amostra foram feitas duas entrevistas em simultâneo. Assim, para avaliar os 14 dependentes da amostra realizaram-se 28 entrevistas.

Os dados recolhidos foram analisados com recurso ao aplicativo *Microsoft Excel*<sup>®</sup>2010. A análise das variáveis foi descritiva, tendo-se apresentado os valores das frequências absolutas e relativas, bem como as medidas de tendência central e de dispersão. Para tornar mais perceptível a sua visualização e análise, elaboramos um conjunto de gráficos, que se encontram na versão integral do Diagnóstico de Situação, disponível no Apêndice III.

Uma vez expostas as opções metodológicas do estudo efetuado, passamos a apresentar os resultados encontrados.

#### **1.1.1 Avaliação do dependente**

Dos 14 dependentes estudados, 50% era do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Apresentavam uma idade média de 82 anos, sendo que 80% deles têm 75 ou mais anos. No que se refere ao estado civil, encontramos 71% casados (N= 10) e 29% viúvos (N= 4).

Metade dos dependentes da amostra (N= 7) reside apenas com o seu cônjuge. Trinta e seis por cento dos idosos (N= 5) vivem numa família nuclear, com pelo menos um filho e 14% (N= 2) integra uma família alargada com três gerações a coabitar.

No que respeita às condições habitacionais verificou-se que, em média, existiam 7 divisões em cada casa. O número máximo de divisões encontrado foi 12, enquanto o mínimo foi 4. Em todas as casas se verificaram boas condições de higiene. Foi contabilizada uma média de 4 fatores ambientais de risco ambiental de queda, quer para os receptores, quer para os prestadores de cuidados, assinalando-se um máximo de 9 fatores numa só habitação.

A maioria dos idosos (57%, N= 8) da amostra contacta diariamente com 1 a 4 pessoas diferentes, cerca de um terço (N= 5) contacta com 5 a 8 pessoas e apenas 7% (N= 1) convive diariamente com 9 pessoas. Verificamos que também em 57% da amostra se verifica o recurso aos serviços de apoio domiciliário dos centros de dia. Atendendo a que as auxiliares desempenham a sua atividade aos pares, e que foram contabilizadas no número de pessoas com quem os dependentes contactam diariamente,

percebemos que estas profissionais, para além da prestação de cuidados instrumentais e de informação, desempenham também um papel importante de companhia e de estímulo para muitos dependentes que, na falta deste serviço, vêm significativamente reduzidos os seus contactos com outras pessoas.

Relativamente à gestão do rendimento mensal, 71% dos prestadores (N= 10) referiram que o rendimento mensal é suficiente para fazer face à despesa corrente. No entanto, as situações de investimento para aquisição de ajudas técnicas ou dispositivos médicos, implicam o recurso às economias do dependente. Em 30% dos casos (N= 3), o recurso às economias é também mobilizado para compensar economicamente a prestação de cuidados, seja aos próprios filhos ou a terceiros que colaboram regularmente por períodos do dia ou da noite. Dos 29% de idosos (N= 4) que referem que o rendimento que auferem não é suficiente para fazer face às despesas correntes, em 75% dos casos os filhos são chamados a colaborar. Nos restantes 25% (N=1), o prestador de cuidados refere que não recebe qualquer colaboração financeira regular, o que implica o recurso frequente a empréstimos de amigos e vizinhos ou até à interrupção temporária da aquisição de medicamentos. Em nenhuma das situações cabia ao dependente a responsabilidade pela gestão financeira, sendo essa tarefa assumida pelos prestadores de cuidados.

No que concerne a antecedentes patológicos, todos os dependentes da amostra apresentavam pelo menos uma patologia crónica. Em média registaram-se 3 patologias por dependente, um valor mínimo de uma patologia e um máximo de quatro. Entre as patologias mais prevalentes na amostra de dependentes estudada, destacam-se as doenças cardiovasculares, presentes em 71% dos casos (N= 10).

Em relação ao motivo pelo qual se instalou a dependência, em 50% dos casos (N= 7) foi associada uma doença aguda à causa da dependência. Em 43% das situações (N= 6) estava associada a uma doença crónica e apenas em 7% dos casos (N= 1) se atribuiu a dependência ao processo fisiológico de envelhecimento. Nas situações em que a doença aguda foi a causa da dependência, sobressai a ocorrência do AVC em 57% dos casos (N= 4). Em 50% das situações em que uma doença crónica originou a dependência (N= 3), verificou-se a presença da doença de Alzheimer.

Na avaliação física dos dependentes, verificou-se que apenas num idoso (7%) existiam feridas. Nenhum apresentava equimoses e apenas dois (14%) referiram a

presença de dor nas últimas 72 horas. Ambos apresentavam dores ao nível articular com intensidade 7 e 8, na Escala Numérica da Dor (DGS, 2011 a).

Vinte e nove por cento dos dependentes (N= 4) apresentam diminuição da acuidade visual e em 36% verifica-se hipoacusia (N= 5). Ao nível da cavidade oral, 71% (N= 10) apresenta perda de mais de 20 dentes. Cinquenta e sete por cento (N= 8) apresentam mastigação comprometida e 7% (N= 1) tinha cáries ativas.

Todos os dependentes apresentavam défice cognitivo e dependência severa na realização das AIVD. Segundo o índice de Barthel, 57% dos dependentes (N= 8) apresenta dependência total na realização das AVD, 21% dependência severa (N= 3) e 21% dependência ligeira (N= 3). Com a aplicação da Escala de Braden, verificamos que 79% dos idosos da amostra (N= 11) apresentam alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão. Aplicando a escala MUST, constatamos que 86% dos dependentes apresentam baixo risco de malnutrição (N= 12) e 16% apresentam médio risco (N= 2).

No que respeita a quedas, 50% dos dependentes (N= 7) referem ter caído no último ano. Destes, em média, cada um caiu duas vezes. Quarenta e três por cento dos dependentes referem ter tropeçado (N= 3); os restantes 57% (N= 4) apontam a falta de força muscular para se manter de pé como a principal causa das suas quedas. Quarenta e três por cento (N= 3) destes eventos ocorreram enquanto o dependente deambulava, 43% (N= 3) relacionaram-se com transferências entre a cama e a cadeira e 14% (N= 1) referem ter caído ao levantar-se. Oitenta e seis por cento das quedas ocorreram dentro de casa, enquanto apenas 14% aconteceram no exterior da habitação.

As consequências mais referidas dessas quedas foram a dor e a formação de hematomas. No entanto, verificaram-se também consequências mais graves como a fratura óssea, ocorrendo mesmo dois casos de necessidade de cuidados hospitalares.

Em relação a este item, salienta-se a dificuldade encontrada em recolher esta informação. Na quase totalidade dos casos, quando questionados diretamente sobre a ocorrência de quedas no último ano, tanto os dependentes como os prestadores de cuidados negaram essa ocorrência. Com o decorrer da entrevista, é que acabou por se perceber a ocorrência e as circunstâncias destes incidentes. Ao tentar indagar a causa desta incongruência, pareceu existir, por parte das famílias, uma certa banalização do

fenómeno das quedas dos idosos, que só são valorizadas quando têm consequências mais visíveis como a necessidade de hospitalização ou uma fratura.

Em 79% dos dependentes (N= 11) observamos a utilização de equipamentos de apoio, como forma de tentar minorar as consequências dos défices físicos. Salientou-se a elevada frequência da utilização de próteses dentárias (50%, N= 7) e oculares (29%, N= 4). Em sentido oposto registamos que, apesar de 36% dos dependentes apresentarem diminuição da acuidade auditiva, apenas 7% (N= 1) utiliza prótese auditiva. Observou-se ainda a utilização do andarilho como auxiliar da marcha em 21% dos idosos (N= 3).

Quando questionamos sobre a existência de dificuldades na utilização destes equipamentos, 57% dos idosos que utilizam prótese dentária (N= 4) referem dificuldade em utilizá-la, por já não estar adaptada à configuração da cavidade oral. Ao nível das próteses auditivas, o único idoso que a usa refere dificuldades na utilização.

No que respeita a dispositivos médicos, não encontramos dependentes a utilizar sonda nasogástrica ou sonda vesical. Trinta e seis por cento (N= 5) utilizam cadeira de rodas, 64% (N= 9) utilizam cama articulada e 64% utilizam colchão anti-escaras.

Todos os dependentes da amostra tinham medicação crónica prescrita. Em média cada um deles tinha 9 medicamentos prescritos, com um número mínimo de 4 e um máximo de 14 medicamentos prescritos, para um único indivíduo. Metade dos idosos estudados ingere mais de 9 comprimidos por dia. Em 86% dos casos é o cuidador quem gere e prepara a medicação do idoso (N= 12). Apenas em 14% das situações, o idoso assume essa responsabilidade (N= 2).

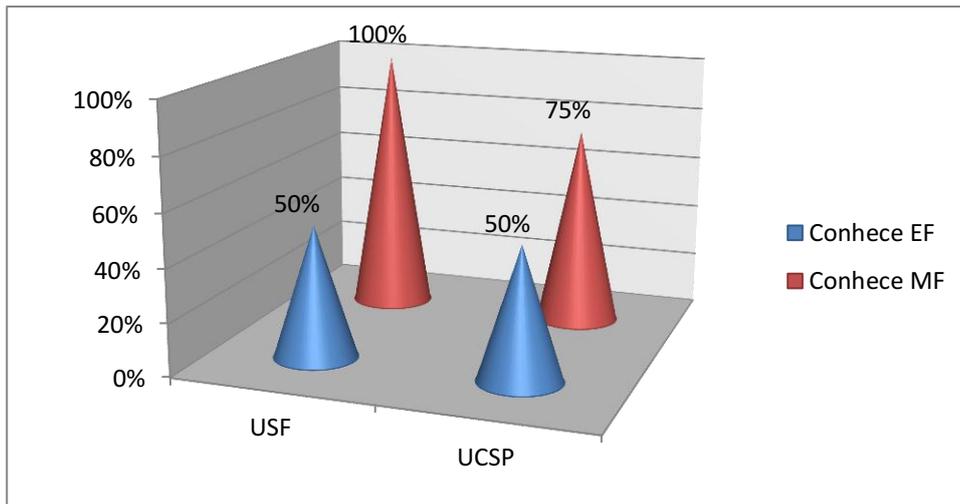
Com a avaliação do Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT), proposto, na sua versão portuguesa por Borges (2011) percebemos a existência de regimes medicamentosos complexos, em função sobretudo da secção relacionada com as “Instruções Especiais” como a existência de horários específicos para a toma da medicação, uso do medicamento com alimentos ou dissolução em água, por exemplo.

Relativamente ao padrão de sono, 71% dos dependentes (N= 10) não apresentava qualquer alteração. Os restantes 29% referem a ocorrência frequente de insónia (N= 4).

Avaliamos também a utilização de recursos em saúde. Setenta e um por cento (N= 10) dos dependentes estão inscritos em Unidades de Saúde Familiar (USF),

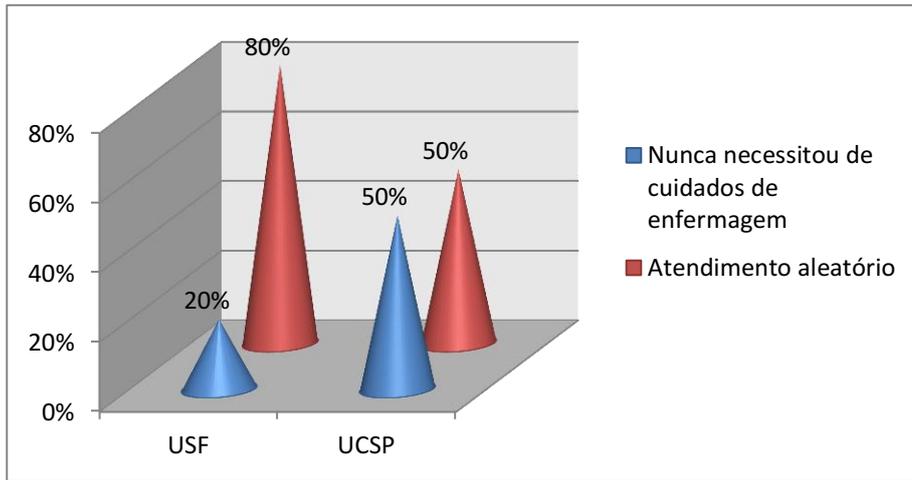
enquanto 29% (N= 4) integram as listas de utentes de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP). Quando questionados sobre o conhecimento dos seus profissionais de referência na Unidade Funcional (UF) em que estão inscritos, 93% dos idosos (N= 13) refere conhecer o seu médico de família. No entanto, apenas metade (N= 7) consegue identificar o seu enfermeiro de família, tal como documenta o gráfico 1.

**Gráfico 1: Distribuição percentual da amostra, em relação ao conhecimento do seu médico e enfermeiro de família, por tipo de UF prestadora de cuidados**



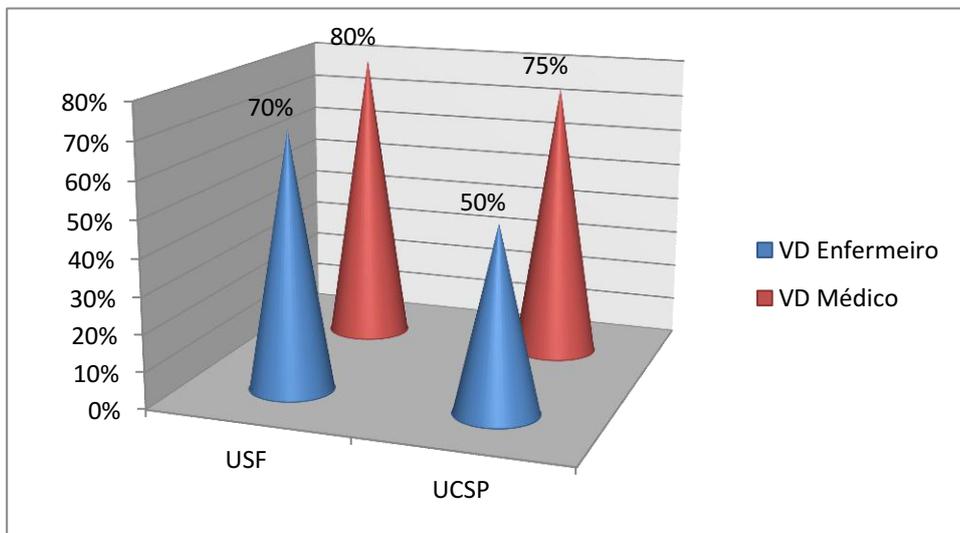
Dos utentes que não conhecem o seu enfermeiro de família, 80% dos inscritos em USF (N= 4) e 50% dos inscritos em UCSP (N= 1) referem que são atendidos aleatoriamente por qualquer enfermeiro, pelo que não conseguem identificar o seu profissional de referência. Apesar de se tratar de idosos dependentes no autocuidado, 20% dos utentes inscritos numa USF (N= 1) e 50% dos inscritos numa UCSP (N= 1) afirmam nunca ter necessitado de cuidados de enfermagem, pelo que nunca tiveram contacto com um enfermeiro do ACeS. O gráfico 2 ilustra esta situação.

**Gráfico 2: Distribuição percentual da amostra em relação ao motivo para o desconhecimento do enfermeiro de família, por UF prestadora de cuidados**



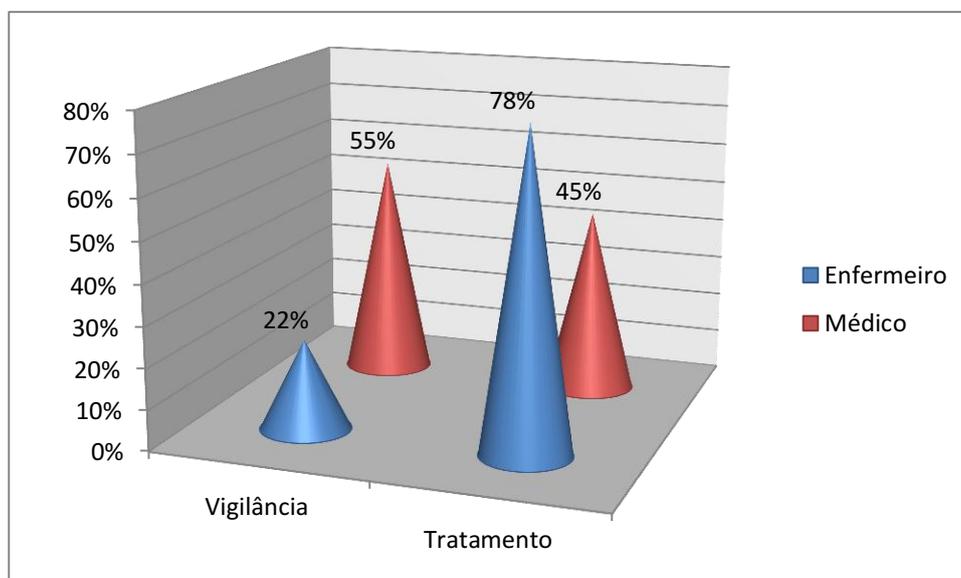
Procuramos também saber se estes utentes já tinham recebido pelo menos uma visita domiciliária (VD) do seu médico ou enfermeiro, desde que são dependentes. Tal como se pode verificar no gráfico 3, verificou-se que, nos utentes inscritos numa USF, em 80% dos casos já tinha sido feita uma visita do médico (N= 8), mas o enfermeiro só tinha visitado 70% dos utentes (N= 7). No caso dos utentes inscritos em UCSP, 75% tinham recebido a visita do médico (N= 3) e 50% tinham sido visitados pelo enfermeiro (N= 2).

**Gráfico 3: Distribuição percentual da amostra em relação à realização de VD**



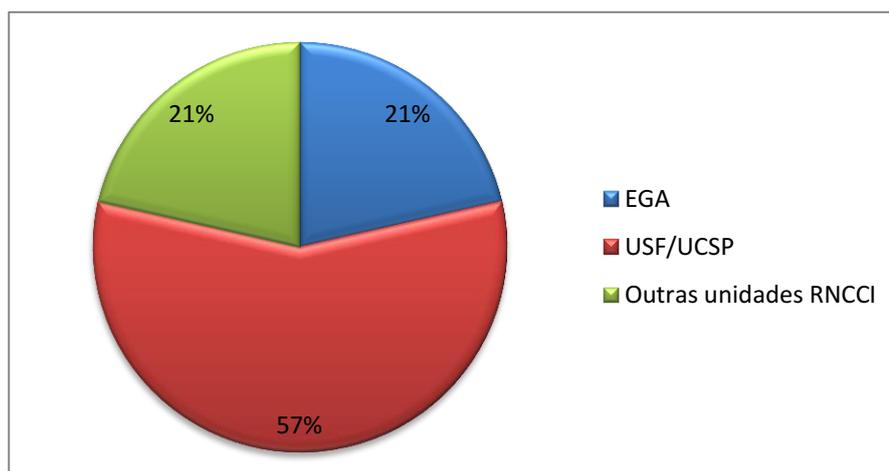
Tentou-se perceber ainda se essas VD ocorreram num contexto de doença aguda ou agudização de sintomatologia crónica, com necessidade de realizar algum tratamento, ou num contexto de vigilância da saúde dos dependentes. No caso das visitas dos médicos, 45% (N= 5) destinaram-se ao tratamento sintomático e 55% à vigilância da saúde (N= 6). No caso dos enfermeiros, a grande maioria das visitas domiciliárias (78%, N= 7) teve por objetivo a realização de tratamentos ou cuidados instrumentais. Apenas 22% das visitas dos enfermeiros (N= 2) foram associadas exclusivamente à vigilância da saúde dos dependentes. O gráfico 4 permite a visualização dos dados recolhidos nesta questão.

**Gráfico 4: Distribuição percentual da amostra em relação ao contexto em que ocorreram as visitas domiciliárias**



Outro aspeto abordado no estudo foi a referenciação à ECCI. Constatou-se que as USF ou UCSP do ACeS foram responsáveis pela referenciação de 57% dos dependentes da amostra (N= 8). Vinte e um por cento (N= 3) foram referenciados pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) hospitalar e 21% chegaram até esta equipa oriundos de outras unidades da RNCCI, tal como se pode observar no gráfico 5.

**Gráfico 5: Distribuição percentual da amostra em relação à entidade responsável pela referência à ECCI**



Dos utentes que foram referenciados pelas UF do ACeS, em 50% dos casos (N= 4) o médico de família foi identificado como aquele que tomou a iniciativa de desencadear o processo de referência. Em 25% dos casos esta iniciativa é atribuída aos enfermeiros (N= 2). Nos restantes 25% dos casos (N= 2), o próprio doente/família é que propôs aos profissionais a procura de outra resposta para a satisfação das necessidades de saúde do dependente.

### **1.1.2 Avaliação do prestador de cuidados**

Dos 14 membros da família prestadores de cuidados (MFPC) estudados, 14% era do sexo masculino (N=2) e 86% do sexo feminino (N= 12). Apresentavam uma idade média de 63 anos, sendo que metade deles tinha 64 ou mais anos. A idade mínima encontrada foi 39 anos e a máxima 82. Em relação ao estado civil, observamos 71% solteiros (N= 10), 21% casados (N= 3) e 7% viúvos (N= 1).

No que se refere à auto percepção do estado de saúde, existiu uma grande dispersão das respostas. No entanto, se somadas, as respostas “razoável”, “bom” e “muito bom” representam 71% dos resultados. Quando se pediu para compararem o estado de saúde atual, com o que teriam há cinco anos atrás, 57% referiram estar igual (N= 8) e 43% afirmaram ter atualmente um pior estado de saúde (N= 6).

No que concerne a antecedentes patológicos, 21% dos MFPC (N= 3) afirmaram não lhes ter sido diagnosticada qualquer doença crónica. No máximo, observou-se a presença de 3 doenças crónicas num único prestador de cuidados. Na amostra, em

média, cada MFPC apresenta duas patologias crónicas. Entre as patologias mais prevalentes na amostra estudada, destacam-se as doenças cardiovasculares, presentes em 64% dos casos (N= 9).

Foram diversos os motivos que os MFPC identificaram para que atualmente desempenhem esse papel. Entre eles, a ligação afetiva, referida por 10 prestadores e a obrigação moral (N= 7), destacam-se claramente em relação aos demais.

Em 79% dos casos (N= 11), o MFPC e o dependente coabitam. Em 93% das situações (N= 13), a prestação de cuidados é uma atividade diária; nos restantes 7% (N= 1), o cuidador principal é substituído ao fim de semana. Noventa e três por cento (N= 13) dos MFPC referem que despendem mais de 5 horas diárias na prestação de cuidados. Os restantes (N= 1) apontam para um período de 3 a 5 horas diárias ocupado nessa atividade. Quanto ao número de anos de exercício do papel de prestador de cuidados, o grupo que constitui a amostra é bastante heterogéneo, destacando-se o facto de mais de metade dos MFPC assumirem essa responsabilidade há mais de 3 anos.

Relativamente ao tipo de cuidado prestado, formam diversas as AVD que os MFPC referiram apoiar ou substituir. Salienta-se a elevada frequência de prestadores a apoiarem os seus familiares nas AVD alimentar-se (N= 12), transferir-se (N= 11), higiene pessoal (N= 10) e vestir-se (N= 8).

Setenta e nove por cento dos MFPC da amostra (N= 11) tinham medicação crónica prescrita. Em média, cada um deles tinha 5 medicamentos prescritos, com um número máximo de 11 medicamentos prescritos, para um único indivíduo. Metade dos prestadores de cuidados estudados ingere mais de 3,5 comprimidos por dia.

Em 93% dos casos (N= 13) é o próprio MFPC quem gere e prepara a sua medicação. Em apenas uma situação, um familiar assume a tarefa de administrar um colírio. A complexidade do esquema terapêutico dos MFPC estudados revelou-se menor que a dos dependentes, mantendo-se a preponderância da secção instruções especiais no resultado final da escala ICFT.

Dos MFPC estudados, 57% não apresentava qualquer alteração no padrão de sono (N= 8). Catorze por cento refere insónia por problemas relacionados com a prestação de cuidados (N= 2) e 29% (N= 4) aponta alterações do sono relacionados com outros problemas. Apenas dois MFPC (14%) referiram que a prestação de cuidados

interferiu com a sua saúde e que, por esse motivo, recorreram mais vezes aos serviços de saúde.

Na amostra estudada, 71% dos MFPC eram independentes nas AIVD (N= 12), enquanto os restantes 29% apresentavam dependência moderada (N= 2). No que respeita ao índice de Barthel, todos os MFPC eram independentes nas AVD.

Para conseguir desempenhar da melhor forma o seu papel, os prestadores de cuidados socorrem-se de diversos recursos. Salienta-se a frequência de MFPC que recorrem aos serviços de apoio domiciliário dos centros de dia (N= 8), assim como os que recorrem a familiares (N= 5), sobretudo para substituição por curtos períodos. Em sentido oposto, sobressai o número reduzido dos que indicam o médico ou o enfermeiro de família (N= 3) como recursos para o desempenho do seu papel.

Relativamente às dificuldades associadas ao cuidar, identificadas pelo estudante, salienta-se a quase totalidade dos casos (N= 13) em que as exigências físicas são um problema. Seguem-se as exigências psicológicas (N= 11), muitas vezes exacerbadas pela ausência de tempo de lazer (N= 5) e pelas exigências económicas (N= 5). Identificamos ainda que, num número significativo de casos, a existência de mais formação (N= 4) e de apoio profissional (N= 3) poderia amenizar um pouco as dificuldades sentidas.

A sobrecarga foi avaliada através do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) desenvolvido por Martins, Ribeiro & Garrett (2003). O resultado do valor global do QASCI permitiu detetar que 57% dos MFPC da amostra (N= 8) apresentam sobrecarga elevada. Os restantes 43% (N= 6) apresentam sobrecarga moderada.

Os domínios que mais contribuem para estes resultados são: sobrecarga emocional (resultado médio de 35, para um máximo de 81), implicações na vida pessoal (resultado médio de 37, para um máximo de 89), sobrecarga financeira (resultado médio de 29, para um máximo de 100), suporte familiar (resultado médio de 20, para um máximo de 100) e reações e exigências (resultado médio de 15, para um máximo de 50).

Numa das questões desta escala pergunta-se aos prestadores de cuidados se consideram que têm conhecimentos e experiência para continuar a cuidar do seu familiar. Obteve-se em relação a este item uma resposta surpreendente. Cerca de 60%

dos prestadores de cuidados (N= 9) refere que os primeiros tempos de adaptação ao papel de prestador de cuidados foram complexos. Asseguram no entanto que se sentem, neste momento, com conhecimento e experiência para prosseguir esta atividade porque aprenderam muito... –com as senhoras do apoio domiciliário”.

A reduzida visibilidade do trabalho dos enfermeiros como profissionais de referência, particularmente no que se refere à prestação de cuidados no domicílio, e ao acompanhamento de indivíduos com défices no auto cuidado e aos seus cuidadores, emerge na clareza e consistência da resposta obtida. Salienta-se que esta realidade vai de encontro aos achados na literatura que refere que esta área de prestação de cuidados está longe de ser uma prioridade em enfermagem (Schumacher *et al*, 2000).

## **1.2. Definição de prioridades**

A existência desta etapa na metodologia de Planeamento em Saúde deriva da dificuldade que se tem quando é necessário tomar decisões sobre assuntos diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo assunto (escolha de técnicas, estratégias). Torna-se imperioso determinar o QUE deve ser resolvido (prioridades) e COMO deve ser resolvido (estratégias), sendo certo que não é possível resolver as necessidades de todos (Imperatori & Giraldes, 1982).

### **1.2.1 Levantamento de Necessidades em Saúde**

Após a análise dos dados recolhidos no estudo elaborado, emergiram três necessidades em saúde, cuja resolução ou prevenção é sensível aos cuidados de enfermagem. Importa, nesta fase, elencar as necessidades encontradas, para que se possa partir para a definição de prioridades. O documento relativo ao Levantamento de Necessidades em Saúde, na sua versão integral, encontra-se disponível no Apêndice IV.

### **Risco de queda**

Em Portugal, a principal causa de lesão nos idosos é a ocorrência de quedas, com uma frequência de 76% entre os 65-74 anos e de 90% no grupo etário com mais de 75 anos (DGS, sd). Estes incidentes resultam, nas situações mais graves, em fraturas da anca, lesões traumáticas da cabeça e ferimentos dos membros superiores. Não é de desvalorizar, por conseguinte, o seu custo económico e social, que compreende não só

medicamentos, consultas e tratamentos de reabilitação, como também a perda de autonomia/independência ou mesmo a mortalidade precoce, assim como a quebra de produtividade dos prestadores de cuidados aos idosos (OMS, 2010).

Sendo esta uma questão pouco abordada e trabalhada (e pelo que observamos, pouco valorizada pelos próprios idosos e cuidadores), poderá existir margem para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente no que se refere à taxa de efetividade na prevenção de complicações (OE, 2007 a), particularmente no âmbito dos cuidados de enfermagem em contexto domiciliário.

No estudo realizado encontramos uma média de 4 fatores ambientais de risco de queda em cada habitação, com um máximo de 9 fatores numa única habitação. Observamos também que 50% dos idosos caíram no último ano, com uma média de 2 quedas por idoso e um máximo de 8 quedas num único idoso.

### **Sobrecarga do cuidador informal**

Para Figueiredo (2012), a prestação de cuidados a um elemento doente ou dependente implica sempre a reestruturação da família e o desenvolvimento de estratégias para alcançar mecanismos de coping eficazes. Apenas a interligação entre a família, o membro prestador de cuidados e a pessoa que é cuidada, no contexto da estrutura familiar em causa, da sua etapa de desenvolvimento, crenças, valores e padrão internacional, permitirá à família identificar forças e recursos que lhe permitam ultrapassar os problemas que essa reestruturação implica.

No estudo realizado, a avaliação da sobrecarga do cuidador informal, através do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal QASCI (Martins, T; Ribeiro, J; Garrett, C; 2003) revelou a presença de sobrecarga elevada em 57% da amostra e de sobrecarga moderada nos restantes elementos da amostra. Assim, a sobrecarga do prestador de cuidados emerge como uma necessidade em saúde identificada no estudo. A intervenção de enfermagem dirigida ao dependente, a seu prestador de cuidados mas, sobretudo à família como um todo, poderá conduzir à observação de níveis de sobrecarga mais reduzidos, originando, por esta via, ganhos em saúde.

### **Intervenção de enfermagem no domicílio**

Com o estudo realizado não se ambicionou produzir resultados generalizáveis nem conclusões largamente aceites. Antes, encontrar pistas que permitam fazer uma reflexão acerca dos cuidados prestados pelos enfermeiros do ACeS. Assim, no estudo encontramos que:

- 79% dos idosos apresentam dependência severa ou total nas AVD;
- Todos os idosos apresentam dependência severa nas AIVD;
- Todos os idosos apresentam défice cognitivo;
- 79% dos idosos apresentam alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão;
- Apenas 20% dos idosos que referem hipoacusia utilizam prótese auditiva, manifestando, ainda assim, dificuldades na sua utilização;
- A generalidade dos idosos da amostra apresenta Índice de Complexidade da Farmacoterapia elevado, sobretudo na secção “Informações Adicionais”, em que a gestão do regime medicamentoso é mais sensível aos cuidados de enfermagem;
- 57% dos prestadores de cuidados apresenta sobrecarga elevada e os restantes sobrecarga moderada.

No entanto, apesar do vasto leque de diagnósticos de enfermagem que a situação descrita poderia permitir identificar, encontramos também que:

- 20% dos dependentes inscritos em USF e 50% dos dependentes inscritos em UCSP não tinham recebido ainda a visita do seu enfermeiro no domicílio, mesmo tendo sido referenciados pelas respetivas equipas para a RNCCI;
- Dos idosos que receberam uma visita domiciliária de enfermagem, 78% refere que ela ocorreu com o objetivo da realização de tratamentos ou atos instrumentais;
- Apenas 22% dos idosos que receberam uma visita domiciliária de enfermagem, referem que a mesma teve o objetivo de efetuar a vigilância e promoção da sua saúde;

- A percentagem de idosos referenciados à RNCCI por sua própria iniciativa ou dos seus familiares é semelhante à percentagem de situações em que os idosos ou os cuidadores identificam os enfermeiros como aqueles que desencadeiam o processo de referenciação;
- 50% dos idosos não consegue identificar o seu enfermeiro de família.

Assim, fomos levados a concluir que também no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, no que se refere ao acompanhamento e promoção da saúde aos idosos com défices no autocuidado, poderá existir margem para a obtenção de ganhos em saúde ao nível dos diversos indicadores de processo e resultado preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007 a). De uma forma mais concreta, percebemos que a utilização sistemática de escalas validadas para a população portuguesa poderia constituir uma estratégia útil para uniformizar a avaliação que os enfermeiros fazem dos idosos dependentes e seus cuidadores, centrando-a na procura de necessidades de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e, por outro lado, estendendo-a a dimensões menos exploradas e/ou trabalhadas no espectro de focos de atenção pertinentes nesta área de prestação de cuidados.

Na tabela 2 apresentamos de forma esquemática as três necessidades em saúde encontradas e os problemas identificados no estudo.

**Tabela 1 Necessidades em saúde encontradas e problemas identificados**

<b>Necessidade em saúde</b>	<b>Problemas identificados</b>
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% dos idosos caíram no último ano;</li> <li>• Média de 2 quedas por idoso;</li> <li>• Máximo de 8 quedas num único idoso;</li> <li>• Média de 4 fatores ambientais de risco de queda em cada habitação;</li> <li>• Máximo de 9 fatores ambientais de risco de queda numa única habitação.</li> </ul>

<p>Sobrecarga do cuidador informal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga elevada em 57% da amostra;</li> <li>• Sobrecarga moderada em 43% da amostra</li> </ul>
<p>Intervenção de enfermagem no domicílio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 79% dos idosos apresentam dependência severa ou total nas AVD;</li> <li>• Todos os idosos apresentam dependência severa nas AIVD;</li> <li>• Todos os idosos apresentam déficit cognitivo;</li> <li>• 79% dos idosos apresentam alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão;</li> <li>• Apenas 20% dos idosos que referem hipoacusia utilizam prótese auditiva, manifestando, ainda assim, dificuldades na sua utilização;</li> <li>• A generalidade dos idosos da amostra apresenta Índice de Complexidade da Farmacoterapia elevado, sobretudo na secção “Informações Adicionais”, em que a gestão do regime medicamentoso é mais sensível aos cuidados de enfermagem;</li> <li>• 57% dos prestadores de cuidados apresenta sobrecarga elevada e os restantes sobrecarga moderada;</li> <li>• 20% dos dependentes inscritos em USF e 50% dos dependentes inscritos em UCSP não tinham recebido ainda a visita do seu enfermeiro no domicílio, mesmo tendo sido referenciados pelas respetivas equipas para a RNCCI;</li> <li>• Dos idosos que receberam uma visita domiciliária de enfermagem, 78% refere que ela ocorreu com o objetivo da realização de tratamentos ou atos instrumentais;</li> <li>• Apenas 22% dos idosos que receberam uma visita domiciliária de enfermagem, referem que a mesma teve o objetivo de efetuar a vigilância e promoção da sua saúde;</li> <li>• A percentagem de idosos referenciados à RNCCI por sua</li> </ul>

	<p>própria iniciativa ou dos seus familiares é semelhante à percentagem de situações em que os idosos ou os cuidadores identificam os enfermeiros como aqueles que desencadeiam o processo de referenciação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 50% dos idosos não consegue identificar o seu enfermeiro de família.</li> </ul>
--	---

Uma vez concluído o levantamento de necessidades, participamos numa reunião de serviço da UCC, onde apresentamos todo o desenho do estudo elaborado, o IRD, os dados recolhidos e as necessidades em saúde encontradas. Para essa reunião foi também convidada a Enfermeira Chefe, na qualidade de membro da Direção de Enfermagem, para que também tomasse conhecimento do trabalho desenvolvido. A reunião teve uma adesão de 100% dos enfermeiros da UCC.

A apresentação desencadeou a reflexão dos profissionais sobre o estado de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem prestados no ACeS. Falamos também sobre cuidados que são prestados de forma tão indireta e subtil, que os doentes acabam por atribuir a outros profissionais a sua prescrição. A iniciativa da referenciação para a RNCCI é disso um exemplo paradigmático.

Quando pensamos na prestação de cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados de saúde primários, facilmente emergem conceitos como “cuidados de proximidade”, “cuidados preventivos”, “preocupação com a saúde das pessoas” ou “visita domiciliária”. Um dos aspetos mais notado e comentado nesta reunião foi que a imagem que a amostra estudada mostrou ter do trabalho dos enfermeiros é quase uma antítese dessas ideias. E sobressaiu a pertinência de partilhar estas conclusões com os restantes colegas e de fazer algo para modificar esta situação.

### 1.2.2 Determinação de Prioridades

Nesta etapa, optamos por convidar alguns enfermeiros para colaborar nesta etapa. Na equipa de enfermeiros do ACeS, escolhemos aqueles que exercem cargos que lhes permitem ter uma perspetiva abrangente sobre a prestação de cuidados de enfermagem aos dependentes e MFPC. Deste modo, integraram este grupo de trabalho,

para além do estudante, o tutor e o orientador de Estágio, a responsável pela ECCI, a coordenadora da Equipa Coordenadora Local (ECL) da RNCCI e a vogal de enfermagem do Conselho Clínico e da Saúde (CCS).

A estas colegas pedimos que partilhassem na reunião aspetos onde lhes parecesse existirem oportunidades de melhoria nesta área de prestação de cuidados, que pudessem ser integradas no projeto de intervenção que iria ser delineado. Deste modo, às necessidades encontradas pelo estudante, poderiam ser acrescentadas as que estes elementos já tivessem diagnosticado, procurando alcançar com esta metodologia a tão desejada concordância entre o diagnóstico traçado e as necessidades reais (Imperatori & Giraldes, 1982). Esta estratégia pretendia também atingir o objetivo pessoal do estudante de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no ACeS.

As convidadas para este grupo de trabalho apresentaram a sua concordância com os resultados apresentados e não acrescentaram outras necessidades de saúde relacionadas com a área programática escolhida.

No momento da definição de prioridades, importa escolher um método que permita evitar a subjetividade dos critérios de escolha. Assim, definimos como determinantes para o estabelecimento de prioridades a importância do problema, a possibilidade de obtenção de ganhos em saúde e a exequibilidade.

Entre os diferentes métodos de determinação de prioridades, escolhemos a comparação por pares. Esta técnica constitui uma abordagem muito prática quando o número de problemas não é muito extenso. Ela permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo que cada problema é comparado sistematicamente a cada um dos outros. Obtém-se a ordenação final a partir do número de vezes que cada problema foi escolhido como sendo o mais importante (Tavares, 1990). Assim, a “intervenção de enfermagem no domicílio” foi indicada como a primeira prioridade, tendo sido escolhida por todos os participantes, quando comparada com cada um dos restantes problemas identificados.

O documento relativo à Definição de Prioridades, na sua versão integral, encontra-se disponível no Apêndice V.



## **2. Projeto de Intervenção Comunitária**

Chegados a esta etapa, tornou-se premente definir um conjunto articulado e coerente de objetivos e estratégias que permitisse intervir no problema prioritário, procurando alterar o seu curso natural (Imperatori & Giraldes, 1982). Neste caso, o curso natural do problema seria a manutenção das práticas profissionais que perpetuariam o estado de desenvolvimento da intervenção de enfermagem junto dos doentes dependentes, no seu domicílio.

A Ordem dos Enfermeiros afirma que o maior desafio para a construção de uma cultura de qualidade nos serviços de saúde passa por reformar métodos e técnicas que demonstram não beneficiar os cidadãos. Defende ainda que a qualidade exige reflexão sobre a prática de modo a definir objetivos do serviço a prestar e delinear estratégias para os atingir (OE, 2002).

Na mesma linha de pensamento, desenvolvemos um Projeto de Intervenção Comunitária (PIC), que denominamos “Consulta de Enfermagem Domiciliária”, cujo objetivo geral foi “Aumentar a qualidade da intervenção de enfermagem no domicílio”. Como enquadramento teórico subjacente ao conceito de qualidade, adotamos os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

De acordo com a Portaria número 306 A (2011), consulta de enfermagem é uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado.” Neste enquadramento, o estabelecimento de um plano de cuidados para resposta a problemas de saúde/doença está diretamente ligado ao processo de enfermagem e à intervenção autónoma do enfermeiro. Por conseguinte, só é possível a sua operacionalização em contexto de consulta de enfermagem (OE, 2014).

Oliveira & Tavares (2010) definem a consulta de enfermagem como a atenção prestada ao indivíduo, à família, e à comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pelo profissional enfermeiro com a finalidade de promover a saúde, mediante o diagnóstico e tratamento precoce. Reforçam que é uma atividade exclusiva do enfermeiro, que, usando da sua autonomia profissional, assume responsabilidade quanto à intervenção de enfermagem a implementar. (Oliveira & Tavares, 2010).

Nesse exercício, escalonamos os objetivos específicos e estratégias em três níveis: curto prazo, médio prazo e longo prazo. No horizonte temporal em que decorreu o Módulo II do Estágio, apenas implementamos as intervenções definidas a curto prazo. Conseguimos porém, a garantia da continuação da implementação do PIC, para além do *términus* do Estágio, tendo-nos disponibilizado para a sua concretização.

Para facilitar a compreensão do PIC, criamos tabelas onde discriminamos os objetivos específicos, as intervenções, as atividades, a população alvo os indicadores e as metas, bem como a calendarização estabelecida. O PIC, na sua versão integral, encontra-se disponível no Apêndice VI.

## **2.1 Estratégias a curto prazo**

No final do Módulo I de Estágio, foi nomeado um novo Diretor Executivo para o ACeS. Por sua vez, o novo DE escolheu uma nova presidente do Conselho Clínico e da Saúde. Assim tornou-se imperioso, ao iniciar o Módulo II, comunicar aos novos elementos o trabalho em curso, adiantando já um esboço do que se pretendia desenvolver nesta etapa do Estágio. Até porque, sendo o grupo de enfermeiros do ACeS a população alvo da intervenção, a obtenção do patrocínio institucional destes órgãos seria fundamental para o sucesso das intervenções planeadas. Mais ainda quando a implementação de uma parte o PIC ficará à responsabilidade do ACeS.

Uma vez consciencializada a direção clínica e executiva do ACeS, era tempo de informar os enfermeiros relativamente ao diagnóstico de saúde elaborado e ao PIC a implementar. Aquando das apresentações feitas ao DE e ao CCS, conseguimos sensibilizar para a pertinência de fazer essa partilha. Assim, acordamos a realização de uma reunião de enfermeiros, com representantes de todas as UF. Atendendo a que existem UF no ACeS com mais do que um pólo, foi aceite a nossa sugestão de alargar a reunião, quando possível, a um representante de cada pólo.

Na reunião estiveram presentes 34 enfermeiros, não tendo faltado a representação de nenhuma UF. Várias tiveram presente um enfermeiro por pólo. Não obstante, solicitamos aos colegas que partilhassem também com os restantes enfermeiros da sua UF a informação recebida e, para auxiliar nessa atividade, enviamos

os slides da apresentação para todos os endereços de correio electrónico dos gabinetes de enfermagem do ACeS.

Nessa reunião, o DE aproveitou para fazer a sua apresentação pública aos enfermeiros e foi discutida ainda a operacionalização da campanha de vacinação antigripal no ano em curso. Da nossa parte, para além da descrição sumária da metodologia do planeamento em saúde, que norteou todo o Estágio, apresentamos os dados que recolhemos, os problemas de saúde encontrados e a definição de prioridades estabelecida.

O programa provisório do Fórum Clínico da UCC Feira tinha já sido distribuído por todas as UF. Aproveitamos por isso a oportunidade para explicar a forma como cada tema se relaciona com os achados do estudo e com a realidade atual do ACeS, para apresentar cada formador e as razões para a sua escolha e ainda para sensibilizar para a pertinência de todas as UF se fazerem representar por, pelo menos, um enfermeiro.

Para que conseguíssemos aumentar o conhecimento dos enfermeiros do ACeS sobre os aspetos mais relevantes a abordar numa consulta de enfermagem domiciliária, organizamos o Fórum Clínico da UCC Feira subordinado ao tema “Consulta de Enfermagem Domiciliária”.

Na escolha dos temas a abordar neste encontro começamos por nos centrar no levantamento de necessidades efetuado. Tínhamos percebido que o uso sistemático de escalas validadas para a população portuguesa, na avaliação do idoso dependente e do prestador de cuidados, seria uma forma de os enfermeiros uniformizarem a sua avaliação e ainda de a centrarem em necessidades de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Por conseguinte, emergiu a necessidade de aprofundar o conhecimento dos enfermeiros sobre escalas de avaliação como um dos primeiros temas. Desde logo, as que se relacionam com a sobrecarga do cuidador informal, por uma questão de coerência com a área programática escolhida para este trabalho. Depois, recordando os achados do estudo, entendemos igualmente pertinente formar para a abordagem ao risco de queda do idoso no domicílio e para a avaliação da capacidade funcional.

Decidimos também aproveitar o facto de o orientador de Estágio ser uma referência, ao nível internacional, no que concerne ao tratamento de feridas e incluímos ainda este tema.

Entre o Módulo I e o Módulo II do Estágio, não foi só o DE e CCS que mudaram. Pela primeira vez na história do ACeS e dos Centros de Saúde que lhe deram origem, existem nutricionistas a exercer a sua atividade na instituição. Logo após a sua tomada de posse, uma das primeiras iniciativas no ACeS foi reunir com a UCC para que fossem definidas formas de articulação, particularmente com a ECCI. Reconhecendo que era uma reunião pertinente para o desenvolvimento do Estágio, o coordenador da UCC convocou o estudante para a reunião, proporcionando-lhe a oportunidade de colaborar ativamente na definição do modelo de articulação com estas profissionais.

Um dos aspetos abordados na reunião foi a pertinência da utilização da escala *Mini Nutritional Assessment* (MNA) como o referencial para determinar a necessidade de encaminhar os idosos para o cuidado das nutricionistas. Deste modo, decidimos incluir também esta escala nos temas a abordar no Fórum Clínico da UCC Feira.

Fazer um encontro de formação apenas sobre escalas de avaliação poderia ser monótono e pouco motivador. Assim, decidimos abordar esta dimensão em quatro *workshops* temáticos simultâneos. Cada enfermeiro teria a possibilidade de se inscrever na temática que lhe despertasse maior interesse, o que poderia aumentar a motivação para a participação no encontro. Esta estratégia permitiu também abordar um maior número de escalas, num tempo mais reduzido, abrindo espaço para a inclusão de mais temas no encontro.

Continuando a aproveitar a disponibilidade do orientador de Estágio e das nutricionistas, decidimos completar a manhã com uma mesa redonda para abordar as “*Guidelines* internacionais e evidência científica na prevenção de úlceras de pressão” e ainda os “*Aspetos relevantes na alimentação do dependente*”.

Durante os dois Módulos de Estágio, um tema recorrente nas conversas com os colegas da ECCI foi a sua preocupação com a diminuição no número de doentes referenciados. Importa salientar que a única forma de os doentes acederem aos cuidados prestados pela ECCI é através da referenciação para a RNCCI, pelo que se a referenciação baixar, a taxa de ocupação deste serviço baixa também podendo mesmo, no limite, essa redução colocar em causa a sua existência.

Tentamos perceber em pormenor esta percepção dos colegas e encontramos que em 2014, foram referenciados 58 doentes para a ECCI, enquanto nos primeiros nove

meses de 2015 foram referenciados 37 doentes. Em termos médios tivemos 4,8 referências por mês em 2014 e apenas 4,1 em 2015, o que representa uma redução de 15%. Se pensarmos que a ECCI serve uma população de mais de 160 000 utentes, com uma disponibilidade máxima de 20 doentes admitidos, que raramente foi utilizada, percebemos que as preocupações das colegas são realistas.

Assim, perante estes dados, entendemos que também seria pertinente divulgar no Fórum Clínico o trabalho que a ECCI tem vindo a desenvolver e a forma de referenciar para a RNCCI, abordando as diferentes tipologias das unidades da rede e as suas diferentes missões. Tendo-se observado que existe uma boa articulação, na área dos cuidados continuados, com o Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga (CHEDV), decidimos também convidar a enfermeira responsável pela EGA para divulgar esta prática tão profícua para os doentes que necessitam deste acompanhamento mais prolongado e personalizado.

Para encerrar o encontro, pensamos numa conferência sobre uma temática que é transversal aos temas abordados no Fórum Clínico, e que encerra em si as principais preocupações que deram origem a todo este trabalho: “Capacitar para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados, uma opção de/com futuro”. Para a proferir, convidamos uma docente da Universidade Católica Portuguesa que tem nos cuidados ao idoso a sua principal área de interesse profissional e que, por esse motivo, aborda este tema de uma forma apaixonada e apaixonante.

A alguns dias do encontro recebemos a notícia de que um dos formadores de um *workshop* não iria conseguir estar presente. Verificamos ainda que um outro tema foi selecionado por muito poucos formandos. Deste modo, decidimos agrupar os *workshops* dois a dois, associando os temas que mais se relacionavam entre si. Assim, numa sala abordamos a avaliação nutricional, o tratamento de feridas e o risco de queda e, noutra sala, a capacidade funcional e a sobrecarga do cuidador informal.

O programa final do Fórum Clínico da UCC Feira, encontra-se disponível no Apêndice VII.

Depois de obter a aceitação dos docentes que convidamos para esta iniciativa e de encontrar uma data em que era possível a sua presença, apresentamos o programa ao DE e CCS do ACeS. A sua aprovação era indispensável para conseguir a dispensa de

serviço dos enfermeiros para participarem na formação uma vez que, tendo o Fórum sido preparado em menos de três semanas, já não havia tempo para requerer a comissão gratuita de serviço que permitisse justificar a ausência, dentro dos prazos previstos na legislação.

Tanto o DE como o CCS deram a sua aprovação, manifestando reservas apenas em relação ao *timing* apertado para divulgar o encontro. Contudo, ainda assim, sugeriram que se fizesse divulgação externa, reconhecendo a elevada pertinência dos temas abordados, tanto para profissionais dos cuidados de saúde primários, como para os que desenvolvem a sua atividade ao nível hospitalar, bem como a qualidade dos formadores envolvidos.

Após a aprovação do DE e CCS, submetemos o programa do Fórum também à aprovação do Núcleo de Formação do ACeS, formalizando junto desse órgão o *dossier* pedagógico da formação. Somando esta aprovação, reunimos as condições necessárias para que o Fórum Clínico fosse considerado uma formação em serviço. Assim, a divulgação interna deste encontro partiu do Núcleo de Formação e do CCS, que assumiram a importância de todas as UF prestadoras de cuidados de saúde familiar participarem com pelo menos um enfermeiro inscrito e comunicaram esse objetivo aos enfermeiros, aquando do envio da divulgação.

Deste modo, para além de uma estratégia do PIC que delineamos, conseguimos que o Fórum Clínico da UCC fosse ainda, simultaneamente, uma formação em serviço do ACeS e um encontro de formação aberto a todos os profissionais que quisessem e pudessem participar.

Quanto ao local para realização do Fórum, decidimos desde logo que deveria ser próximo da sede da UCC, uma vez que se tratava de uma atividade desta UF. Sabendo que o programa inclui formação em auditório e um *workshop*, que implica a utilização de duas salas, equipadas com computador e projetor multimédia, durante cerca de duas horas, pensamos em três espaços: a Escola Secundária de Santa Maria da Feira, a EB 2-3 Fernando Pessoa e o ISVouga.

Optamos pelo ISVouga, essencialmente por duas ordens de razão: por um lado, já existia um protocolo de colaboração entre o ACeS e o ISVouga, que possibilita a cedência das instalações, o que tornava mais célere a obtenção de resposta ao pedido de

utilização do espaço; por outro lado, as outras duas propostas são escolas com aulas no regime diurno, enquanto o ISVouga tem atividade letiva sobretudo em horário pós laboral. Se tivéssemos optado por uma das outras escolas, para além da possibilidade de não termos duas salas de aula disponíveis no período pretendido, teríamos seguramente dificuldades acrescidas ao nível da logística das inscrições, dado o controlo apertado que se exige atualmente às escolas básicas e secundárias, no que respeita à circulação de estranhos no espaço escolar.

No que se refere à divulgação externa, ela foi feita exclusivamente com recurso à correspondência electrónica e às redes sociais. Cada elemento da equipa de trabalho endereçou um convite à participação no Fórum a todos os enfermeiros da sua lista de contactos de correio electrónico. Solicitamos ainda que colaborassem na divulgação, reencaminhando também a todos os seus contactos. Com essa estratégia conseguimos que o encontro fosse divulgado em páginas de divulgação nacional como a página de *Facebook* da UCC Feira, a página do ACeS, o fórum da Associação Nacional de USF (USF-AN) ou o blogue “*Cogitare* em saúde” e até em páginas de divulgação internacional de eventos.

A vogal de enfermagem do CCS endereçou também um convite à participação e colaboração na divulgação às vogais do CCS dos ACeS mais próximos. A coordenadora da ECL, por sua vez, fez o mesmo com as ECL e as UCC vizinhas.

Lançamos ainda o convite à participação de elementos da área funcional da dinamização do conhecimento da ARS Norte e solicitamos que fosse feita a divulgação do evento através do seu circuito institucional. Obtivemos um agradecimento pelo convite, um voto de louvor pela iniciativa e a garantia de que a ARS iria incluir formação sobre a consulta de enfermagem domiciliária no seu plano de formação, já durante o ano de 2016.

Uma outra conclusão que retiramos dos resultados do estudo elaborado prende-se com a falta de reconhecimento do papel do enfermeiro no acompanhamento de idosos dependentes no domicílio. Só desta forma, se compreende a naturalidade com que os idosos e os seus cuidadores aceitam o facto de:

- Não serem preferencialmente acompanhados pelo mesmo enfermeiro;

- Não terem sido acompanhados pelo seu enfermeiro no domicílio, apesar dos elevados índices de dependência e do alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão;
- A quase totalidade das visitas dos enfermeiros se destinar à realização de tratamentos ou à prestação de cuidados instrumentais.

Assim, incluímos também no PIC, para além da linha de intervenção junto dos profissionais de saúde anteriormente descrita, uma linha de intervenção junto da população em geral. Com o propósito de informar a população sobre o papel do enfermeiro na consulta de enfermagem domiciliária e decidimos elaborar cartazes que permitissem fazer essa comunicação.

Seria impossível abordar, num meio de comunicação que se pretende o mais simples e direto possível, toda a amplitude das possibilidades de intervenção do enfermeiro, no âmbito da consulta de enfermagem domiciliária. Seleccionamos apenas duas áreas que nos pareceram apresentar preocupações básicas, comuns a profissionais, idosos e cuidadores e que, por esse motivo, poderiam facilmente despertar a atenção do *target* desta campanha: a prevenção de úlceras de pressão e o recurso ao serviço de urgência hospitalar para resolução de episódios de doença aguda ou de agudização de sintomatologia crónica.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2011 b), estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. Os seus documentos referem que o conhecimento da etiologia e fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção.

Por outro lado, sabemos que em enfermagem, os cuidados de proximidade assumem uma especial relevância. Viver mais não significa necessariamente viver melhor e, como verificamos no nosso estudo, um elevado número de idosos sofre de doenças crónicas e de fragilidade, que requerem cuidados complexos e continuados no domicílio. Neste sentido, entendemos que os cuidados de proximidade permitem dar respostas mais adequadas à complexidade dos problemas e necessidades da pessoa idosa, para além de constituírem um fator de humanização (Ávila, 2009).

Com efeito, fazendo uso do seu papel de *pivot* no seio de uma equipa multiprofissional, de entidade corresponsável pelo contínuo de cuidados e ainda de elo de ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade, o enfermeiro emerge como o elemento central no contexto da prestação de cuidados de proximidade (Ministério da Saúde, 2012). Pese embora a existência de limitações ao nível dos recursos humanos e de meios de transporte que condicionam a atividade do enfermeiro no domicílio, é também da sua competência a deteção de situações de doença aguda e de agudização das doenças crónicas que possam surgir, encaminhando a situação para o profissional que se encontre melhor preparado e colocado para a resolução dessas situações (OE, 2011).

Deste modo, muitas destas situações passíveis de resolução do âmbito dos cuidados de saúde primários, se detetadas e resolvidas e/ou encaminhadas em tempo útil pelo enfermeiro, evitam a deslocação do idoso e do seu cuidador à urgência hospitalar.

Assim, fundamentando-nos nos pressupostos apresentados, utilizamos nos cartazes os seguintes *slogans*:

- 95% das úlceras de pressão podem ser evitadas. Se tem um dependente a seu cargo peça ajuda ao seu enfermeiro;
- O acompanhamento de enfermagem no domicílio evita idas à urgência. Se tem um dependente a seu cargo peça ajuda ao seu enfermeiro.

Para a elaboração dos cartazes solicitamos a dois idosos que colaborassem nesta campanha, aceitando ser fotografados e cedendo gratuitamente os seus direitos de imagem. As questões ético-legais relacionadas com esta colaboração voluntária e gratuita foram devidamente acauteladas, através da formalização do documento –“Consentimento informado, livre e esclarecido para a cedência de direitos de imagem” que tanto o estudante como os idosos envolvidos assinaram, acordando que as imagens apenas seriam utilizadas para a realização deste trabalho.

A imagem dos cartazes elaborados, encontra-se disponível no Apêndice VIII.

## **2.2 Estratégias a médio prazo**

Com o PIC pretende-se que os enfermeiros adotem um conjunto de práticas, na assistência aos doentes dependentes no autocuidado e seus cuidadores, que contribuam para aumentar a qualidade da intervenção de enfermagem no domicílio.

Neste contexto, emerge a necessidade de, a médio prazo, construir um documento que sirva de referência no ACeS, nesta área de prestação de cuidados. Esse Manual de Boas Práticas deverá conter critérios mínimos de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem ao nível dos parâmetros a avaliar e da forma de documentar o processo de enfermagem de cada dependente e/ou cuidador no Sistema de Informação de Enfermagem (SIE).

O estudante disponibilizou-se para, a partir do final do Estágio, desenvolver em parceria com a UCC, o CCS e a Direção de Enfermagem as estratégias de médio prazo, tendo sido aceite essa colaboração por parte do Diretor Executivo.

O PIC, na sua versão integral, encontra-se disponível no Apêndice VI.

## **2.3 Estratégias a longo prazo**

Num período mais dilatado de tempo, pensamos ser adequado pensar na implementação de duas estratégias: a replicação do estudo realizado e a implementação de um protocolo de articulação com o CHEDV.

No que se refere às estratégias de longo prazo, caberá ao ACeS tomar a iniciativa de iniciar a sua implementação, no momento que entender mais oportuno quer do ponto de vista da disponibilidade de recursos humanos (para a replicação do estudo realizado no Módulo I), quer do nível de implementação e desenvolvimento da consulta de enfermagem domiciliária (para a tentativa de estabelecimento de um protocolo de articulação com o CHEDV).

O PIC, na sua versão integral, encontra-se disponível no Apêndice VI.

### 3 Avaliação

De acordo com o estabelecido no Projeto de Estágio para o Módulo II, a implementação do PIC foi alvo de um processo de avaliação contínua que suportou as diversas opções que tomamos ao longo deste processo, em função das condições que fomos encontrando. Para além disso, cada estratégia foi avaliada através do cálculo de indicadores de processo e de resultado construídos para o efeito. Deste modo, passamos a apresentar o cálculo dos indicadores definidos na tabela 2.

Quando nos propusemos **informar o DE e o CCS sobre a situação problemática encontrada**, previmos a realização de uma reunião com cada um destes elementos, que realizamos. Nessas reuniões conseguimos ainda sensibilizar para a pertinência de apresentar o PIC numa reunião de serviço de enfermagem, tal como nos propusemos, pelo que o objetivo foi integralmente cumprido.

Para alcançar o objetivo de **informar os enfermeiros do ACeS sobre a situação problemática encontrada** realizamos a referida reunião, tendo definido como indicadores:

- Proporção de enfermeiros presentes na reunião de serviço, com uma meta de 20%;
- Proporção de UF para onde foi enviada a apresentação *Power Point*, com uma meta de 100%.

Na reunião estiveram presentes 34 dos 108 enfermeiros do ACeS, o que corresponde a uma percentagem de 31,48% ( $34 \div 108 \times 100 = 31,4\%$ ). Todas as UF estiveram representadas e várias tinham um elemento de cada pólo. No final da reunião, foi enviada a apresentação *Power Point* utilizada na reunião a 100% das UF do ACeS.

Consideramos, deste modo, que este objetivo foi também integralmente cumprido.

Para **informar a população sobre o papel do enfermeiro na consulta de enfermagem domiciliária**, elaboramos os cartazes a que nos propusemos ( $2 \div 2 \times 100 = 100\%$ ). Conseguimos ainda tornar economicamente viável a sua impressão e distribuição através da negociação do valor das sessões fotográficas e do apoio do gabinete de *design*, que ofereceu os seus honorários relativos à concepção da campanha.

Quando solicitamos autorização ao DE para fossem distribuídos e afixados pelas diversas UF do ACeS, ele achou por bem formalizar esse pedido à ARS Norte.

Tanto o DE como a vogal de enfermagem do CCS acharam que os cartazes produzidos nada ficavam a dever, tanto do ponto de vista estético como do conteúdo, a vários outros cartazes que chegam pela via da ARS para serem afixados. Por isso, o pedido que o DE se comprometeu a fazer tem a dupla função de solicitar a autorização para distribuir no ACeS, mas também de a própria ARS chamar a si a divulgação dos cartazes por toda a região Norte.

Deste modo, consideramos que, da nossa parte, foi feito tudo o que estava ao nosso alcance para concretizar o objetivo a que nos propusemos. Está apenas pendente um procedimento burocrático que, estamos convencidos, não impedirá a prossecução da implementação da estratégia. Assumimos, por conseguinte, que também este objetivo foi cumprido.

Com o **intuito de aumentar o conhecimento dos enfermeiros do ACeS sobre os aspetos mais relevantes a abordar numa consulta de enfermagem domiciliária**, organizamos o Fórum Clínico da UCC, subordinado ao tema –“Consulta de Enfermagem Domiciliária”, onde foram abordados onze temas diferentes (Capacidade funcional; Sobrecarga do cuidador informal; Cicatrização de feridas; Risco de queda; Estado nutricional; *Guidelines* internacionais e evidência científica na prevenção de úlceras de pressão; Aspetos relevantes na alimentação do dependente; O trabalho desenvolvido pela ECCI; A referenciação para a RNCCI; A interligação do hospital com os cuidados de saúde primários; Capacitar para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados, uma opção de/com futuro).

No Fórum Clínico estiveram presentes 68 profissionais. Noventa e dois por cento eram enfermeiros (N= 62), mas o encontro despertou também o interesse de 3 médicas (4%) e 3 assistentes sociais (4%). Quarenta participantes eram profissionais do ACeS (59%) enquanto 28 (41%) eram provenientes de outras instituições de saúde.

No que se refere apenas aos enfermeiros que participaram neste encontro, 58% pertenciam ao mapa de pessoal do ACeS (N= 36). Os restantes 26 eram oriundos de outras instituições.

Todas as UF do ACeS tiveram pelo menos um enfermeiro a participar no Fórum. Os 36 enfermeiros do ACeS que participaram no Fórum correspondem a 33% dos 108 enfermeiros que o grupo integra ( $36 \div 108 \times 100 = 33\%$ ). A meta que tínhamos estabelecido era para este indicador era 40%, mas apenas alcançamos 83% dessa meta. Assim, este objetivo foi parcialmente atingido.

A consecução deste objetivo implicava que todas as UF tivessem pelo menos 2 enfermeiros inscritos. Analisando com alguma frieza e distanciamento esta realidade, reconhecemos que, para o reduzido tempo que tivemos para promover esta iniciativa, propusemos uma meta ambiciosa. O facto de, mesmo assim, o desvio da meta ter sido reduzido, revela, na nossa opinião, a boa aceitação que o Fórum teve entre os enfermeiros do ACeS.

Para proceder à avaliação do aumento do conhecimento sobre os aspetos mais relevantes a abordar numa consulta de enfermagem domiciliária, pedimos aos formadores que formulassem duas questões sobre o(s) tema(s) que iriam abordar. Assim, obtivemos um questionário com 16 questões, em que cada um dos principais temas abordados no encontro (tratamento de feridas, sobrecarga do cuidador informal, nutrição e RNCCI) foi avaliado por 4 questões. Foram elaborados dois questionários diferentes, conforme os *workshops* frequentados pelos formandos e, por uma questão de uniformidade, todas as questões foram de escolha múltipla, com 4 opções de resposta.

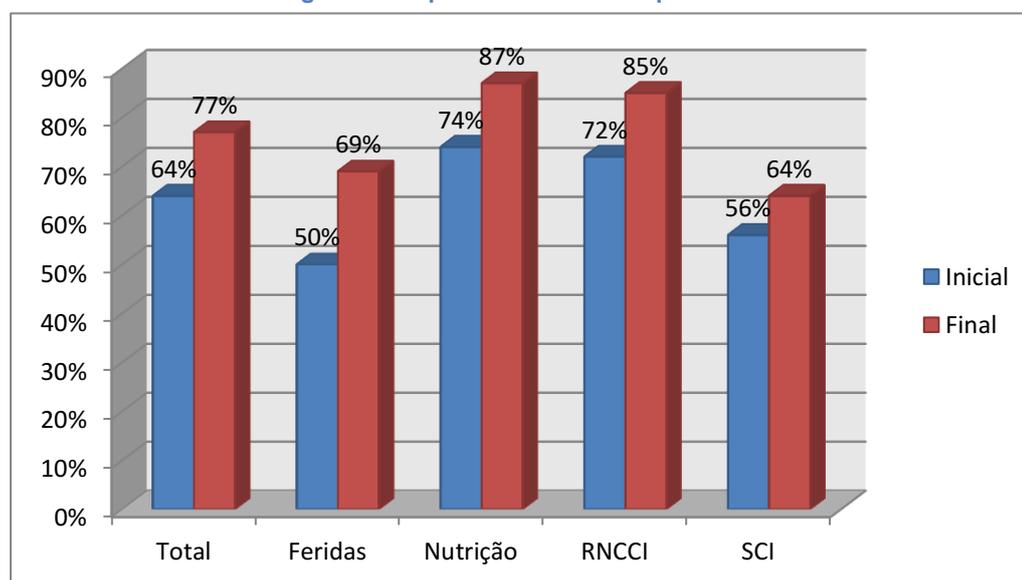
Os questionários utilizados na avaliação do conhecimento dos formandos encontram-se disponíveis no Apêndice IX.

Os questionários iniciais foram respondidos e recolhidos no início do encontro. Os questionários finais eram exatamente iguais aos iniciais, de modo a permitir a comparação das respostas antes e após a formação. Eles foram apenas recolhidos no final do dia, aquando da emissão do certificado de presença. Para fazer a avaliação dos ganhos de conhecimento, concebemos o único indicador de resultado do PIC. Para calcular este indicador, comparamos a percentagem de respostas acertadas, nos questionários iniciais e finais.

Dos 62 questionários distribuídos aos enfermeiros que participaram no Fórum Clínico, foram entregues 100% dos questionários iniciais (N= 62) e 84% dos questionários finais (N= 52).

De um total de 64% das respostas certas no questionário inicial, passamos para um valor de 77% no questionário final. Observamos, assim, um ganho de 13% no conhecimento dos enfermeiros, quando tínhamos definido uma meta de 10%. Consideramos, deste modo, que atingimos o nosso objetivo. No gráfico 6 apresentamos estes resultados de forma esquemática, para facilitar a sua visualização.

**Gráfico 6: Percentagem de respostas certas no inquérito inicial e final**



Analisando as respostas para cada tema *per si*, nas questões relacionadas com o tratamento de feridas, verificamos um aumento de 19% das respostas acertadas, tendo passado dos 50% para os 69%. Os 74% de respostas acertadas na área da nutrição passaram para 87%, traduzindo-se num ganho de 13%. Nas questões referentes à RNCCI houve também um ganho de 13%, na medida em que os 72% de respostas corretas no questionário inicial passaram para 85% no questionário final. Já no que se refere à sobrecarga do cuidador informal (SCI), iniciamos com uma percentagem de 56% de respostas certas e, no final, registamos 64%, tendo-se observado um ganho de 8%.

Pensando no futuro, as respostas ao questionário parecem indicar que mais formação nas áreas do tratamento de feridas e da sobrecarga do cuidador informal poderá catalisar a concretização do potencial de melhoria da equipa nestas áreas da prestação de cuidados.

Apresentamos de seguida uma tabela, onde se apresentam de forma esquemática os resultados obtidos com o PIC, comparando-os com o projeto traçado inicialmente.

Tabela 2: Resumo dos resultados obtidos com a implementação do PIC

Objetivos específicos	Intervenções	Atividades	Indicadores	Metas	Resultados	
Informar a nova direção clínica e executiva do ACeS sobre a situação problemática encontrada	Apresentação do diagnóstico de situação e do PIC traçado	Reunião com DE	Número de reuniões realizadas	1	1	Totalmente atingido
		Reunião com CCS	Número de reuniões realizadas	1	1	Totalmente atingido
Informar os enfermeiros do ACeS sobre a situação problemática encontrada	Apresentação do diagnóstico de situação e do PIC traçado	Apresentação do PIC numa reunião de serviço de enfermagem	Proporção de enfermeiros presentes na reunião de serviço	20% (N= 22)	31,4% (N= 34)	Totalmente atingido
		Envio da apresentação <i>Power Point</i> a todas as UF do ACeS	Proporção de UF para onde foi enviada a apresentação <i>Power Point</i>	100%	100%	Totalmente atingido
Informar a população sobre o papel do enfermeiro na consulta de enfermagem domiciliária	Afixação de cartazes em todas as UF do ACeS	Elaboração de dois cartazes	Número de cartazes elaborados	2	2	Totalmente atingido
			Número de cartazes distribuídos	40	Aguarda autorização da ARS	Totalmente atingido. Está dependente apenas de um procedimento burocrático, sobre o qual o estudante não tem influência.

Tabela 2 (continuação)

Objetivos específicos	Intervenções	Atividades	Indicadores	Metas	Resultados	
Aumentar o conhecimento dos enfermeiros do ACeS sobre os aspetos mais relevantes a abordar numa consulta de enfermagem domiciliária	Proporcionar um encontro de formação em serviço sobre a avaliação e intervenção de enfermagem no idoso dependente e seu cuidador	Realizar um encontro de formação em serviço	Número encontros de formação realizados	1	1	Totalmente atingido
			Número de temas abordados no encontro		11	
			Proporção enfermeiros inscritos na formação	40% (N= 43)	33% (N= 36)	Parcialmente atingido
			Proporção UF com pelo menos um enfermeiro inscrito na formação	95% (N= 18)	100% (N= 19)	Totalmente atingido
		Aplicar um questionário no início do encontro de formação (questionário inicial)	Aumento da percentagem de respostas corretas no questionário final, em relação ao inicial	10%	13%	Totalmente atingido
		Aplicar o mesmo questionário no final do encontro de formação (questionário final)				

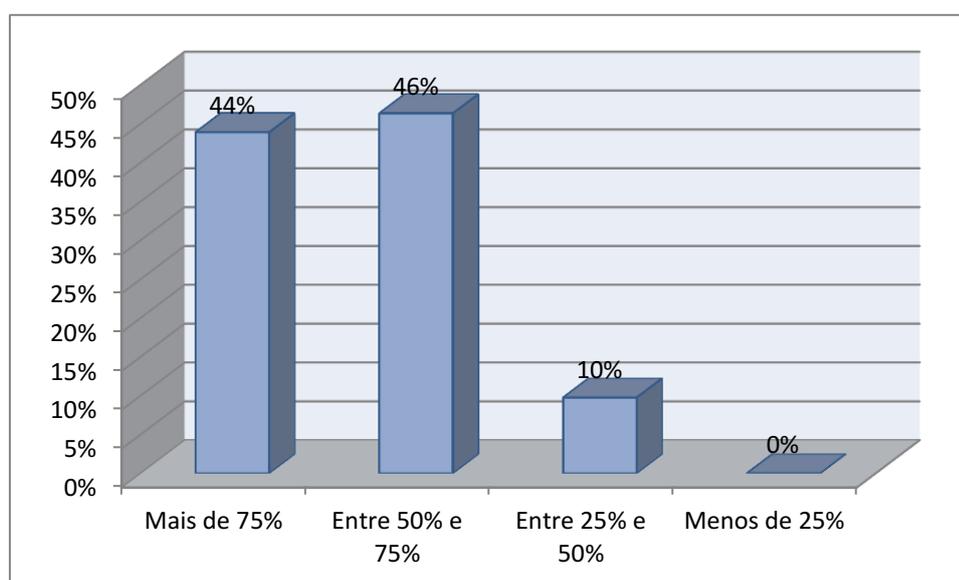
Para além da avaliação do nível de conhecimento dos formandos, foi também avaliada a sua satisfação com a formação organizada. Nesta avaliação utilizamos o modelo de questionário do Núcleo de Formação do ACeS, atendendo a que o Fórum Clínico da UCC foi, também, uma formação em serviço dessa instituição. Trata-se de um documento com apenas quatro questões que avaliam, na perspetiva dos formandos, o nível de consecução dos objetivos da formação, a utilidade dos conteúdos para a prática clínica e o tempo de exposição dos temas, em relação à sua complexidade. A quarta questão é aberta, permitindo que os formandos teçam as considerações que entendam pertinentes. Os questionários utilizados na avaliação da satisfação dos formandos encontram-se disponíveis no Apêndice X.

Foram distribuídos inquéritos de satisfação a cada um dos 68 participantes no Fórum. Desses foram entregues 41, o que corresponde a uma proporção de 60%.

No Fórum Clínico da UCC, 46% dos formandos (N= 19) afirmam que o encontro atingiu os seus objetivos entre 50 a 75%; 44% (N= 18) refere que esses objetivos foram atingidos em mais de 75%. Apenas 10% (N= 4) considera que os objetivos foram atingidos entre 25 e 50%. Julgamos, por isso, poder afirmar que o encontro teve, sob este ponto de vista, uma avaliação claramente positiva.

O gráfico 7 apresenta a distribuição percentual das respostas na avaliação deste item.

**Gráfico 7: Avaliação da consecução dos objetivos do Fórum Clínico**



No que se refere à utilidade dos temas abordados, 63% dos formandos (N= 26) disse terem sido muito úteis, enquanto os restantes 37% (N= 15) afirmaram que foram úteis.

Quanto à avaliação da relação entre o tempo destinado às apresentações e o que seria necessário para desenvolver de forma aprofundada os temas discutidos, a distribuição das respostas foi um pouco mais heterogénea. Três por cento dos participantes (N= 1) pensam que as apresentações foram demasiado longas e 57% (N= 23) refere que o tempo foi suficiente. No entanto, 40% (N= 16) é da opinião que o tempo foi demasiado curto. De facto, a gestão do tempo foi uma grande dificuldade na condução do encontro, tendo sido muito limitado o espaço de discussão.

A preocupação que tivemos em abordar um leque diversificado de temas acabou por resultar na análise mais rápida, e talvez superficial, de cada um deles. Contudo, tratando-se de uma primeira abordagem ao tema, parece-nos que a estratégia adotada foi adequada. Depois de chamar a atenção para as diversas áreas que devem ser alvo da avaliação e intervenção dos enfermeiros, poderemos, mais tarde e após alguma experimentação na prática, trocar experiências e aprofundar cada um dos temas abordados isoladamente.

No que respeita à quarta questão, recebemos observações em 10 questionários. Oito deles davam nota da falta de tempo para interagir com os formadores e colocar questões. Quase todos referiam especificamente a vontade de ter visto mais exploradas as apresentações das escalas de cicatrização de feridas e quedas, bem com das *guidelines* relativas ao tratamento de úlceras de pressão. Um outro formando referiu que seria também pertinente complementar a apresentação sobre as úlceras de pressão, indicando os materiais mais adequados ao seu tratamento. Por último, um formando comentou que esta área deveria integrar os planos de formação de todos os ACeS da ARS Norte.

#### **4. Análise crítico-reflexiva da aquisição de competências**

A prática reflexiva constitui, por si só, uma situação de aprendizagem, na medida em que, através dela, o sujeito toma consciência daquilo que faz e da forma como o faz. Ela implica a ação voluntária e intencional de quem se propõe refletir, o que leva a que a pessoa que reflete, mantenha em aberto a possibilidade de mudar.

Partindo da prática profissional, a reflexão procura a evidência para apoiar a nova forma de pensar e apela à racionalidade para desenvolver uma perspectiva conceptual da prática clínica (Santos & Fernandes, 2004).

Ao longo do texto deste Relatório de Estágio fomos já praticando este exercício de perceber, descrever e fundamentar o caminho que percorremos. Todavia, impõe-se agora a apresentação de uma perspetiva mais global sobre o decurso do Estágio, relacionando o percurso formativo com os objetivos da Unidade Curricular e, sobretudo, com as competências que se pretende desenvolver, com vista à obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Assim, apresentamos as competências definidas pela OE para o Enfermeiro Especialista e para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, descrevendo as atividades que nos permitiram desenvolver cada uma delas. Começamos pelas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária (OE, 2010 a; OE, 2010 b).

##### ***5.1 Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade***

Toda a programação do Estágio foi elaborada com base na metodologia do planeamento em saúde. Assim, no Módulo I fizemos todo o planeamento e implementação do diagnóstico de saúde dos doentes admitidos na ECCI entre os dias 12 e 29 de maio de 2015. A partir dos dados recolhidos, emergiu um conjunto de necessidades de saúde que elencamos e conceptualizamos, de acordo com a literatura.

A partir desse diagnóstico, definimos um problema prioritário e desenvolvemos um PIC, onde estabelecemos objetivos e estratégias. Traçamos diferentes estratégias a curto, médio e longo prazo que permitem não só intervir com vista à resolução do problema, como avaliar o impacto da implementação do PIC.

Assim, tendo em conta os limites temporais do Estágio, planeamos e implementamos todas as etapas da metodologia do planeamento em saúde. Tendo delineado um PIC que vai para além desse horizonte cronológico, proporcionamos ao ACeS instrumentos que poderão permitir a avaliação periódica do estado de saúde da população de idosos dependentes e prestadores de cuidados.

Julgamos, pelo exposto, ter desenvolvido a competência enunciada.

### ***5.2 Promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos***

Atendendo à necessidade em saúde prioritária encontrada, optamos por definir como população alvo do PIC o grupo de enfermeiros do ACeS, e não os dependentes/cuidadores estudados. Assim, empenhamo-nos na criação de condições para que, à escala do ACeS, o grupo de dependentes e cuidadores possa ser capacitado com vista à consecução de projetos de saúde coletivos.

Um dos objetivos pessoais do estudante era conseguir que o PIC constituísse um contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no ACES como um todo, evitando que redundasse num conjunto de intervenções avulsas e casuísticas. Se tivéssemos escolhido intervir na amostra estudada, estamos certos de que estaríamos a relatar neste documento uma série de iniciativas interessantes e alguns ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Para além dos grupos familiares alvo da nossa intervenção, a equipa da UCC também beneficiaria do nosso trabalho. Todavia, no final do Estágio, tudo continuaria com era antes.

Julgamos por isso que em virtude da escolha que fizemos, conseguimos atingir o objetivo pessoal do estudante, para além de desenvolver a referida competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

### ***5.3 Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde***

O Plano Nacional de Saúde (PNS) aponta como responsabilidade do sistema de saúde promover, potenciar e preservar a saúde, reconhecendo o potencial individual, ao longo do ciclo da vida, em cada momento e contexto. Descreve ainda que o percurso individual de saúde não é constante. Tem necessidades específicas e momentos

particularmente importantes - **períodos críticos** - que, pela forma como decorrem, influenciam diretamente, de forma positiva ou negativa, as fases seguintes da vida. A intervenção nestes momentos - **janelas de oportunidade** - é promotora e protetora da saúde e pode ter elevada relevância a médio e a longo prazo.

Neste quadro, cada profissão ou atividade, no seu contexto, tem impacto na saúde e no bem-estar individual e da comunidade em aspetos como educação, capacitação, identificação de situações críticas, acesso adequado aos serviços de saúde, segurança, entre outros. Os profissionais devem cultivar uma perspetiva holística e salutogénica da saúde e valorizar o seu trabalho também pelo impacto na saúde e bem-estar. A saúde resultará de um trabalho multidisciplinar, em que cada profissão contribui com o seu saber e responsabilidade (DGS, 2013).

O trabalho que desenvolvemos no PIC, com o objetivo geral de “Aumentar a qualidade da intervenção de enfermagem no domicílio” está alinhado com esta de perspetiva de articulação multidisciplinar, na medida em que visou definir de uma forma mais objetiva do papel e responsabilidade do enfermeiro na consulta de enfermagem domiciliária, além de promover o alargamento do âmbito da intervenção de enfermagem a domínios que se revelaram menos explorados.

Por outro lado, tal como é referido na bibliografia anteriormente citada (Shyu, 2000; Meleis *et al*, 2000; Schumacher *et al*, 2000), o processo de transição para o exercício do papel de prestador de cuidados constitui um evento crítico para a família e para o membro da família que assume este papel. Assim, ao definir a intervenção do enfermeiro como potenciador desta adaptação, estamos também a promover a deteção dos períodos críticos que o PNS aponta, com o intuito de intervir de forma eficaz e oportuna, dentro das janelas de oportunidade.

O PNS, na sua extensão até 2020, adota a estratégia *Health 2020*, definida pela Organização Mundial da Saúde, como quadro de referência para as políticas de saúde. De acordo com este documento, o trabalho desenvolvido no setor da saúde deve estar subordinado a quatro prioridades estratégicas:

- Investir na saúde ao longo do ciclo de vida, capacitando os cidadãos;
- Combater as doenças transmissíveis e não transmissíveis;

- Fortalecer os sistemas de saúde centrados nas pessoas, bem como a capacidade de resposta em saúde pública, nomeadamente a vigilância, preparação e resposta a ameaças;
- Desenvolver comunidades resilientes e ambientes protetores. (DGS, 2015)

Neste sentido, consideramos que o PIC implementado está alinhado também com as prioridades estratégicas estabelecidas. Baseando-se no ciclo de vida dos indivíduos, o PIC centra-se num período de maior fragilidade, colocando o cidadão no âmago da sua atenção. Promove também a vigilância de determinantes de saúde da população, fortalecendo a intervenção no âmbito da saúde pública.

Ademais, ao trabalhar as competências dos prestadores de cuidados, contribui claramente para a capacitação (*empowerment*) dos cidadãos, para que estes assumam o seu papel de parceiros do sistema de saúde. Promove-se assim o desenvolvimento de comunidades resilientes que procuram ativamente e continuamente a qualidade e que proporcionam aos cidadãos uma boa rede informal de cuidados, consubstanciando o direito e dever das populações em participar individual e coletivamente no planeamento e prestação dos cuidados de saúde (OMS, 1978), declarado há mais de três décadas.

Ao enunciar os seus valores e princípios, o PNS preconiza ainda uma organização do sistema de saúde que utilize da melhor forma os recursos disponíveis, evitando o desperdício. Ao pretender que, no âmbito da consulta de enfermagem domiciliária, os enfermeiros utilizem ferramentas que lhes permitam alargar o escopo da sua avaliação, centrando-a em necessidades de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, estamos contribuir para que se aumente a rentabilidade do trabalho dos enfermeiros, maximizando a utilização de um recurso que é escasso no sistema de saúde português. Por outro lado, a identificação precoce das necessidades de saúde dos idosos e cuidadores permite a intervenção em tempo útil e, conseqüentemente, a prevenção de complicações. Deste modo, para além da redução do desperdício na força de trabalho dos enfermeiros, promove-se também a redução do desperdício associado ao custo do tratamento de complicações evitáveis.

O PIC definido conjuga-se também com todas as orientações emanadas para a implementação da extensão do PNS 2012-2016 até 2020, na medida em que desenvolve trabalho nos sete princípios orientadores dessa etapa. (DGS, 2015)

Ao nível da **promoção e proteção da saúde** preconiza-se que os cidadãos possam agir sobre os determinantes da saúde, maximizando os ganhos em saúde. Esta orientação é reforçada pela **capacitação dos cidadãos**, que aponta a necessidade de reforçar a literacia em saúde da população, para que os cidadãos possam assumir um papel mais autónomo, responsável e consciente não só do que podem fazer para manter e melhorar a sua saúde, mas também no que se refere à forma de utilizar o sistema de saúde e aos custos que acarreta a utilização inadequada. A **promoção de ambientes saudáveis** alerta para a relevância dos fatores ambientais para a saúde em geral e ao longo do ciclo de vida individual e das famílias, enquanto a **prevenção e controlo da doença** indica a necessidade de reduzir sobretudo a carga de doenças não transmissíveis. Entre outras estratégias, aborda o envelhecimento saudável e ativo, como forma de aumentar a qualidade de vida, o bem-estar, a coesão social e a produtividade das pessoas e das comunidades.

A orientação **colaboração intersetorial** enfatiza a evidência de que ações e políticas da iniciativa dos setores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde. Sabe-se porém que, mesmo dentro do setor da saúde, a colaboração e o trabalho em rede entre os diversos níveis de cuidados é uma realidade pouco comum. E, indubitavelmente, têm uma influência determinante na saúde dos cidadãos e das populações. A **divulgação e implementação de boas práticas** está intimamente relacionada com a melhoria contínua da qualidade. Todos os agentes com ação no campo da saúde devem assegurar que os progressos científicos e tecnológicos são integrados e implementados de um modo sistemático e generalizado na prática clínica.

Finalmente, o **fortalecimento da saúde global** aborda a dimensão transfronteiriça dos determinantes em saúde, mas também a vertente mais alargada e multidimensional do conceito de saúde. A palavra global no conceito de saúde global refere-se ao âmbito dos problemas e não apenas à sua localização geográfica.

As estratégias gizadas no PIC promovem:

- A literacia em saúde e a capacitação dos cidadãos (idosos e cuidadores);
- A criação de ambientes saudáveis no que se refere à adaptação ao papel de prestador de cuidados, no seio familiar, e à prevenção de quedas;

- A prevenção de complicações e o controlo de doenças, tanto no que se refere à diminuição de capacidades, condicionada pelo processo de envelhecimento, como no que respeita à gestão das doenças crónicas;
- A colaboração entre os cuidados de saúde primários e hospitalares;
- A divulgação dos resultados da investigação em enfermagem e a sua implementação na prática clínica;
- A abordagem holística do idoso e do cuidador bem como do contexto sócio-económico-familiar em que se inserem, numa perspectiva de saúde global.

Assim, face ao exposto, julgamos poder afirmar que, em inúmeras vertentes, colaboramos na consecução dos objetivos do PNS, pelo que desenvolvemos esta competência.

### ***5.3 Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico***

Na arquitetura dos ACeS, é à Unidade de Saúde Pública (USP) que compete, em especial, a elaboração do diagnóstico de saúde, bem como monitorizar o estado de saúde da população e seus determinantes (DL 137/2013 de 7 de outubro). Deste modo, no Módulo I, decidimos apresentar o trabalho realizado de caracterização do ACeS à coordenadora da USP, com o intuito de poder recolher dos elementos desta UF contributos para a elaboração de um documento mais completo, onde ficassem reunidas, de forma concisa, as informações mais relevantes do ACeS.

Já no segundo módulo de Estágio, após a determinação de prioridades, enviamos um agradecimento formal pela colaboração prestada e divulgamos o resultado do trabalho elaborado, através do envio do Relatório de Estágio relativo ao Módulo I e do documento onde se apresentam as necessidades em saúde detetadas.

O trabalho desenvolvido de diagnóstico de saúde de uma comunidade, realizado no Módulo I, constituiu um contributo efetivo no âmbito da realização e cooperação da vigilância epidemiológica. Com uma história de décadas a trabalhar exclusivamente no modelo biomédico, julgamos que as USP devem ser estimuladas a vigiar epidemiologicamente a população, também naquilo que se refere aos focos de atenção de enfermagem. Disso são exemplo as necessidades de saúde que identificamos como o risco de queda, a sobrecarga do cuidador informal e ainda um conjunto de itens

avaliados na consulta de enfermagem domiciliária como o risco de desenvolvimento de úlcera de pressão e a incidência ou prevalência destas lesões, por exemplo. E sobre estes determinantes da saúde não existe, que se conheça, trabalho publicado pelas USP.

Assim, para além de ter desenvolvido a competência referida, julgamos ter contribuído também para a consciencialização da necessidade de alargar a atividade dos enfermeiros desta UF, a áreas atualmente menos exploradas, e que se inserem no seu campo de conhecimento.

#### ***5.4 Competências comuns do Enfermeiro Especialista***

No que se refere às competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, adquirimos e desenvolvemos algumas competências, que apresentamos de seguida.

O **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** foi uma preocupação *major* do estudante no decurso dos dois módulos de estágio. Nomeadamente no que se refere às questões ético legais relacionadas com a investigação, em que se enquadra o trabalho desenvolvido na recolha de dados para a realização do diagnóstico de saúde dos idosos e prestadores de cuidados estudados.

A este propósito, a Convenção dos Direitos do Homem e da Biomedicina refere que qualquer intervenção na área da saúde, incluindo a investigação, deve ser efetuada na observância das normas e obrigações profissionais, bem como das regras de conduta aplicáveis ao caso concreto. Concretiza ainda que qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido (Decreto do Presidente da República n.º 1/2001, de 3 de Janeiro).

No Artigo 81º, o Código Deontológico do Enfermeiro apresenta os valores humanos que o enfermeiro deve observar, assumindo o compromisso da sua salvaguarda (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Naturalmente, todos esses valores integram o “núcleo essencial dos direitos humanos fundamentais”, que enformam a dignidade da pessoa humana e brotam da concepção filosófica de que a sua existência, em si mesma, constitui um valor absoluto, isto é, um fim em si e nunca um meio para a prossecução de outros fins (OE, 2007 b).

Assim, partindo das orientações publicadas pela Comissão de Ética para a Saúde da ARS Norte, publicadas no seu sítio na internet, elaboramos um documento para formalizar o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Participação em Investigação (Apêndice XI), tendo definido a sua assinatura por parte dos prestadores de cuidados como condição eliminatória na constituição da amostra.

No processo de implementação do PIC, quando iniciamos a elaboração dos cartazes, pedimos a colaboração de dois idosos, para que se deixassem fotografar, cedendo gratuitamente os seus direitos de imagem. Também nesta situação, respeitamos todos os direitos dos nossos voluntários, informando o tipo de colaboração pretendido, assumindo o compromisso de salvaguardar o seu anonimato e de não utilizar a imagem para nenhum outro fim. Também nesta situação criamos o documento Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para Cedência de Direitos de Imagem (Apêndice XII) através do qual formalizamos este compromisso mútuo.

Foi notória, nestes dois momentos, a preocupação da promoção de uma prática profissional que respeita os direitos humanos. Para além disso, a concepção e implementação de um PIC com o objetivo de “Aumentar a qualidade da intervenção de enfermagem no domicílio”, é claramente uma iniciativa que visa a assunção das responsabilidades profissionais dos enfermeiros, na área da prestação de cuidados domiciliários o que é, por si, também eticamente valorizável à luz do Código Deontológico do Enfermeiro. Ademais, constitui uma forma de promover a concretização do dever ético dos enfermeiros perante a comunidade, que os impele a conhecer as necessidades da população ou comunidade, assumindo a responsabilidade de promover a sua saúde e colaborar, autonomamente ou em parceria com outras profissões, na procura de respostas adequadas às necessidades encontradas.

Desenvolvemos igualmente competências que se enquadram no **domínio da melhoria da qualidade**. O diagnóstico de saúde constituiu um momento de análise das práticas profissionais, no que se refere à qualidade percebida pelos clientes e aos seus resultados. O PIC foi assumido como um projeto institucional, na área da qualidade, que visa a disseminação de um conjunto de práticas relacionadas com a avaliação e prestação de cuidados de enfermagem ao idoso dependente e seu cuidador. Para além do período do Estágio, será elaborado um Manual de Boas Práticas da Consulta de Enfermagem Domiciliária, que determinará padrões mínimos de qualidade

na avaliação, intervenção e registos no SIE e que se pretende que constitua o referencial no ACeS para a avaliação do desempenho profissional dos enfermeiros nesta área da prestação de cuidados.

As competências no **domínio da gestão de cuidados** foram particularmente desenvolvidas na reunião em que se negociou a colaboração entre as recém-chegadas nutricionistas e a ECCI. Nessa reunião estabeleceu-se ainda a forma de articulação e referenciação com estas profissionais. A possibilidade de participar ativamente nesse momento foi para o estudante um momento alto de aprendizagem e crescimento pessoal e profissional.

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, foi notória a mobilização de conhecimentos válidos e atuais, na pertinência da área programática escolhida para o Estágio. Ao diagnosticar as necessidades em saúde, percepcionamos necessidades de formação da equipa de enfermeiros do ACeS. Organizamos, deste modo, um encontro de formação, que promoveu a aquisição de novas habilidades e competências, que a investigação aponta como geradora de ganhos em saúde.

Na avaliação desse encontro observamos um ganho global de conhecimento dos formandos na ordem dos 13%, no que se refere aos quatro temas abordados no Fórum Clínico (tratamento de feridas, SCI, nutrição e RNCCI). Em termos futuros, propusemos a replicação do estudo que suportou as conclusões do diagnóstico de saúde, como forma de avaliar o impacto das estratégias adotadas.

A concepção, preparação e implementação, quer do estudo desenvolvido no Módulo I, quer de todo o PIC, circunscrito a intervalos de tempo tão restritos como os que estão preconizados para o Estágio, obrigaram o estudante a uma auto avaliação constante dos seus recursos e limites pessoais e profissionais, cuja necessidade foi exacerbada pela circunstância de ser o único estudante a estagiar na UCC Feira. Consideramos porém que demonstrou empenho, resiliência e capacidade de atuar eficazmente sob pressão, tendo conseguido dar resposta a todas as solicitações que lhe foram feitas.

Consideramos, deste modo, que adquirimos competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Não obstante a apresentação elaborada neste capítulo, consideramos que a aquisição e desenvolvimento de competências é um processo que não deve ser estanque nem limitado a um período de tempo. Muito menos com uma duração tão restrita como é a de um Estágio. Deste modo, o que aqui descrevemos não é assumido como um ponto de chegada, mas como um ponto de partida para o desenvolvimento destas e de outras competências, que com o decorrer dos anos desenvolveremos, sempre na procura da excelência do desempenho profissional como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.

Em jeito de nota final desta apreciação crítico-reflexiva, importa salientar os fatores facilitadores e as principais dificuldades encontradas no decurso deste processo formativo.

Ao nível da colaboração com a UCC e com o ACeS, obtivemos uma boa aceitação do Estágio e uma boa colaboração em tudo o que foi solicitado. Foi mútuo o interesse de aproveitar o desenvolvimento do Estágio para promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no ACeS, pelo que foi fácil estabelecer uma relação de parceria simbiótica com as duas direções que o ACeS teve neste período.

No entanto, a necessidade de identificar oportunidades de melhoria no desempenho de uma equipa em que o próprio estudante se insere constituiu um desafio que foi transversal a todo o percurso do Estágio. Desde a forma como foi redigida a descrição das necessidades em saúde encontradas, à forma como elas foram apresentadas à equipa, passando pela necessidade de envolver o DE, o CCS, o Núcleo de Formação e, sobretudo, de motivar os enfermeiros do ACeS (colegas de trabalho) para participar nas iniciativas propostas, todas as etapas deste processo foram marcadas por essa condicionante.

Consciente do facto, o estudante procurou utilizar um estilo de comunicação assertivo, valorizando as mudanças positivas na organização dos cuidados de enfermagem nos últimos anos. Sem deixar, porém, de assinalar a imagem pouco valorizada que o elementos da amostra estudada mostraram ter do trabalho dos enfermeiros. A boa aceitação do PIC e a adesão dos profissionais revela que, também na área da comunicação com os seus pares e com as estruturas do ACeS, se verificou o desenvolvimento de competências do estudante.

Outras dificuldades relacionaram-se com os recursos humanos e com o tempo. Desde logo, existindo apenas um estudante no local de Estágio, ficou reduzida a possibilidade de repartir tarefas ou de partilhar as dúvidas e inquietações que foram surgindo no caminho. Por outro lado, sem qualquer redução no seu horário semanal de trabalho, tornou-se inevitável o conflito entre os papéis de estudante, de profissional, de pai, de marido e de cidadão envolvido no movimento associativo da comunidade em que reside.

No entanto, o poeta ensina-nos que as pedras do caminho podem também servir para construir um castelo que nos torne mais resistentes às adversidades. E sendo a implementação do PIC e a obtenção do grau de mestre em ciências de enfermagem projetos inacabados, continuaremos a percorrer este caminho de aprendizagem e de aquisição e desenvolvimento de competências.



## 5. Conclusão

O envelhecimento demográfico é uma realidade incontornável na sociedade portuguesa atual, que tem conduzido a família à necessidade do desempenho do papel de cuidadora. A temática do prestador de cuidados, que escolhemos como área programática para desenvolver é, deste modo, atual e pertinente.

A partir de uma temática tão abrangente, propôs-se que aplicássemos a metodologia do planeamento em saúde realizando um diagnóstico de situação de uma população selecionada, a partir do qual se apontaram as necessidades em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Continuando na implementação dessa metodologia, concebemos o Projeto de Intervenção Comunitária –“Consulta de Enfermagem Domiciliária”. Atendendo a que a necessidade em saúde selecionada como prioritária foi a necessidade de sistematização da intervenção de enfermagem no domicílio, o alvo da intervenção não foi a população estudada, mas a equipa de enfermeiros do ACeS. Os objetivos e estratégias delineados foram escalonados no tempo, tendo sido executado, durante o Módulo II, o planeado para o curto prazo.

Creemos ter conseguido explicar, ao longo do presente relatório, as diferentes etapas que concluímos, as estratégias que utilizamos para atingir os objetivos e os fundamentos que presidiram à sua seleção, assim como as metas que alcançamos.

Julgamos que, nesse percurso, conseguimos adquirir e desenvolver competências que nos permitirão prestar cuidados de enfermagem avançada não apenas a clientes isolados, mas também a famílias e comunidades, em conformidade com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2010a; OE, 2010 b).

O trabalho desenvolvido durante o Estágio, para além dos ganhos em conhecimento apresentados, contribuiu para a reflexão dos enfermeiros sobre os cuidados que prestam e os cuidados que querem prestar, num contexto de confrontação entre a teoria e a prática, o ideal e a realidade. A implementação das estratégias de médio e longo prazo poderá ter um impacto considerável na prática clínica dos enfermeiros do ACeS. A elaboração de um Manual de Boas Práticas, na área da Consulta de Enfermagem Domiciliária, pode constituir uma base para sistematizar as intervenções de enfermagem, adequando a eficiência e segurança da ação à eficácia do

resultado (OE, 2007 c). Salientamos que o conceito de Boa Prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos. São enunciados sistemáticos que têm em conta diversos parâmetros (legais, éticos, psico-sociais e técnicos) e assentam tanto em avaliações, como em intervenções necessárias aos processos de cuidados e seus resultados (OE, 2007 c). Por outro lado, ao prever a replicação do estudo inicial, com um conjunto mais alargado de utentes e de enfermeiros, proporciona-se o contacto e a utilização da metodologia científica, contribuindo para a sua disseminação.

No que respeita a limitações, os principais constrangimentos relacionaram-se com a escassez de recursos de tempo e humanos. O facto de ser apenas um estudante no campo de Estágio tornou ainda mais difícil a, já de si, árdua tarefa de implementar um projeto desta envergadura, que pretende influenciar, de forma transversal, a prática profissional da quase totalidade dos enfermeiros do ACeS. Em consequência dessa realidade desenvolvemos particularmente competências na área do estabelecimento de prioridades uma vez que fomos forçados a escolher algumas estratégias, que seria exequível implementar no apertado calendário do Estágio, adiando para depois do percurso académico o que nos pareceu ser possível (e por vezes benéfico) adiar.

Creemos porém que este trabalho, embora inacabado, constituirá um contributo no que respeita à personalização dos cuidados de enfermagem. Poderá ainda servir de inspiração para a realização de outros trabalhos desta natureza, que contribuam para a construção de uma profissão e de uma disciplina com maior robustez científica e reconhecimento social.

## Referências bibliográficas

1. Abreu, S. (2012). *Visitação Domiciliária*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/VISITA%C3%87%C3%83O%20DOMICILI%C3%81RIA%20Sandra%20Abreu.pdf>
2. Amann, G P. (2012) Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - *Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário*. Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE, Lisboa, 2012. Disponível em: [www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx)
3. Andrade C. M. S. M. (2013). *Membro da Família Prestador de Cuidados Um modelo para a ação profissional facilitador da transição para o desempenho do papel*. (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/15493>
4. Almeida, A. M. G. (2012). *Relatório de Estágio: Diagnóstico de Saúde Utentes da USF Faria Guimarães com mais de 79 anos*. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
5. Ávila, R. F. A. (2009). *Idosos: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21394/2/Idosos%20A%20Enfermagem%20e%20os%20Cuidados%20de%20Proximidade.pdf>
6. BAPEN (2003). *Folheto explicativo da "MUST"*. Disponível em: <http://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/portuguese/must-exp-bk.pdf>
7. Borges F. S. G. (2011). *Caracterização da complexidade da terapêutica geriátrica*. (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.6/885>
8. Brereton, L. & Nolan, M. (2000) 'You do know he's had a stroke, don't you?' Preparation for family care-giving - the neglected dimension. *Journal of Clinical Nursig*. 9, 498-506.
9. Carvalho, E. (2009). Cuidados de enfermagem na terceira idade. In *1º Encontro Psicogeriátrico do Porto*, Porto, 14 fev. 2009. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/4635>

10. Costa, T.; Coelho, S. & Almeida, A. (2011). *Capacitar para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados - uma opção de futuro*. Trabalho apresentado na XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem, Coimbra, 18-24 Setembro.2011. Disponibilidade em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8976/1/Capacitar%20para%20o%20exerc%C3%ADcio%20do%20papel%20de%20membro%20da%20fam%C3%ADlia%20prestador%20de%20cuidados%20%E2%80%93%20uma%20op%C3%A7%C3%A3o%20de%20futuro..pdf>
11. Costa, T. F. S. (2013) *Relatório de Estágio Módulo I: Diagnóstico de Saúde Utentes inscritos num Centro de Convívio da Junta de Freguesia de Rio Tinto*. Universidade Católica Portuguesa, Porto.
12. Decreto do Presidente da República n.º 1/2001 de 3 de Janeiro (2001). Ratifica a Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, e o Protocolo Adicional Que Proíbe a Clonagem de Seres Humanos. Diário da República I Série-A, N.º 2 (03-01-2001) 14-36.
13. Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I Série-A, N.º 109 (06.06.2016) 3856-3865.
14. Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro (2013). Cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. Diário da República 1ª série, N.º 193 (07.10.2013) 6051-6061.
15. DGS (2011 a). *Dor como 5º sinal vital Registo sistemático da intensidade da dor*. Lisboa: Comissão Nacional do Controlo da Dor. Disponível em: [www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dor-5-sinal-vital-folheto-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dor-5-sinal-vital-folheto-pdf.aspx)
16. DGS (2011 b) *Orientação N.º 017/2011 - Escala de Braden: versão adulto e pediátrica*. Disponível em: [http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf](http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf)

17. DGS (2013). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Versão Resumo*. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>
18. DGS (2015). *Plano Nacional de Saúde Revisão e extensão a 2020*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/plano-nacional-de-saude-revisao-e-extensao-a-2020-aprovada-pelo-governo.aspx>
19. Direção Geral de Saúde (sd). *Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/prevencao-dos-acidentes-domesticos-com-pessoas-idosas-pdf.aspx>
20. Erdmann, A. L., Fernandes, J. V., Melo, C., Carvalho, B. R., Menezes, Q., Freitas, R., Emarinony, E., & Backes, M. T. S. (2009). A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (4), 637-643. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000400025&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0034-71672009000400025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400025&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0034-71672009000400025)
21. Ferreira, A., Harfouche, A., Campos, A.C. & Ramos, F. (2007) Políticas de controlo dos gastos públicos com a saúde. *O economista: Anuário da economia portuguesa 2006*. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/17AF07C5-6C1D-42E7-A1CD-B05FCD4B482D/0/E2006Políticas controlo gastos publicos saude.pdf>
22. Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores
23. Figueiredo, M. H. J. S. (2012). *Modelo dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
24. Gomes, S.D.M. (2011). *Avaliação dos cuidadores de doentes com demência*. (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã. Disponível em: [www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=50bc1ee0464b972d](http://www.fcsaude.ubi.pt/thesis2/anexo.php?id=50bc1ee0464b972d)
25. <http://acesfa.wix.com/home>. Acedido em 01.04.2015.
26. <http://www.arsnorte.min-saude.pt/>. Acedido em 17.04.2015
27. <http://www.cm-arouca.pt/portal/index.php>. Acedido em 30.03.2015.

28. <https://www.cm-feira.pt/portal/site/cm-feira>. Acedido em 30.03.2015.
29. <http://www.ine.pt>. Acedido em 13.04.2015.
30. [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/17AF07C5-6C1D-42E7-A1CD-B05FCD4B482D/0/E2006Políticas\\_controlo\\_gastos\\_publicos\\_saude.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/17AF07C5-6C1D-42E7-A1CD-B05FCD4B482D/0/E2006Políticas_controlo_gastos_publicos_saude.pdf)
31. INE (2014). *Estatísticas Demográficas 2013*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP. Disponibilidade: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=210756558&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=210756558&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2)
32. Imperatori E. & Giraldes M. R. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais regionais e locais*. Lisboa: Obras avulsas.
33. International Council of Nurses (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 2.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Paginas/CIPEVERS%C3%83O2.aspx>
34. Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009) Proceda à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República 1ª Série, N.º 180 (16-09-2009) 6528-6550.
35. Machado, P.A.P. (2013). *Papel do Prestador de Cuidados - Contributo para promover competências na assistência do cliente idoso com compromisso do Autocuidado*. (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto. Disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15344>
36. Maia S. D. B. (2010). *O bem-estar dos pais cuidadores de filhos adultos portadores de deficiência* (Dissertação de mestrado) Faculdade de Psicologia, Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/2743>
37. Meleis, A. I; Sawyer, L. M.; Im, E.; Messias, D. K. H.; & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*. 23 (1), 12-28.
38. Ministério da Saúde (2012). *Papel do Enfermeiro de Saúde Familiar nos CSP Pressupostos para a sua implementação*. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/22-papeldoenfermeirodesaudefamiliarinoscsp.pdf>

39. Ministério da Saúde (2014). *Perfil Local de Saúde ACeS Feira/Arouca 2014*. Disponível em: [http://media.wix.com/ugd/27bce2\\_e5cffb47fd5347e4a746da0fa2ddfa31.pdf](http://media.wix.com/ugd/27bce2_e5cffb47fd5347e4a746da0fa2ddfa31.pdf)
40. Morgado J., Rocha, C. S., Maruta C., Guerreiro M. & Martins I.P. (2009). Novos valores normativos do Mini-Mental State Examination. *Revista Sinapse*. 9 (2), 10-16.
41. Oliveira, J.C.A. & Tavares, D.M.S. (2010). Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44 (3), 774-781. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n3/32.pdf>
42. OMS (1978) *Alma-Ata 1978 Cuidados de Saúde Primários*. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf)
43. Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
44. Ordem dos Enfermeiros (2007 a). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde\\_indicadores-vfout2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf)
45. Ordem dos Enfermeiros (2007 b). *Consentimento informado para intervenções de Enfermagem: enunciado de posição*. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>
46. Ordem dos Enfermeiros (2007 c). *Recomendações para a elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend\\_Manuais\\_BPraticas.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf)
47. Ordem dos Enfermeiros (2010 a). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_20Nov2010.pdf)

48. Ordem dos Enfermeiros (2010 b). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
49. Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf)
50. Ordem dos Enfermeiros (2014). *Parecer N° 11/2014. Consulta de Enfermagem no Âmbito de Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEER\\_Parecer\\_11\\_2014\\_Consulta\\_de\\_Enfermagem\\_no\\_ambito\\_de\\_cuidados\\_especializados\\_em\\_enfermagem\\_de\\_reabilitacao.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEER_Parecer_11_2014_Consulta_de_Enfermagem_no_ambito_de_cuidados_especializados_em_enfermagem_de_reabilitacao.pdf)
51. Organização Mundial De Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
52. Pereira, M.S.M. (2014). *O sistema de Triagem de Manchester e a pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível no RCAAP
53. Portaria nº 1368/2007 de 18 de outubro (2007). Consagra os princípios da Carteira Básica de Serviços e a da Carteira Adicional de Serviços das USF. Diário da República, 1.ª série — N.º 201 (18.10.2007) 7655-7659.
54. Portaria nº 306A/2011 de 20 de dezembro (2011). Aprova os valores das taxas moderadoras, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança. Diário da República, 1.ª série — N.º 242 (20.12.2011) 5348-(2)-5348-(4).
55. Rice, R. (2004). *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários. Conceitos e Aplicação*. 3ª Ed. Loures, Lusociência.
56. Rocha F.C.V., Carvalho C.M.R.G., Figueiredo M.L.F.& Caldas C.P. (2011). O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia de saúde da família. Revista de

- enfermagem UERJ, 19 (2), 186-191. Disponível em:  
<http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a03.pdf>
57. Rodrigues, M.P.G. (2011). *Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal – Versão reduzida*. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Disponível em:  
<http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1781/1/Marta%20Rodrigues%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Final.pdf>
58. Santos E. & Fernandes A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*. 11, 59-62. Disponível em:  
[https://www.esenfc.pt/pa3/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2064&id\\_revista=5&id\\_edicao=10](https://www.esenfc.pt/pa3/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2064&id_revista=5&id_edicao=10)
59. Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J. & Dibble, S. L. (2000). Family Caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*. 23, 191 – 203
60. Shyu Y.-I.L. (2000). The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. 32(3), 619-625.
61. Sousa-Uva, M. & Dias, C. M. (2014). Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. *Boletim Epidemiológico Observações*, 2ª série (9), 12-14. Disponível em:  
[http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim\\_Epidemiologico\\_Observacoes\\_9\\_2014\\_artigo4.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_9_2014_artigo4.pdf)
62. Sousa, D. (2012). Consulta de Enfermagem ao Idoso no Domicílio. Disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Consulta%20de%20Enfermagem%20ao%20Idoso%20no%20Domic%C3%ADlio%20-%20Enf%20Dulce%20Silva%20-%20Enfermeira%20Especialista.pdf>
63. Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde
64. Unidade de Cuidados na Comunidade Santa Maria da Feira (s.d.). *Folheto*. Guia de acolhimento da Unidade de Cuidados na Comunidade Santa Maria da Feira.

Acessível na Unidade de Cuidados na Comunidade Santa Maria da Feira, Santa Maria da Feira, Portugal.

65. Unidade de Cuidados na Comunidade Santa Maria da Feira (2014). *Plano de Ação 2014 – 2016*. Santa Maria da Feira: ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca.
66. Universidade Católica Portuguesa (2015) *Guia de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização Enfermagem Comunitária*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
67. WHO (2010). *Global report on falls prevention in older age/ Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice (tradução brasileira)*. Secretaria de Estado da Saúde do Brasil. S. Paulo, 2010. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual\\_oms\\_-\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual_oms_-_site.pdf)

## **Apêndices**





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

### **Apêndice I**

## **Caracterização do local de Estágio**

**Marco Aurélio Ferreira Pinto**

**Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, abril de 2016**

## **Siglas e acrónimos**

**ACeS** – Agrupamento de Centros de Saúde

**ARS** – Administração Regional de Saúde

**ECCI** – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**ECL** – Equipa Coordenadora Local

**NACJR** – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**UCC** – Unidade de Cuidados na Comunidade

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UF** – Unidade Funcional

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

**USP** – Unidade de Saúde Pública

## **Caracterização do ACeS Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca**

O concelho de Santa Maria da Feira está situado na Grande Área Metropolitana do Porto, na região de Entre Douro e Vouga, juntamente com os concelhos de Arouca, Oliveira de Azeméis, Vale de Cambra e S. João da Madeira. Tem uma área de 215,2 km<sup>2</sup> e integra vinte e uma freguesias. Está limitada, a norte, pelos municípios de Vila Nova de Gaia e Gondomar, a leste, pelos municípios de Arouca e Castelo de Paiva, a sudeste, pelos municípios de São João da Madeira e Oliveira de Azeméis, a oeste, por Espinho e, a sudoeste, pelo município de Ovar.

O concelho de Arouca abrange uma área de 327 Km<sup>2</sup>, é composto por dezasseis freguesias e situa-se no extremo nordeste do distrito de Aveiro. Fazem fronteira com o seu território os municípios de S. Pedro do Sul, Castro Daire, Cinfães, Castelo de Paiva, Gondomar, Santa Maria da Feira, Oliveira de Azeméis e Vale de Cambra.

O posicionamento territorial destes dois concelhos configura uma situação de fronteira/interface entre as regiões Norte e Centro de Portugal, entre os distritos de Aveiro, Viseu e Porto e entre o litoral (industrializado, bem servido por redes de acessibilidades, com maior densidade populacional e relevo relativamente pouco acidentado) e o interior (montanhoso e deprimido do ponto de vista demográfico, social e económico).

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca é a instituição de saúde que integra os Centros de Saúde de Santa Maria da Feira e Arouca e presta Cuidados de Saúde Primários à população residente, permanente ou provisoriamente, nos referidos concelhos, às pessoas inscritas nos referidos centros de saúde e aos utilizadores esporádicos que os procurem. No seu conjunto, o ACeS Feira/Arouca abrange, de acordo com os dados do seu Perfil Local de Saúde (2014), uma população residente de 162.068 habitantes, representando cerca de 4,4% da população da região Norte (3.666.234 habitantes).

Os cuidados individuais de saúde, no âmbito da medicina geral e familiar e enfermagem de saúde familiar, são prestados por dezanove Unidades Funcionais (UF): dez Unidades de Saúde Familiar (USF) e nove Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

As atividades de Saúde Pública são desempenhadas pela Unidade de Saúde Pública (USP). Existem duas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), uma no concelho de Santa Maria da Feira e outra no concelho de Arouca, que prestam cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário. Está também constituída uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), que integra as seguintes especialidades: fisioterapia, psicologia, radiologia, terapia ocupacional, nutrição e serviço social.

Em Arouca funciona ainda, 24 horas por dia, um Serviço de Urgência Básico (SUB) com apoio de uma Ambulância de Suporte Imediato de Vida (SIV), para atendimento em situação de doença aguda.

No que se refere à caracterização da população inscrita no ACeS Feira/Arouca, observa-se na tabela seguinte a evolução da população residente entre os recenseamentos de 1991, 2001 e 2011, comparando-a com os dados da Administração Regional de Saúde (ARS) Norte e de Portugal Continental. Salienta-se um elevado índice de crescimento populacional na última década do século XX (12,4%), tendo sido a área territorial com maior crescimento, quando comparado com a evolução verificada na ARS Norte e Portugal Continental. Entre 2001 e 2011 observa-se ainda um crescimento populacional, ainda que ligeiro, na ordem dos 0,9%. Na comparação com as duas outras unidades territoriais, a população do ACeS cresceu nove vezes mais que a da ARS Norte, ainda que metade apenas da taxa de crescimento de Portugal Continental.

**Tabela 1: Evolução da população residente entre os recenseamentos de 1991, 2001 e 2011 em Portugal Continental, na ARS Norte e no ACeS Feira/Arouca**

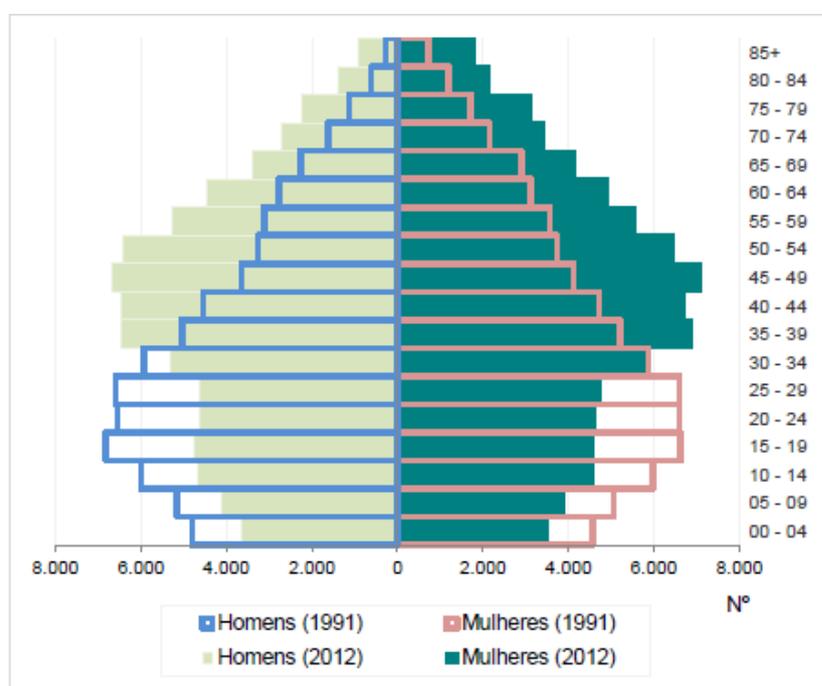
Local de Residência	População Residente			Crescimento Populacional			
	1991	2001	2011	de 1991 a 2001		de 2001 a 2011	
				Número	%	Número	%
Continente	9.375.926	9.869.343	10.047.621	493.417	5,3	178.278	1,8
ARS Norte	3.472.715	3.687.293	3.689.682	214.578	6,2	2.389	0,1
ACeS Feira/Arouca	142.535	160.191	161.671	17.656	12,4	1.480	0,9

Fonte: Perfil Local de Saúde Feira/Arouca 2014

Relativamente à distribuição etária, apresenta-se de seguida a pirâmide etária do ACeS no ano de 2012, comparando os dados com os obtidos nos Censos de 1991. O fenómeno mais evidente que o gráfico traduz é o envelhecimento demográfico. Ele

caracteriza-se não só pelo envelhecimento da população (alargamento do topo da pirâmide) mas também pelo declínio da população jovem (estreitamento da base da pirâmide). Registam-se ainda assimetrias entre os dois géneros no topo da distribuição, com predominância do sexo feminino.

Gráfico 1: Pirâmide etária da população residente no ACeS Feira/Arouca



Fonte: Perfil Local de Saúde Feira/Arouca 2014

Na tabela seguinte apresenta-se a evolução dos índices de envelhecimento, dependência de jovens e dependência de idosos, comparando os dados do ACeS com os da ARS Norte e de Portugal Continental, nos anos de 1991, 2001, 2011 e 2012. Analisando os dados mais recentes, verifica-se que o ACeS Feira/Arouca apresenta índices demográficos inferiores à ARS Norte e a Portugal Continental. No entanto, se atentarmos à evolução do ACeS desde 1991, verifica-se um exponencial aumento do índice de envelhecimento, na ordem dos 124%. O índice de envelhecimento define-se como a relação entre a população idosa e a população jovem (INE, 2003).

No índice de dependência de jovens, caracterizado como a relação entre a população jovem e a população em idade ativa (Idem), verifica-se uma redução de cerca de 32%. Por fim, o índice de dependência de idosos, que se define como a relação entre a população idosa e a população em idade ativa (Idem) registou um aumento significativo, na ordem dos 52%.

Tabela 2: Índices demográficos de 1991, 2001 e 2011 e 2012

Local de Residência	1991	2001	2011	2012
<b>Índice de Envelhecimento</b>				
Continente	73,6	104,8	130,5	134,0
ARS Norte	54,7	80,7	114,1	118,9
<b>ACeS Feira/Arouca</b>	<b>46,2</b>	<b>65,5</b>	<b>99,4</b>	<b>103,6</b>
<b>Índice de Dependência de Jovens</b>				
Continente	28,5	23,7	22,5	22,4
ARS Norte	32,1	25,7	21,9	21,5
<b>ACeS Feira/Arouca</b>	<b>32,0</b>	<b>26,3</b>	<b>22,1</b>	<b>21,7</b>
<b>Índice de Dependência de Idosos</b>				
Continente	21,0	24,8	29,3	30,0
ARS Norte	17,5	20,7	25,0	25,5
<b>ACeS Feira/Arouca</b>	<b>14,8</b>	<b>17,3</b>	<b>22,0</b>	<b>22,5</b>

Fonte: Perfil Local de Saúde Feira/Arouca 2014

## Caracterização da UCC Feira

De acordo com o artigo 11º do DL 137/2013, de 7 de outubro, a UCC é uma unidade que presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. No contexto do ACeS Feira/Arouca, a UCC Feira tem como população alvo a população residente no concelho de Santa Maria da Feira.

Integram a equipa da UCC Feira 15 profissionais sendo duas assistentes sociais, uma fisioterapeuta, uma psicóloga, uma terapeuta ocupacional, duas assistentes técnicas, uma médica especialista em medicina geral e familiar e sete enfermeiros. Todos estes enfermeiros são especialistas: três têm a especialidade de saúde materna e obstétrica, dois a especialidade em enfermagem de reabilitação, um a especialidade em enfermagem comunitária e um a especialidade de saúde infantil e pediátrica.

Apresentam-se de seguida os diversos projetos implementados pela UCC Feira, fazendo uma breve descrição de cada um deles.

### *Saúde Escolar*

O projeto de Saúde Escolar insere-se no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar. A UCC Feira desenvolve essencialmente projetos de prevenção e

promoção da saúde sobre áreas prioritárias como a saúde oral, a alimentação saudável, a saúde sexual e reprodutiva, a promoção da segurança e prevenção de acidentes e a luta contra a obesidade. São também desenvolvidos projetos no âmbito da prevenção da violência em meio escolar, incluindo o *Bullying*.

O projeto de Saúde Escolar é o único em que a população da UCC Feira não é a totalidade do concelho. Em virtude do número muito elevado de escolas existentes, e dos recursos humanos limitados, e equipa decidiu circunscrever o seu raio de ação à zona sul do concelho, nomeadamente à União de freguesias de Santa Maria da Feira, Travanca, Sanfins e Espargo, à União de freguesias de São Miguel de Souto e Mosteirô, Arrifana, Escapães, Fornos, Romariz e Milheirós de Poiares, a que correspondem as áreas de influência dos Agrupamentos de Escolas de Santa Maria da Feira e Fernando Pessoa.

### ***Promoção da Saúde em Crianças e Jovens em Risco***

A legislação relativa à proteção de crianças e jovens em risco determinou que em cada ACeS deve existir, pelo menos, um Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), inserido na UF considerada mais adequada. A função deste núcleo é melhorar a aplicação dos mecanismos de prevenção da ocorrência dos maus tratos, a deteção precoce das situações de risco e de perigo, o acompanhamento e prestação de cuidados e a sinalização e/ou encaminhamento de casos para outros serviços, no âmbito de uma eficiente articulação funcional.

O NACJR de Santa Maria da Feira está integrado na UCC Feira. Os seus técnicos intervêm no acompanhamento de crianças e jovens referenciados.

### ***Saúde Reprodutiva***

O projeto de saúde reprodutiva desenvolve a sua atividade através do curso de preparação para o parto e parentalidade, curso de recuperação pós parto e curso de massagem infantil. O curso de preparação para o parto e parentalidade consiste no ensino dirigido aos pais sobre a fisiologia do parto, saúde pré-natal e puerperal e treino de técnicas de respiração e relaxamento muscular, com base no método psicoprofilático, que preparam a mulher na gravidez para o controlo dos sintomas que antecedem e ocorrem durante o parto.

No curso de recuperação pós-parto, a puérpera aprende a conhecer o seu corpo e o que pode ou deve fazer nesta fase relativamente delicada para recuperar a forma, confiança e autoestima, começando a reencontrar-se.

O curso de massagem infantil pretende desenvolver competências dos pais nesta área. A massagem infantil tem como principal objetivo promover o toque e a comunicação, facilitando a ligação entre pais e bebés e ajudando os pais a compreender melhor os seus filhos e a estreitar os laços familiares. Permite interagir com o bebé, promovendo uma vinculação segura. Estimula o desenvolvimento da linguagem, melhorara as capacidades de aprendizagem, alivia as cólicas, a obstipação e a tensão muscular. Promove ainda o relaxamento, permitindo uma melhoria nos padrões de sono e reduzindo os níveis de *stress*.

### ***Promoção da Saúde da Pessoa Ostmizada***

O projeto de promoção da saúde da pessoa ostomizada é concretizado na atividade do gabinete de apoio ao utente ostomizado. Nesta estrutura implementam-se intervenções que visam a realização de uma avaliação e o estabelecer de um plano de cuidados, no sentido de ajudar o indivíduo e sua família a atingir a sua máxima capacidade de autocuidado. A criação de um espaço de atendimento personalizado a estes utentes pretende promover uma abordagem multi e inter disciplinar criando um serviço que dê uma resposta em tempo útil a estes utentes.

Cada ostomizado e sua família são alvo de uma abordagem inicial, onde são realizados ensinamentos de promoção do autocuidado, otimização do material de ostomia, treino da sua colocação, bem como a promoção de espaços de partilha entre doentes através de grupos de autoajuda e grupos psicoeducativos. Estes profissionais estão disponíveis também para a orientação em casos de complicações do estoma e/ou pele periestomal, apoio social e psicológico, otimização do material de ostomia, proporcionando um serviço de consultadoria aos enfermeiros prestadores de cuidados diretos aos utentes e famílias.

### ***Rede Social***

A Rede Social é uma medida de política social que reconhece e incentiva a atuação das redes de solidariedade local no combate à pobreza e à exclusão social, e na promoção do desenvolvimento social. Uma das técnicas superiores de serviço social da UCC Feira integra a Rede Social do concelho, em representação do ACEs.

### ***Rendimento Social de Inserção***

O Rendimento Social de Inserção (RSI) consiste numa prestação incluída no subsistema de solidariedade e um programa de inserção social que procura assegurar às pessoas e seus agregados familiares recursos que contribuam para satisfação das suas necessidades mínimas e para o favorecimento de uma progressiva inserção social, laboral e comunitária.

O programa de inserção é um conjunto articulado e coerente de ações faseadas no tempo, estabelecido de acordo com as características e condições do agregado familiar beneficiário de RSI, que promove a criação de condições necessárias à gradual autonomia, com vista à sua plena integração social. Compete ao representante de cada sector acompanhar o desenvolvimento das ações previstas no programa de inserção que se enquadram na respetiva área de intervenção.

### ***Intervenção Comunitária dirigida a Indivíduos dependentes e Famílias/Cuidadores***

O projeto “Cuidar de Quem Cuida” surgiu como uma iniciativa intermunicipal da região Entre Douro e Vouga, de caráter plurianual.

No âmbito dessa plataforma supra concelhia, foi feito o diagnóstico social da região quer ao nível dos grupos vulneráveis, tendo emergido diversos problemas na população idosa, quer ao nível dos cuidados de saúde, onde se verificou a ausência de respostas ao nível da saúde mental.

Assim, o projeto “Cuidar de Quem Cuida” surgiu com o intuito de dar resposta às necessidades dos cuidadores dos doentes com Alzheimer e às situações de pós-AVC, dada a sua elevada prevalência na região.

Com o passar dos anos esta iniciativa sendo confrontada com diversos constrangimentos e perdeu o vigor inicial. Neste momento, o projeto apenas desenvolve os Grupos de Intervenção Psicoeducativa, numa parceria informal entre a Câmara Municipal de Santa Maria da Feira e o ACeS, estando em negociação um acordo de parceria formal.

Partindo do relacionamento pessoal que se criou entre os elementos de cada grupo psicoeducativo, alguns prestadores de cuidados foram continuando a reunir-se e a partilhar experiências relacionadas com o desempenho do seu papel de cuidadores. O grupo foi crescendo e, (atualmente) sob coordenação do interlocutor deste projeto, nasceu um grupo de ajuda mútua, que continua em atividade, com reuniões mensais.

### ***Equipa de Cuidados Continuados Integrados***

Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) pretende, no âmbito da RNCCI, desenvolver a área da intervenção domiciliária, garantindo cuidados de proximidade, de elevada qualidade técnico-científica e que garantam a acessibilidade, equidade e continuidade na resposta ao cidadão.

Pretende-se ainda a prestação de cuidados globais e integrados por uma equipa multidisciplinar aos utentes e família. A unidade familiar é encarada não só como um contexto da prestação cuidados, mas antes como um elemento determinante no sucesso da intervenção da ECCI, pelo que o seu envolvimento é fundamental.

## Bibliografia

- Decreto-Lei n.º 137/2013 de 7 de outubro (2013). Cria os agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde e estabelece o seu regime de organização e funcionamento. Diário da República 1ª série, N.º 193 (07.10.2013) 6051-6061.
- <https://www.cm-feira.pt/portal/site/cm-feira>. Acedido em 30.03.2015
- <http://www.cm-arouca.pt/portal/index.php>. Acedido em 30.03.2015
- <http://acesfa.wix.com/home>. Acedido em 01.04.2015
- <http://www.ine.pt>. Acedido em 13.04.2015
- Ministério da Saúde (2014). *Perfil Local de Saúde ACeS Feira/Arouca 2014*. Disponibilidade:  
[http://media.wix.com/ugd/27bce2\\_e5cffb47fd5347e4a746da0fa2ddfa31.pdf](http://media.wix.com/ugd/27bce2_e5cffb47fd5347e4a746da0fa2ddfa31.pdf)
- Unidade de Cuidados na Comunidade Santa Maria da Feira (s.d.). *Folheto*. Guia de acolhimento da Unidade de Cuidados na Comunidade Santa Maria da Feira. Acessível na Unidade de Cuidados na Comunidade Santa Maria da Feira, Santa Maria da Feira, Portugal.
- Unidade de Cuidados na Comunidade Santa Maria da Feira (2014). *Plano de Ação 2014 – 2016*. Santa Maria da Feira: ACeS entre Douro e Vouga I – Feira/Arouca.





# CATÓLICA

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | PORTO  
↳ Instituto de Ciências da Saúde

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

### **Apêndice II**

## **Instrumento de Recolha de Dados**

**Marco Aurélio Ferreira Pinto**

**Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, abril de 2016**



A – Avaliação Familiar		
1. Tipo de família	1. Casal <input type="checkbox"/> 2. Família nuclear <input type="checkbox"/> 3. Família reconstruída <input type="checkbox"/>	4. Família monoparental <input type="checkbox"/> 5. Família unipessoal <input type="checkbox"/> 6. Família alargada <input type="checkbox"/>

B – Avaliação das Condições Habitacionais	
2. Número de divisões da habitação	_____ divisões
3. A habitação encontra-se limpa	1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/>

4. Fatores Ambientais Risco de Queda					
Local	Fatores	Sim	Não	Recetor	Prestador
4.1. Áreas de locomoção	Áreas de locomoção desimpedidas.	0	1		
	Barras de apoio	0	1		
	Revestimentos: uniformes ou tapetes bem fixos	0	1		
4.2. Iluminação	Suficiente para iluminar toda a superfície de marcha	0	1		
	Interruptores: acessíveis na entrada	0	1		
	Sentinelas: ilumina o quarto, o corredor e a casa de banho	0	1		
4.3. Quarto de dormir	Iluminação exterior: suficiente para iluminar toda a entrada exterior	0	1		
	Guarda-roupa: cabides facilmente acessíveis	0	1		
	Cadeira permitindo assentar-se para se vestir	0	1		
4.4. Casa de Banho	Cama de boa altura (45 cm)	0	1		
	Casa de banho: facilmente acessível e com suportes	0	1		
	Área do chuveiro: antiderrapante	0	1		
4.5. Cozinha	Box: abertura fácil, cortina bem firme	0	1		
	Armários: baixos, sem necessidade de uso de escada	0	1		
	Lava Louça permite entrada de cadeira de rodas se necessário	0	1		
4.6. Escadas	Revestimento antiderrapante	0	1		
	Corrimão bilateral e sólido	0	1		
	Corrimão sólido	0	1		
	Corrimão que se prolonga além do primeiro e do último, degraus	0	1		
4.7. Calçado	Uniformidade dos degraus	0	1		
	Pouca fixação ao pé e ao calcanhar (Chinelos)	0	1		
	Calçado sem sola antiderrapante e/ou macia	0	1		
		0	1		
4.R. Número de fatores ambientais para risco de queda (Recetor)					
4.PC. Número de fatores ambientais para risco de queda (Prestador de Cuidados)					

C- Avaliação do Recetor de Cuidados		
Variáveis Sociodemográficas		
5. Sexo	1. Masculino <input type="checkbox"/>	2. Feminino <input type="checkbox"/>
6. Idade (_____) anos	1. Entre 45 – 54 anos <input type="checkbox"/> 2. Entre 55-64 anos <input type="checkbox"/> 3. Entre 65-74 anos <input type="checkbox"/>	4. Entre 75-84 anos <input type="checkbox"/> 5. Mais de 85 anos <input type="checkbox"/>
7. Estado Civil	1. Solteiro(a) <input type="checkbox"/> 2. Casado/União de Facto <input type="checkbox"/>	3. Viúvo <input type="checkbox"/> 4. Divorciado/Separado(a) <input type="checkbox"/>
8. Anos de escolaridade completos	1. 0 a 2 <input type="checkbox"/>	2. 3 a 6 <input type="checkbox"/> 3. 7 ou mais <input type="checkbox"/>
9. Com quantas pessoas contacta ao longo do dia	_____ Pessoas	
10. Gere o seu rendimento?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> Se não, quem o faz: _____
11. O seu rendimento mensal é suficiente para responder às suas necessidades pessoais?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
12. Se respondeu não (na questão anterior), recebe apoio de alguém?	1. Sim <input type="checkbox"/> De quem: _____	2. Não <input type="checkbox"/>
Antecedentes Patológicos		
13. Sofre, atualmente, de alguma doença crónica?	1. Cardiovascular <input type="checkbox"/> 2. Respiratória <input type="checkbox"/> 3. Digestiva <input type="checkbox"/> 4. Geniturinária <input type="checkbox"/> 5. Reprodutora <input type="checkbox"/> 6. Músculo-esquelética <input type="checkbox"/> 7. Neurológica <input type="checkbox"/> 8. Infeciosa <input type="checkbox"/>	9. Oftalmológica <input type="checkbox"/> 10. Auditiva <input type="checkbox"/> 11. Endócrina/metabólica <input type="checkbox"/> 12. Dermatológica <input type="checkbox"/> 13. Oncológica <input type="checkbox"/> 14. Mental <input type="checkbox"/> 15. Sistema Nervoso <input type="checkbox"/> 16. Outra. Qual _____
14. Instalação da dependência devido a:	1. Envelhecimento <input type="checkbox"/> 2. Doença Aguda <input type="checkbox"/> Qual _____	3. Doença crónica <input type="checkbox"/> Qual? _____ 4. Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____



Avaliação Física				
15. Feridas	Nº total: _____	1. Tipo: 2. Localização	1. Tipo: 2. Localização	1. Tipo: 2. Localização
16. Nas últimas 72 horas, sentiu alguma dor?		1. Intensidade: 2. Localização:	1. Intensidade: 2. Localização:	1. Intensidade: 2. Localização:
17. Presença de equimoses		1. Vermelho-Azulado-roxo <input type="checkbox"/> 2. Azul a roxo <input type="checkbox"/> 3. Verde <input type="checkbox"/>	4. Amarelo <input type="checkbox"/> 5. Castanho <input type="checkbox"/> Localização:	
18. Cavidade Oral/Deglutição		1. Perda de dentes (+ de 20 dentes) <input type="checkbox"/> 2. Xerostomia <input type="checkbox"/> 3. Mastigação comprometida	4. Deglutição comprometida <input type="checkbox"/> 5. Caries dentárias <input type="checkbox"/> 6. Outro. <input type="checkbox"/> Qual? _____	
19. Acuidade visual alterada		1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
20. Acuidade auditiva alterada		1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
21. Cognição - Mini Mental State Examination (Folstein et al. 1975 adaptado por Guerreiro et al. 1998)				
21.1 Orientação	Em que ano estamos?			
	Em que mês estamos?			
	Em que dia do mês estamos?			
	Em que dia da semana estamos?			
	Em que país estamos?			
	Em que distrito vive?			
	Em que terra vive?			
	Em que casa estamos			
Em que estação do ano estamos?				
21.2 Retenção	"Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor" Pêra – Gato - Bola			
21.3 Atenção e Cálculo	"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volte a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar" 30_27_24_21_18_15			
21.4 Evocação	"Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi há pouco para decorar"			
21.5 Linguagem	Como se chama isto: "Mostrar os objetos: relógio e lápis"			
	Repita a frase que eu vou dizer "o rato roeu a rolha"			
	"Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"			
	"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.			
21.6 Habilidade Construtiva	"Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.			
				20. Pontuação Final
Capacidade Funcional				
22. Índice de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton-Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007)				
22.1 Cuidar da casa	(1) Cuida da casa sem ajuda (2) Faz tudo exceto o trabalho pesado (3) Só faz tarefas leves	(4) Necessita de ajuda para todas as tarefas (5) Incapaz de fazer qualquer tarefa		
22.2 Lavar a roupa	(1) Lava a sua roupa (2) Só lava pequenas peças	(3) É incapaz de lavar a roupa		
22.3 Preparar comida	(1) Planeia, prepara e serve sem ajuda (2) Prepara se lhe derem os ingredientes	(3) Prepara pratos pré cozinhados (4) Incapaz de preparar refeições		
22.4 Ir às compras	(1) Faz as compras sem ajuda (2) Só faz pequenas compras	(3) Faz as compras acompanhado (4) É incapaz de ir às compras		
22.5 Uso do telefone	(1) Usa-o sem dificuldade (2) Só liga para lugares familiares	(3) Necessita de ajuda para o usar (4) Incapaz de usar o telefone		
22.6 Uso de transporte	(1) Viaja em transporte público ou conduz (2) Só anda de táxi	(3) Necessita de acompanhamento (4) Incapaz de usar o transporte		
22.7 Uso do dinheiro	(1) Paga as contas, vai ao banco, etc. (2) Só em pequenas quantidades de dinheiro	(3) Incapaz de utilizar o dinheiro		
22.8 Responsável pelos medicamentos	(1) Responsável pela medicação (2) Necessita que lhe preparem a medicação	(3) Incapaz de se responsabilizar pela medicação		
				21. Pontuação Final
23. Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diárias (Mahoney & Barthel, 1965 Adaptado por Sequeira, 2007)				
23.1 Higiene pessoal	(0) Necessita de ajuda com o cuidado pessoal (5) Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)			
23.2 Evacuar	(0) Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) (5) Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) (10) Continente (não apresenta episódios de incontinência)			
23.3 Urinar	(0) Incontinente ou algaliado (5) Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)			



	(10) Continente (por mais de 7 dias)	
23.4 Ir à casa de banho (uso de sanitário)	(0) Dependente (5) Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas, sozinho (10) Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
23.5 Alimentar-se	(0) Incapaz (5) Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. (10) Independente (a comida é providenciada)	
23.6 Transferências (cadeira /cama)	(0) Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se (5) Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se (10) Pequena ajuda (verbal ou física) (15) Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
23.7 Mobilidade (deambulação)	(0) Imobilizado (5) Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. (10) Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) (15) Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	
23.8 Vestir-se	(0) Dependente (5) Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda (10) Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
23.9 Escadas	(0) Incapaz (5) Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão (10) Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)	
23.10 Banho	(0) Dependente (5) Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	

21. Pontuação Final

#### 24. Risco de Queda

24.1 No último ano sofreu alguma queda?		1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
24.2 Queda nº	24.3 Local	24.4 Motivo	24.5 O que estava a fazer
1			
2			
3			
4			
5			

#### Equipamentos de Apoio

25. Utiliza algum equipamento de apoio?	1. Bengala <input type="checkbox"/> 2. Canadiana <input type="checkbox"/> 3. Tripé <input type="checkbox"/> 4. Prótese Auditiva <input type="checkbox"/>	5. Prótese Ocular <input type="checkbox"/> 6. Prótese Dentária <input type="checkbox"/> 7. Outro. <input type="checkbox"/> Qual? _____
26. Identifica algum problema associado à utilização dos equipamentos de apoio?	1. Não <input type="checkbox"/>	2. Sim. <input type="checkbox"/> Qual? _____

#### 27. Dispositivos Médicos

27.1 Sonda Nasogástrica	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
27.2 Sonda Vesical	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
27.3 Cadeira de Rodas	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
27.4 Cama articulada	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>
27.5 Outro: _____		

#### 28. Escala de Braden

28.1 Perceção sensorial	Completamente limitada (1)	Muito Limitada (2)	Ligeiramente limitada (3)	Nenhuma limitação (4)
28.2 Humidade	Pele constantemente húmida (1)	Pele muito húmida (2)	Pele ocasionalmente húmida (3)	Pele raramente húmida (4)
28.4 Atividade	Acamado (1)	Sentado (2)	Anda ocasionalmente (3)	Anda frequentemente (4)
28.4. Mobilidade	Completamente imobilizado (1)	Muito limitada (2)	Ligeiramente limitado (3)	Nenhuma limitação (4)
28.5. Nutrição	Muito pobre (1)	Provavelmente inadequada (2)	Adequada (3)	Excelente (4)
28.6. Fricção e forças de deslizamento	Problema (1)	Problema potencial (2)	Nenhum problema (3)	



**Regime Terapêutico Medicamentoso**

29. Usa algum medicamento de forma contínua?		1. Sim <input type="checkbox"/>		2. Não <input type="checkbox"/>		3. Não sabe/Não responde <input type="checkbox"/>	
29.1. Categoria do Fármaco?	29.2. Via/Dosagem	29.3. Horário	29.4. Quem prescreveu?	29.5. Quem gere?	29.6. Quem prepara	29.7. Instruções Adicionais (ICF)	

30. Índice de complexidade medicamentosa (Melchior, Correr e Fernández-Llmos, 2007)

**Padrão de Sono**

31. Nos últimos 6 meses, ocorreram alterações no padrão de sono?	1. Sim <input type="checkbox"/> Especifique: _____	2. Não <input type="checkbox"/>
--	--	---------------------------------

**Utilização de Recursos: USF/UCSP  
(se receptor não comunica, questionar PC, em relação ao receptor)**

32. Unidade Funcional prestadora de cuidados de saúde familiar	1. USF <input type="checkbox"/>	2. UCSP <input type="checkbox"/>
33. Conhece o seu enfermeiro de família?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> Porquê? _____
34. O seu enfermeiro de família já se deslocou ao domicílio?	1. Sim <input type="checkbox"/> Porquê? _____	2. Não <input type="checkbox"/>
35. Conhece o seu médico de família?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/> Porquê? _____
36. O seu médico de família já se deslocou ao domicílio?	1. Sim <input type="checkbox"/> Porquê? _____	2. Não <input type="checkbox"/>
37. Quantas vezes recorreu a serviços de saúde no último ano?	_____ vezes. Devido a:	

**Referenciação**

38. Como chegou à ECCI?	1. Referenciação EGA <input type="checkbox"/>	2. Referenciação USF/UCSP <input type="checkbox"/>	
39. Quem tomou a iniciativa da referenciação?	1. Médico de família <input type="checkbox"/>	2. Enfermeiro de família <input type="checkbox"/>	3. Doente/família <input type="checkbox"/>
40. Aquando da referenciação, foi informado sobre a forma de funcionamento da ECCI?	1. Sim <input type="checkbox"/>		2. Não <input type="checkbox"/>

**41. Avaliação Nutricional MUST (BADEN, 2003)**

Peso atual:	Altura:	41.1. IMC: 0 = > 20    1 = 18,5 a 20    2 = < 18,5
Altura do Joelho:	Envergadura:	Comprimento do antebraço:
41.2. Percentagem de perda ponderal nos últimos 3 a 6 meses: $\frac{\text{Peso habitual} - \text{Peso atual}}{\text{Peso habitual}} \times 100 = \text{_____}$	Peso habitual (últimos 6 meses): 0 = Perda ponderal < 5%    1 = Perda ponderal 5 a 10% 2 = Perda ponderal > 10%	
41.3. Presença de doença aguda com ausência/diminuição significativa da ingestão alimentar > 5 dias	0 = Não    2 = Sim	
		41. Pontuação Final

**D- Avaliação do Prestador de Cuidados**

**Variáveis Sociodemográficas**

42. Sexo	1. Masculino <input type="checkbox"/>	2. Feminino <input type="checkbox"/>
43. Idade (_____anos)	1. Entre 25-34 anos <input type="checkbox"/> 2. Entre 35-44 anos <input type="checkbox"/> 3. Entre 45-54 anos <input type="checkbox"/> 4. Entre 55-64 anos <input type="checkbox"/>	5. Entre 65-74anos <input type="checkbox"/> 6. Entre 75-84 anos <input type="checkbox"/> 7. Mais de 85 anos <input type="checkbox"/>
44. Estado Civil	1. Casado/União de Facto <input type="checkbox"/> 2. Solteiro/a <input type="checkbox"/>	3. Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> 4. Viúvo <input type="checkbox"/>



Qualidade de Vida						
45. Atualmente como classifica o seu estado de saúde?		1. Muito bom <input type="checkbox"/> 2. Bom <input type="checkbox"/>		3. Razoável <input type="checkbox"/> 4. Mau <input type="checkbox"/>		5. Muito Mau <input type="checkbox"/>
46. Comparando com os últimos 5 anos, atualmente, como classifica o seu estado de saúde?		1. Muito Melhor <input type="checkbox"/> 2. Melhor <input type="checkbox"/>		3. Igual <input type="checkbox"/> 4. Pior <input type="checkbox"/>		5. Muito Pior <input type="checkbox"/>
Antecedentes Patológicos						
47. Sofre, atualmente, de alguma doença crónica?		1. Cardiovascular <input type="checkbox"/> 2. Respiratória <input type="checkbox"/> 3. Digestiva <input type="checkbox"/> 4. Geniturinária <input type="checkbox"/> 5. Reprodutora <input type="checkbox"/> 6. Músculo-esquelética <input type="checkbox"/> 7. Neurológica <input type="checkbox"/>			Oftalmológica <input type="checkbox"/> Auditiva <input type="checkbox"/> Endócrina/metabólica <input type="checkbox"/> Dermatológica <input type="checkbox"/> Oncológica <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Outra. Qual _____	
Contexto do Cuidar						
48. Que motivo(s) a/o levou a aceitar cuidar do seu familiar?		Obrigação Moral <input type="checkbox"/> Ligação afetiva <input type="checkbox"/> Impulso <input type="checkbox"/> Consciência dificultadora <input type="checkbox"/> Preparação/conhecimento <input type="checkbox"/>			6. Presunção de vontade por parte do profissional <input type="checkbox"/> 7. Não existirem alternativas <input type="checkbox"/> 8. Outro. Qual? _____	
49. Coabitação com o recetor?		1. Sim, sempre <input type="checkbox"/> 2. Sim, por períodos <input type="checkbox"/> . Especifique o período _____ 3. Vivem em casas diferentes, mas no mesmo edifício <input type="checkbox"/> 4. Não <input type="checkbox"/>				
50. Continuidade no cuidar:		1. Cuida todos os dias <input type="checkbox"/> 2. Cuida por períodos <input type="checkbox"/> . Especifique: _____ 3. Outro. <input type="checkbox"/> Especifique _____				
51. Quantas horas gasta por dia na prestação de cuidados?		1. Menos de 1h <input type="checkbox"/> 2. Mais de 1h a menos de 3h <input type="checkbox"/>		3. Mais de 3h e menos 5h <input type="checkbox"/> 4. Mais de 5h <input type="checkbox"/>		
52. Há quantos anos cuida?		1. Menos de 1 ano <input type="checkbox"/> 2. Entre 1 e 3 anos <input type="checkbox"/>		3. Entre 3 e 5 anos <input type="checkbox"/> 4. Mais de 5 anos <input type="checkbox"/>		
53. Tipo de cuidado prestado		1. Informacional <input type="checkbox"/> 2. Cuidados de Higiene <input type="checkbox"/> 3. Higiene pessoal <input type="checkbox"/> 4. Evacuar <input type="checkbox"/> 5. Urinar <input type="checkbox"/> 6. Usar o sanitário <input type="checkbox"/>			7. Alimentar-se <input type="checkbox"/> 8. Transfereir-se <input type="checkbox"/> 9. Vestir-se <input type="checkbox"/> 10. Subir/descer escadas <input type="checkbox"/> 11. Económico <input type="checkbox"/> 12. Outro. <input type="checkbox"/> Qual? _____	
Gestão do Regime Terapêutico Medicamentoso						
54. Usa algum medicamento de forma contínua?		1. Sim <input type="checkbox"/>		2. Não <input type="checkbox"/>		
54.1. Categoria do Fármaco	54.2. Via/Dosagem	54.3. Horário	54.4. Quem prescreveu?	54.5. Quem gere?	54.6. Quem prepara	54.7. Instruções Adicionais (ICF)
55. Índice de complexidade medicamentosa (Melchior, Correr e Fernández-Llmos, 2007)						
Padrão de Sono						
56. Nos últimos 6 meses sentiu alterações no seu padrão de sono?		1. Sim, devido à prestação de cuidados ao recetor <input type="checkbox"/> 2. Sim, devido a problemas que não se relacionam com o recetor <input type="checkbox"/> 3. Não <input type="checkbox"/>				
57. Que alterações sentiu?		1. Dificuldade em adormecer <input type="checkbox"/>		2. Insónia <input type="checkbox"/>		3. Outra. <input type="checkbox"/> Qual? _____
Capacidade Funcional						
58. Índice de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton-Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007)						
58.1. Cuidar da casa	(1) Cuida da casa sem ajuda (2) Faz tudo exceto o trabalho pesado (3) Só faz tarefas leves			(4) Necessita de ajuda para todas as tarefas (5) Incapaz de fazer qualquer tarefa		
58.2. Lavar a roupa	(1) Lava a sua roupa (2) Só lava pequenas peças			(3) É incapaz de lavar a roupa		
58.3. Preparar comida	(1) Planeia, prepara e serve sem ajuda			(3) Prepara pratos pré cozinhados		



	(2) Prepara se lhe derem os ingredientes	(4) Incapaz de preparar refeições	
58.4. Ir às compras	(1) Faz as compras sem ajuda (2) Só faz pequenas compras	(3) Faz as compras acompanhado (4) É incapaz de ir às compras	
58.5. Uso do telefone	(1) Usa-o sem dificuldade (2) Só liga para lugares familiares	(3) Necessita de ajuda para o usar (4) Incapaz de usar o telefone	
58.6. Uso de transporte	(1) Viaja em transporte público ou conduz (2) Só anda de táxi	(3) Necessita de acompanhamento (4) Incapaz de usar o transporte	
58.7. Uso do dinheiro	(1) Paga as contas, vai ao banco, etc. (2) Só em pequenas quantidades de dinheiro	(3) Incapaz de utilizar o dinheiro	
58.8. Responsável pelos medicamentos	(1) Responsável pela medicação (2) Necessita que lhe preparem a medicação	(3) Incapaz de se responsabilizar pela medicação	
58. Pontuação Final			
<b>59. Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diárias (Mahoney &amp; Barthel, 1965 Adaptado por Sequeira, 2007)</b>			
59.1. Higiene pessoal	(0) Necessita de ajuda com o cuidado pessoal (5) Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)		
59.2. Evacuar	(0) Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) (5) Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) (10) Continente (não apresenta episódios de incontinência)		
59.3. Urinar	(0) Incontinente ou algaliado (5) Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) (10) Continente (por mais de 7 dias)		
59.4. Ir à casa de banho (uso de sanitário)	(0) Dependente (5) Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas, sozinho (10) Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)		
59.5. Alimentar-se	(0) Incapaz (5) Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. (10) Independente (a comida é providenciada)		
59.6. Transferências (cadeira /cama)	(0) Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se (5) Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se (10) Pequena ajuda (verbal ou física) (15) Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)		
59.7. Mobilidade (deambulação)	(0) Imobilizado (5) Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. (10) Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) (15) Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)		
59.8. Vestir-se	(0) Dependente (10) Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda (15) Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)		
59.9. Escadas	(0) Incapaz (5) Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão (10) Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)		
59.10. Banho	(0) Dependente (5) Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)		
59. Pontuação Final			
<b>60. Recursos da Comunidade</b>			
<b>60.1.</b> Que recursos utiliza?	<b>60.2.</b> Que suporte lhe é prestado? (1. Instrumental; 2. Informacional; 3. Emocional; 4. Económico; 5. Material; 6. Espiritual)	<b>60.3.</b> Frequência?	
1. Centro de Dia <input type="checkbox"/>			
2. USF/UCSP_ enfermeiro de família <input type="checkbox"/>			
3. USF/UCSP_ médico de família <input type="checkbox"/>			
4. Fisioterapeuta <input type="checkbox"/>			
5. Cuidador Formal Particular <input type="checkbox"/>			
6. Cuidador 2º <input type="checkbox"/> . Quem _____			
7. Familiar <input type="checkbox"/> . Quem _____			
8. Outro <input type="checkbox"/> . Quem _____			
<b>Recursos de Saúde</b>			
61. Desde que cuida do seu familiar, tem recorrido a cuidados de saúde com maior frequência?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	
62. Precisa de mais cuidados de saúde do que os cuidados que recebe?	1. Sim <input type="checkbox"/>	2. Não <input type="checkbox"/>	



**63. Dificuldades associadas ao cuidar\_ Juízo Clínico do Estudante**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Instrumentais <input type="checkbox"/></li> <li>2. Apoio familiar <input type="checkbox"/></li> <li>3. Apoio profissional <input type="checkbox"/></li> <li>4. Acesso aos recursos de saúde <input type="checkbox"/></li> <li>5. Problemas relacionais com o recetor <input type="checkbox"/></li> <li>6. Exigências físicas <input type="checkbox"/></li> <li>7. Exigências psicológicas <input type="checkbox"/></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>8. Exigências económicas <input type="checkbox"/></li> <li>9. Informação <input type="checkbox"/></li> <li>10. Formação <input type="checkbox"/></li> <li>11. Interação de papéis <input type="checkbox"/></li> <li>12. Ausência de Tempo livre/Lazer <input type="checkbox"/></li> <li>13. Outra. <input type="checkbox"/> Qual _____</li> </ul> |
|---|--|

64. Considera que a pessoa idosa poderia realizar alguma atividade na qual é substituída? 1. Sim       2. Não

**65. Avaliação do impacto físico, emocional, social do papel de prestador de cuidados (MARTINS, T; RIBEIRO, J; GARRETT, C; 2003)**

	Não	Rara	Às V	Q S	S
1. Sente vontade de fugir da situação em que se encontra?	1	2	3	4	5
2. Considera que tomar conta do seu familiar é psicologicamente difícil?	1	2	3	4	5
3. Sente-se cansada e esgotada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
4. Entra em conflito consigo própria por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Sente que o seu estado de saúde tem piorado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Cuidar do seu familiar tem exigido um grande esforço físico?	1	2	3	4	5
7. Sente que perdeu o controlo da sua vida desde que o seu familiar adoeceu?	1	2	3	4	5
8. Os planos que tinha feito para esta fase têm sido alterados em virtude de estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
9. Considera que dedica demasiado tempo a cuidar ao seu familiar e que o tempo é insuficiente para si?	1	2	3	4	5
10. Sente que a vida lhe pregou uma partida?	1	2	3	4	5
11. É difícil planear o futuro, dado que as necessidades do seu familiar são imprevisíveis?	1	2	3	4	5
12. Tomar conta do seu familiar dá-lhe a sensação de estar preso?	1	2	3	4	5
13. Evita convidar os amigos para sua casa devido ao problema do seu familiar?	1	2	3	4	5
14. A sua vida social tem sido prejudicada por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
15. Sente-se isolado por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
16. Tem sentido dificuldades económicas por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
17. Sente que o seu futuro económico é incerto por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
18. Já se sentiu ofendido e zangado com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
19. Já se sentiu embaraçado com o comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que o seu familiar solicita demasiado para situações desnecessárias?	1	2	3	4	5
21. Sente-se manipulado pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Sente que não tem tanta privacidade como gostaria, por estar a cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
23. Consegue fazer a maioria das coisas que necessita, apesar do tempo que gasta a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
24. Sente-se com capacidade para continuar a tomar conta do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
25. Considera que tem conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
26. A família (que não vive consigo) reconhece o trabalho que tem, em cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
27. Sente-se apoiado pelos seus familiares?	1	2	3	4	5
28. Sente-se bem por estar a tomar conta do seu familiar?	1	2	3	4	5
29. O seu familiar mostra gratidão pelo que está a fazer por ele?	1	2	3	4	5
30. Fica satisfeito quando o seu familiar mostra agradado pelas pequenas coisas?	1	2	3	4	5
31. Sente-se mais próximo do seu familiar por estar a cuidar dele?	1	2	3	4	5
32. Cuidar do seu familiar tem vindo a aumentar a sua auto-estima fazendo-o sentir especial e com valor?	1	2	3	4	5
<b>65. Pontuação Final</b>					



**MMSE**

**Por favor, dobre esta folha ao meio.**

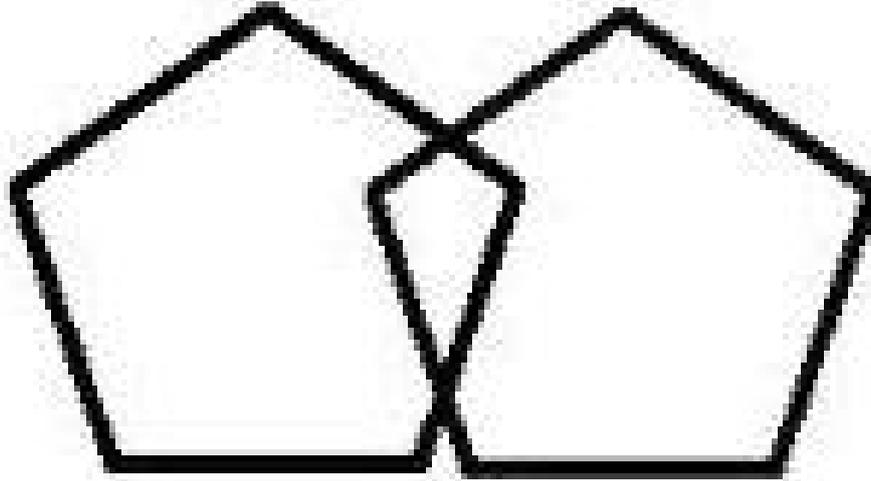


# Feche os olhos.

Por favor, escreva uma frase completa aqui.



**MMSE**



**Por favor, copie o desenho.**



ICF Recetor

Formas Farmacêuticas	Peso	
Oral	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	Spray/comprimidos sublinguais	2
Tópico	Crems/géis/pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas/soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos/patches	2
	Spray de uso tópico	1
Ouvido, olhos, nariz	Gotas/crems/pomadas para ouvido	3
	Colírios/gotas para os olhos	3
	Géis/pomadas para os olhos	3
	Gotas/crems/pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
Inalação	Acouhalers (pó seco para inalação/diskus)	3
	Aerolizers (cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida (inaladores pressurizados)	4
Inalação	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sónico)	5
	Oxigénio/concentrador	3
	Turbohalers (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções:	
	- Pré-carregadas	3
	- Ampolas/frascos-ampolas	4
	Supositórios/óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
Crems vaginais	2	
Total secção A:		



ICF Recetor

Frequência de Dosagem	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
1x/dia			1	
1x/dia S/N			0,5	
2x/dia			2	
2x/dia S/N			1	
3x/dia			3	
3x/dia S/N			1,5	
4x/dia			4	
4x/dia S/N			2	
12/12 h			2,5	
12/12 h S/N			1,5	
8/8 h			3,5	
8/8 h S/N			2	
6/6 h			4,5	
6/6 h S/N			2,5	
4/4 h			6,5	
4/4 h S/N			3,5	
2/2 h			12,5	
2/2 h S/N			6,5	
S/N			0,5	
Dias alternados ou menor frequência			2	

Oxigénio S/N		1	
Oxigénio < 5 h		2	
Oxigénio > 15 h		3	
<b>Total Secção B:</b>			



ICF Recetor

Instruções Adicionais	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
Partir ou triturar o comprimido			1	
Dissolver o comprimido/pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (p.ex. 2 comprimidos, 2 jactos)			1	
Dose variável (p.ex. 1-2 cápsulas, 2-3 jactos)			1	
Tomar/usar em horário específico (p.ex. manhã, noite, 8 AM)			1	
Relação com o alimento (p.ex. com alimento, antes das refeições, depois das refeições)			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar/usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas				
(p.ex. 1 manhã e 2 noite, 1/2 em dias alternados)			2	
Total Seção C:				



ICF Prestador

Formas Farmacêuticas	Peso	
Oral	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	Spray/comprimidos sublinguais	2
Tópico	Crems/géis/pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas/soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos/patches	2
	Spray de uso tópico	1
Ouvido, olhos, nariz	Gotas/crems/pomadas para ouvido	3
	Colírios/gotas para os olhos	3
	Géis/pomadas para os olhos	3
	Gotas/crems/pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
Inalação	Acouhalers (pó seco para inalação/diskus)	3
	Aerolizers (cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida (inaladores pressurizados)	4
Inalação	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sónico)	5
	Oxigénio/concentrador	3
	Turbohalers (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções:	
	- Pré-carregadas	3
	- Ampolas/frascos-ampolas	4
	Supositórios/óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
Crems vaginais	2	
Total seção A:		



ICF Prestador

Frequência de Dosagem	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
1x/dia			1	
1x/dia S/N			0,5	
2x/dia			2	
2x/dia S/N			1	
3x/dia			3	
3x/dia S/N			1,5	
4x/dia			4	
4x/dia S/N			2	
12/12 h			2,5	
12/12 h S/N			1,5	
8/8 h			3,5	
8/8 h S/N			2	
6/6 h			4,5	
6/6 h S/N			2,5	
4/4 h			6,5	
4/4 h S/N			3,5	
2/2 h			12,5	
2/2 h S/N			6,5	
S/N			0,5	
Dias alternados ou menor frequência			2	

Oxigénio S/N		1	
Oxigénio < 5 h		2	
Oxigénio > 15 h		3	
<b>Total Seção B:</b>			



ICF Prestador

Instruções Adicionais	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
Partir ou triturar o comprimido			1	
Dissolver o comprimido/pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (p.ex. 2 comprimidos, 2 jactos)			1	
Dose variável (p.ex. 1-2 cápsulas, 2-3 jactos)			1	
Tomar/usar em horário específico (p.ex. manhã, noite, 8 AM)			1	
Relação com o alimento (p.ex. com alimento, antes das refeições, depois das refeições)			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar/usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas				
(p.ex. 1 manhã e 2 noite, 1/2 em dias alternados)			2	
Total Seção C:				





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

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

### **Apêndice III**

## **Diagnóstico de Saúde:**

### **Análise descritiva de dados**

**Marco Aurélio Ferreira Pinto**

**Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, abril de 2016**

## **Lista de siglas e abreviaturas**

**AIVD** – Atividades Instrumentais de Vida Diária

**AVC** – Acidente Vascular Cerebral

**AVD** - Atividades de Vida Diária

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**ECCEI** - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

**EGA** - Equipa de Gestão de Altas

**ICFT** - Índice de Complexidade da Farmacoterapia

**IMC** – Índice de Massa Corporal

**MFPC** – Membro da Família Prestador de Cuidados

**MMSE** – *Mini-Mental State Examination*

**QASCI** – Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal

**UCSP** - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**UF** - Unidade Funcional

**UP** – Úlcera de Pressão

**USF** - Unidade de Saúde Familiar

**RNCCI** - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**VD** – Visita Domiciliária

## Índice de gráficos

Gráfico 1: Distribuição percentual da amostra por grupo etário.....	5
Gráfico 2: Distribuição percentual da amostra quanto ao estado civil .....	6
Gráfico 3: Distribuição percentual da amostra pelo tipo de família .....	6
Gráfico 4: Distribuição percentual da amostra quanto ao número de pessoas com que o idoso contacta diariamente .....	7
Gráfico 5: Distribuição percentual da amostra quanto à auto suficiência económica ....	8
Gráfico 6: Distribuição numérica dos antecedentes patológicos dos idosos .....	9
Gráfico 7: Proporção de idosos com diminuição da acuidade visual e auditiva .....	10
Gráfico 8: Distribuição numérica dos problemas ao nível da cavidade oral .....	10
Gráfico 9: Distribuição numérica da utilização de dispositivos médicos pelos idosos .	16
Gráfico 10: Distribuição numérica do número de medicamentos prescritos.....	16
Gráfico 11: Distribuição numérica do número de comprimidos ingeridos por dia .....	17
Gráfico 12: Distribuição percentual dos medicamentos segundo o prescritor.....	17
Gráfico 13: Distribuição percentual da amostra de acordo com a autonomia para gerir e preparar a medicação.....	18
Gráfico 14: Valores médios, máximos e mínimos do ICFT e das suas secções.....	19
Gráfico 15: Distribuição percentual da amostra relativamente às alterações ao padrão de sono .....	20
Gráfico 16: Distribuição percentual da amostra, em relação ao conhecimento do seu médico e enfermeiro de família, por tipo de UF prestadora de cuidados .....	21
Gráfico 17: Distribuição percentual da amostra em relação ao motivo para o desconhecimento do enfermeiro de família, por UF prestadora de cuidados .....	21
Gráfico 18: Distribuição percentual da amostra em relação à realização de VD .....	22
Gráfico 19: Distribuição percentual da amostra em relação ao contexto em que ocorreram as visitas domiciliárias .....	23
Gráfico 20: Distribuição percentual da amostra em relação à entidade responsável pela referenciação à ECCI .....	24
Gráfico 21: Distribuição percentual da amostra em relação ao grau de risco de malnutrição .....	25
Gráfico 22: Distribuição percentual da amostra por sexo .....	26
Gráfico 23: Distribuição percentual da amostra por grupo etário.....	26
Gráfico 24: Distribuição percentual da amostra por estado civil .....	27
Gráfico 25: Distribuição percentual da amostra, em relação à auto percepção do estado de saúde dos prestadores de cuidados .....	27

Gráfico 26: Distribuição numérica da amostra em relação aos antecedentes patológicos dos prestadores de cuidados.....	28
Gráfico 27: Distribuição numérica da amostra relativa aos motivos que levaram os MFPC a cuidar do seu familiar .....	29
Gráfico 28: Distribuição numérica da amostra em relação ao tempo de prestação de cuidados.....	30
Gráfico 29: Distribuição numérica da amostra em relação ao tipo de cuidado prestado .....	30
Gráfico 30: Distribuição percentual da medicação por tipo de prescritor .....	31
Gráfico 31: Valores médios, máximos e mínimos do ICFT e das suas secções .....	32
Gráfico 32: Distribuição percentual da amostra relativamente às alterações do padrão de sono .....	33
Gráfico 33: Distribuição percentual da amostra relativamente ao nível de dependência nas AIVD.....	33
Gráfico 34: Distribuição numérica da utilização de recursos da comunidade pelos MFPC.....	34
Gráfico 35: Distribuição percentual da amostra, em relação ao aumento da procura de cuidados e saúde, por problemas relacionados com o cuidar .....	35
Gráfico 36: Distribuição numérica das dificuldades associadas ao cuidar identificadas .....	36
Gráfico 37: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI – valor global).....	37
Gráfico 38: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Sobrecarga emocional).....	38
Gráfico 39: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Implicações na vida pessoal) .....	38
Gráfico 40: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Sobrecarga financeira) .....	39
Gráfico 41: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Reações e exigências) .....	40
Gráfico 42: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Mecanismos de eficácia e controlo) .....	41
Gráfico 43: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Suporte familiar).....	41
Gráfico 44: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Satisfação com o papel) .....	42

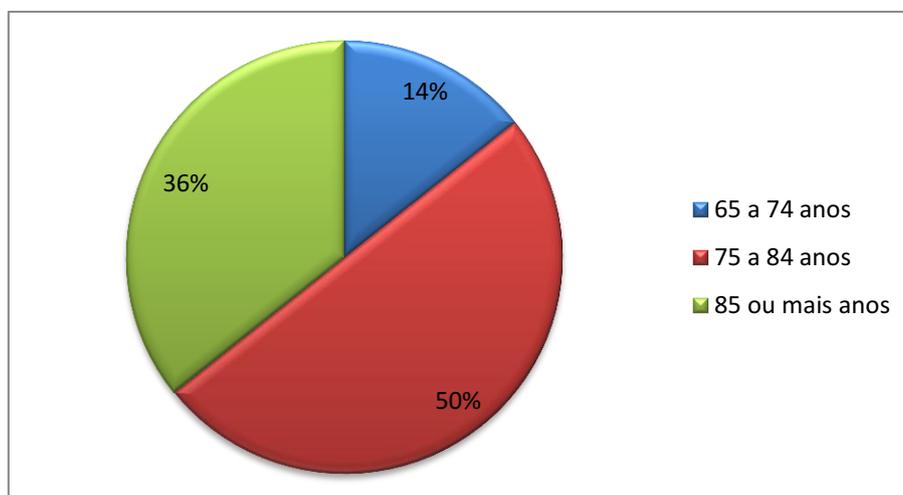
Neste trabalho apresenta-se o conjunto de resultados obtidos através da implementação do instrumento de recolha de dados. A análise das variáveis será descritiva, apresentando-se os valores das frequências absolutas e relativas, bem como as medidas de tendência central e de dispersão.

## Avaliação do receptor de cuidados

### *Variáveis sociodemográficas*

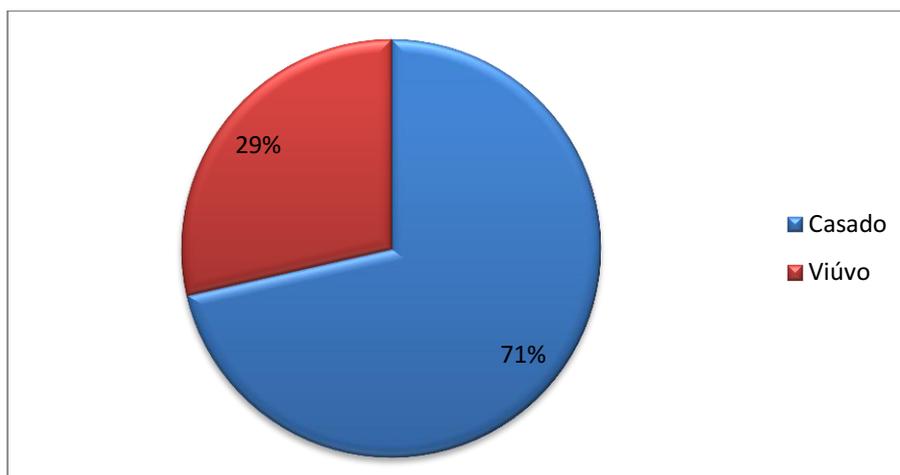
Dos 14 dependentes estudados, 50% era do sexo masculino e 50% do sexo feminino. Apresentavam uma idade média de 82 anos, sendo que 80% deles têm 75 ou mais anos. O gráfico 1 apresenta a distribuição dos dependentes por grupos etários.

**Gráfico 1: Distribuição percentual da amostra por grupo etário**



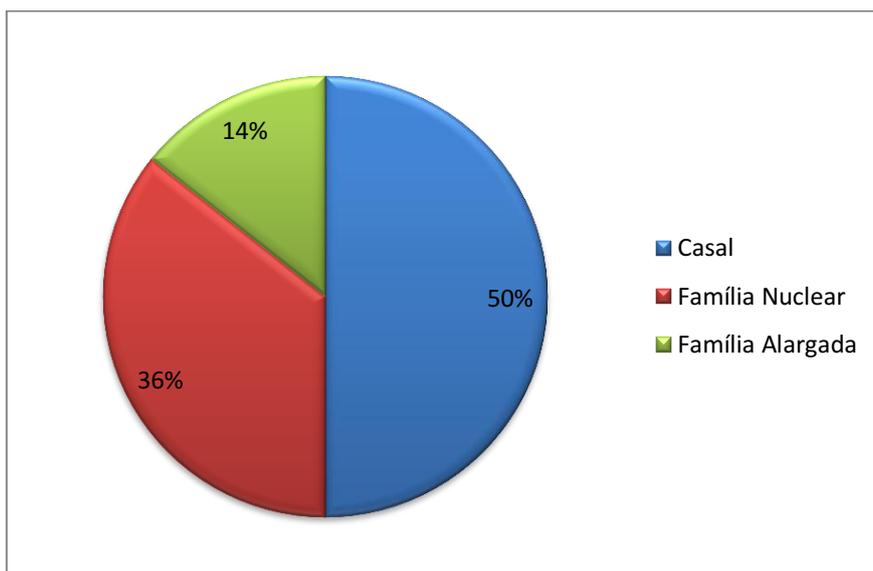
No que se refere ao estado civil, temos 71% casados (N= 10) e 29% viúvos (N= 4), tal como ilustra o gráfico 2.

Gráfico 2: Distribuição percentual da amostra quanto ao estado civil



Metade dos dependentes da amostra (N= 7) reside apenas com o seu cônjuge, tal como se pode observar no gráfico 3. Trinta e seis por cento dos idosos (N= 5) vivem numa família nuclear com, pelo menos um filho e 14% (N= 2) integra uma família alargada com três gerações a coabitar.

Gráfico 3: Distribuição percentual da amostra pelo tipo de família



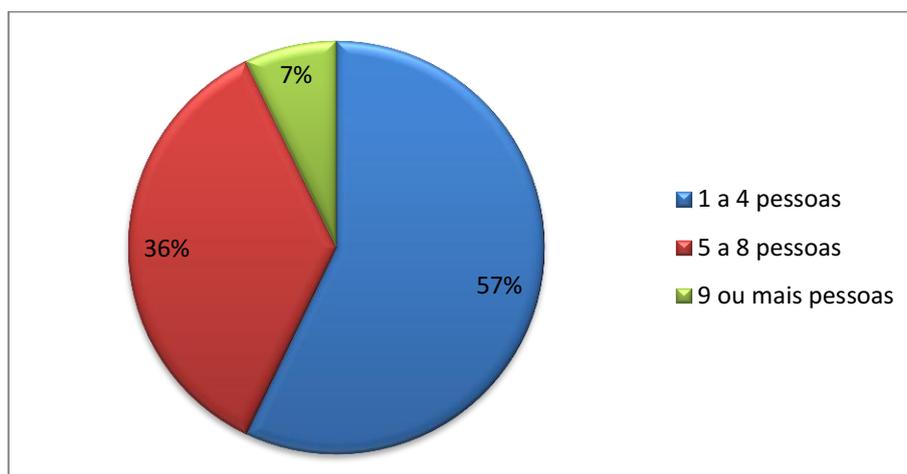
No que respeita às condições habitacionais verificou-se que, em média, existiam 7 divisões em cada casa, com um desvio padrão de 2. O número máximo de

divisões encontrado foi 12, enquanto o mínimo foi 4. Em todas as casas se verificaram boas condições de higiene.

Foi contabilizada uma média de quatro fatores ambientais de risco ambiental de queda, quer para os receptores, quer para os prestadores de cuidados, assinalando-se um máximo de 9 fatores numa só habitação.

Na tentativa de identificar situações de isolamento, contabilizou-se o número de pessoas com que cada idoso contacta diariamente. A maioria dos idosos (N= 8) da amostra contacta diariamente com 1 a 4 pessoas diferentes, cerca de um terço (N= 5) contacta com 5 a 8 pessoas e apenas 7% (N= 1) convive diariamente com 9 ou mais pessoas, tal como documenta o gráfico 4.

**Gráfico 4: Distribuição percentual da amostra quanto ao número de pessoas com que o idoso contacta diariamente**

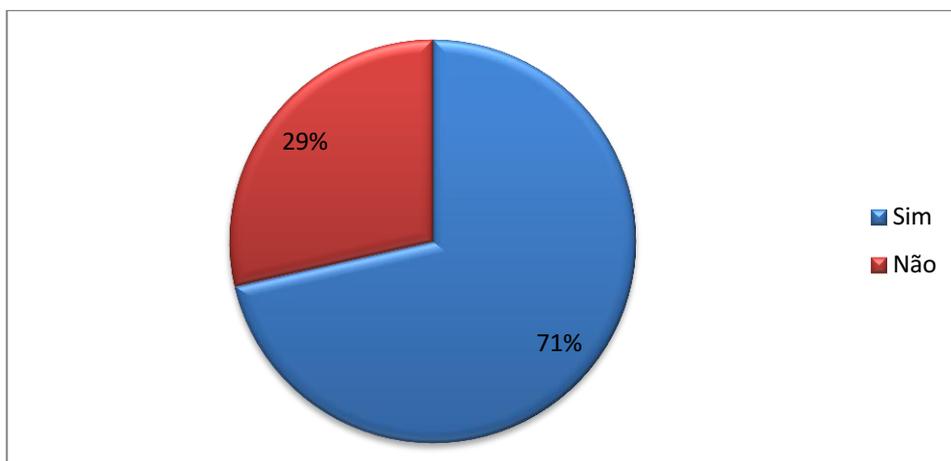


Adiante veremos (Gráfico 40) que, em 57% da amostra, se verifica o recurso aos serviços de apoio domiciliário dos centros de dia. Atendendo a que as auxiliares desempenham a sua atividade aos pares, e que foram contabilizadas no número de pessoas com quem os dependentes contactam diariamente, percebemos que estas profissionais, para além da prestação de cuidados instrumentais e de informação, desempenham também um papel importante de companhia e de estímulo para muitos dependentes que, na falta deste serviço, vêm significativamente reduzidos os seus contactos com outras pessoas.

Relativamente à gestão do rendimento mensal, apesar do acréscimo de despesa que o cuidado de um dependente acarreta, 71% dos prestadores (N= 10) referiram que o rendimento mensal é suficiente para fazer face à despesa corrente. No entanto, as situações de investimento para aquisição de ajudas técnicas ou

dispositivos médicos, implicam o recurso às economias do dependente. Em 30% dos casos (N= 3), o recurso às economias é também mobilizado para compensar economicamente a prestação de cuidados, seja aos próprios filhos ou a terceiros que colaboram regularmente por períodos do dia ou da noite.

**Gráfico 5: Distribuição percentual da amostra quanto à auto suficiência económica**



Dos 29% de idosos (N= 4) que referem que o rendimento que auferem não é suficiente para fazer face às despesas correntes, em 75% dos casos os filhos são chamados a colaborar. Nos restantes 25% (N=1), o prestador de cuidados refere que não recebe qualquer colaboração financeira regular, o que implica o recurso frequente a empréstimos de amigos e vizinhos ou até de interrupção temporária da aquisição de medicamentos.

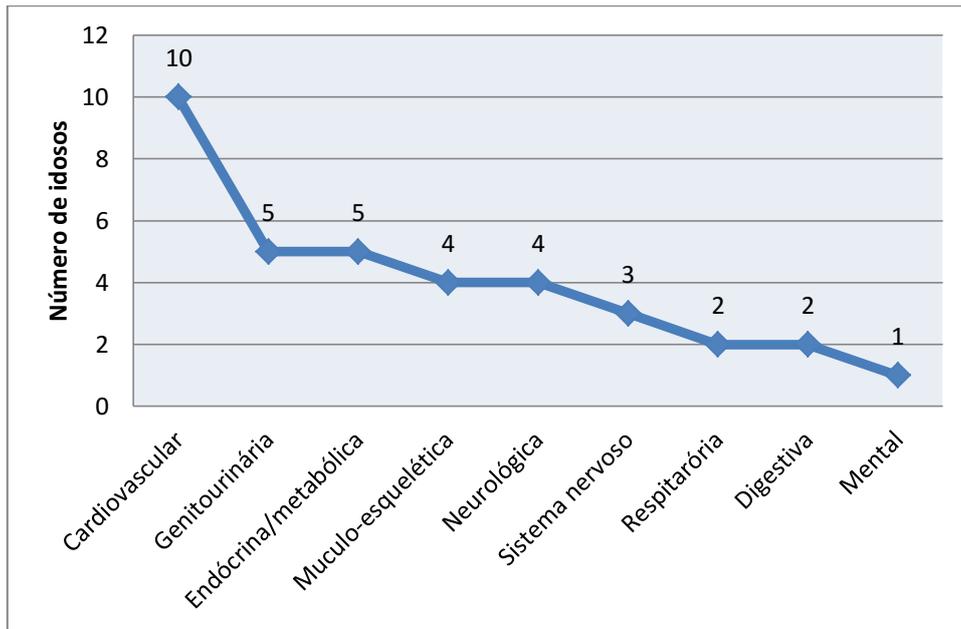
Em nenhuma das situações cabia ao dependente a responsabilidade pela gestão financeira, sendo essa tarefa assumida pelos prestadores de cuidados.

### ***Antecedentes patológicos***

No que concerne a antecedentes patológicos, todos os dependentes da amostra apresentavam pelo menos uma patologia crónica. Em média registaram-se 3 patologias por dependente, com um desvio padrão de 0,94, um valor mínimo de uma patologia e um máximo de quatro. Entre as patologias mais prevalentes na amostra de dependentes estudada, destacam-se as doenças cardiovasculares, presentes em 71% dos casos (N= 10).

O gráfico 6 apresenta os tipos de patologia referidos pelos prestadores de cuidados, assim como as respetivas frequências relativas.

**Gráfico 6: Distribuição numérica dos antecedentes patológicos dos idosos**



#### ***Motivo da instalação da dependência***

Em relação ao motivo pelo qual se instalou a dependência, em 50% dos casos (N= 7) foi associada uma doença aguda à causa da dependência. Em 43% das situações (N= 6) estava associada a uma doença crónica e apenas em 7% dos casos (N= 1) se atribuiu a dependência ao processo fisiológico de envelhecimento.

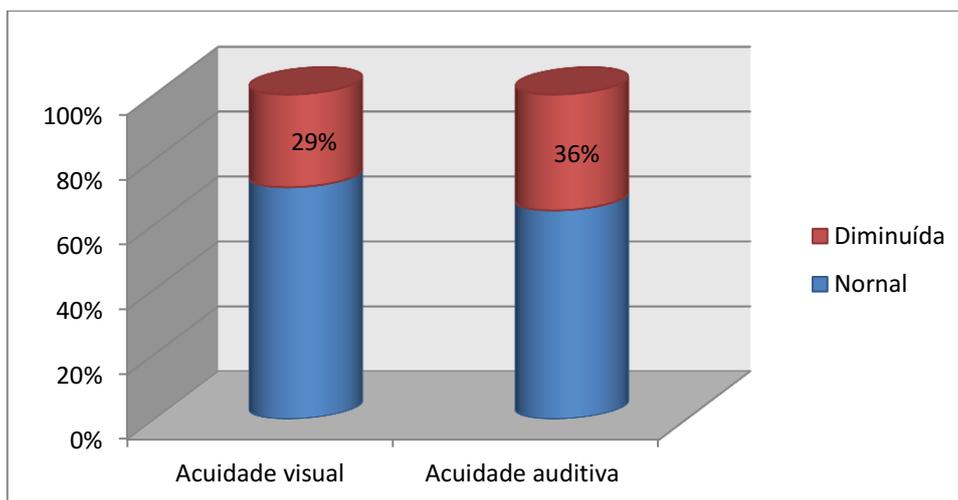
Nas situações em que a doença aguda foi a causa da dependência, sobressai a ocorrência do AVC em 57% dos casos (N= 4). Em 50% das situações em que uma doença crónica originou a dependência (N= 3), verificou-se a presença da doença de Alzheimer.

#### ***Avaliação física***

Na avaliação física dos dependentes, verificou-se que apenas num idoso (7%) existiam feridas. Nenhum apresentava equimoses e apenas dois (14%) referiram a presença de dor nas últimas 72 horas. Ambos apresentavam dores ao nível articular com intensidade 7 e 8, na Escala Numérica da Dor (DGS, 2011 a).

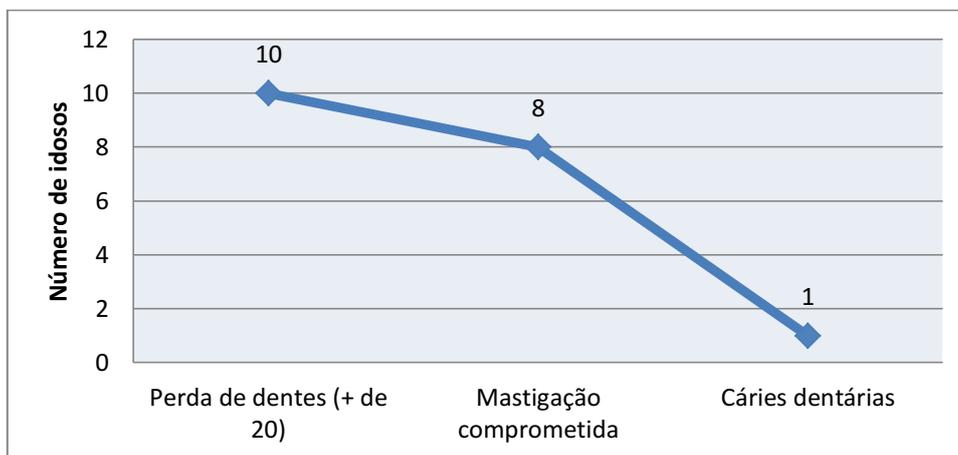
Vinte e nove por cento dos dependentes (N= 4) apresentam diminuição da acuidade visual e em 36% verifica-se hipoacusia (N= 5), tal como ilustra o gráfico 7.

Gráfico 7: Proporção de idosos com diminuição da acuidade visual e auditiva



Ao nível da cavidade oral, 71% (N= 10) apresenta perda de mais de 20 dentes. Cinquenta e sete por cento (N= 8) apresentam mastigação comprometida e 7% (N= 1) têm cáries ativas.

Gráfico 8: Distribuição numérica dos problemas ao nível da cavidade oral



### Cognição

Foi avaliada a presença de défice cognitivo nos dependentes, através do *Mini-Mental State Examination* (MMSE). O MMSE é um dos instrumentos mais utilizados no rastreio do declínio cognitivo em estudos epidemiológicos. É um teste de fácil execução, que apresenta 30 questões divididas em seis domínios cognitivos: orientação; retenção; atenção e cálculo; evocação; linguagem e habilidade construtiva. Cada item é pontuado com 0 ou 1 valor e a pontuação total varia entre 0 e 30, correspondendo este último ao melhor desempenho (Morgado J., Rocha, C. S., Maruta C., Guerreiro M. & Martins I.P., 2009).

Os resultados da aplicação deste teste à amostra de dependentes variaram entre 0 e 23, apresentando uma média de 11,29 e um desvio padrão de 9,27. Assim, de acordo com os valores de “corte” para a população portuguesa, tendo em conta a literacia dos dependentes, propostos por Morgado *et al.* (2009), verificamos que todos os dependentes apresentam défice cognitivo.

### ***Capacidade funcional***

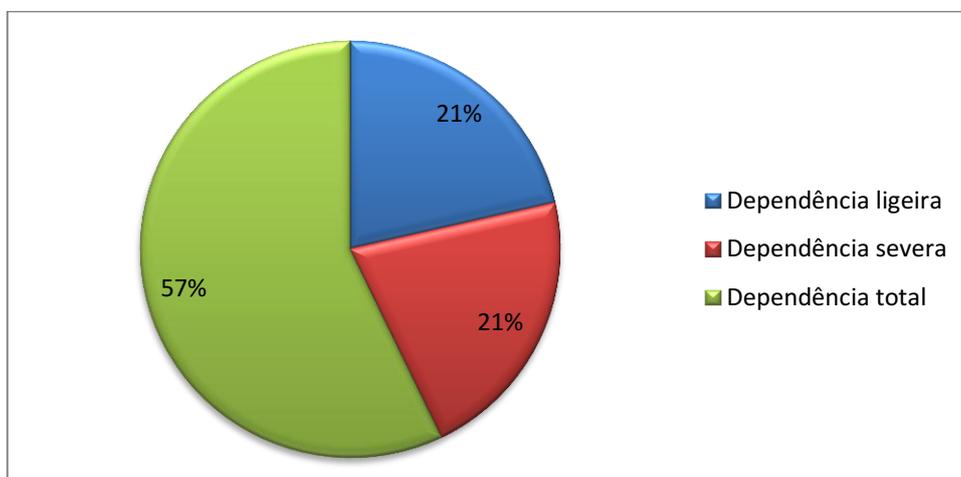
Para avaliar a capacidade funcional utilizou-se, no que se refere às Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) o índice de Lawton-Brody (Lawton & Brody, 1969; adaptado por Sequeira, 2007). Para a avaliação do nível de dependência nas Atividades de Vida Diária (AVD), recorreu-se ao índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; adaptado por Sequeira, 2007).

O Índice de Lawton-Brody é composto por 8 itens relativos às AIVD's: cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, uso do telefone, uso de transportes, uso do dinheiro e gestão da medicação. Cada item apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, sendo cada atividade pontuada de 1 a 3, 4 ou 5, correspondendo a maior pontuação a um maior grau de dependência. O resultado deste índice varia entre 8 e 30 pontos, e classifica-se de acordo com os seguintes pontos de corte: Independente (8 pontos); Dependência moderada (9 a 20 pontos); Dependência severa (superior a 20 pontos) (Maia, S., 2010, p.18-19).

O Índice de Barthel é composto por 10 itens correspondentes às 10 AVD: higiene pessoal, evacuar, urinar, uso de sanitário, alimentar-se, transferência cadeira/cama, deambulação, vestir-se, subir e descer escadas e tomar banho. Para cada atividade é assinalado um nível de dependência de entre duas, três ou quatro opções apresentadas. Os níveis de dependência podem ser pontuados com os valores 0, 5, 10 ou 15, correspondendo o 0 à dependência total e os restantes valores a diversos níveis, progressivamente com menor dependência. Contrariamente a índice de Lawton-Brody, quanto maior é a pontuação no índice de Barthel, maior é o grau de autonomia. A cotação global varia entre 0 a 100 pontos. De acordo com os pontos de corte poderá classificar-se como: Independente (90 ou mais pontos); Ligeiramente dependente (60 a 90 pontos); Moderadamente dependente (40 a 55 pontos); Severamente dependente (20 a 35 pontos); Totalmente dependente (inferior a 20 pontos) (Maia, S., 2010, p.18).

Na amostra de dependentes estudada, todos apresentam, de acordo com o índice de Lawton-Brody, dependência severa nas AIVD. Segundo o índice de Barthel, 57% dos dependentes (N= 8) apresenta dependência total nas AVD, 21% dependência severa (N= 3) e 21% dependência ligeira (N= 3).

**Gráfico 9: Distribuição percentual dos idosos pelos níveis de dependência nas AVD**

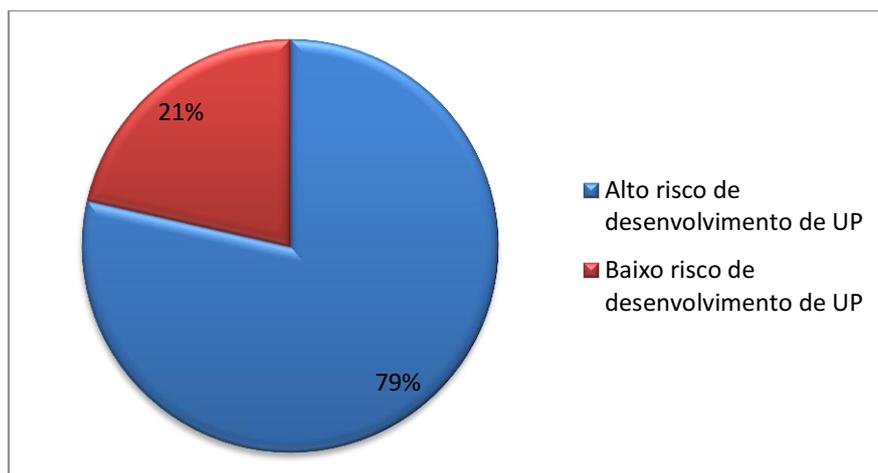


#### ***Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão***

Avaliou-se também o risco de desenvolvimento de úlceras de pressão (UP), através da Escala de Braden. De acordo com a DGS (2011 b), este instrumento é dividido em subescalas, que avaliam as seguintes dimensões: percepção sensorial, humidade da pele, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento. O valor atribuído a cada subescala varia entre 1 e 4, sendo que o menor valor corresponde a um maior risco de desenvolvimento de úlcera de pressão. O valor obtido através do somatório dos valores atribuídos a cada subescala varia entre 6 e 23. Através da aplicação da Escala de Braden, os adultos devem ser categorizados em dois níveis de risco da seguinte forma: Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão (valor final  $\leq 16$ ); Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão (valor final  $\geq 17$ ).

De acordo com a Escala de Braden, 79% dos idosos da amostra (N= 11) apresentam alto risco de desenvolvimento de úlceras de pressão.

Gráfico 10: Distribuição percentual dos idosos pelos graus de risco de desenvolvimento de UP



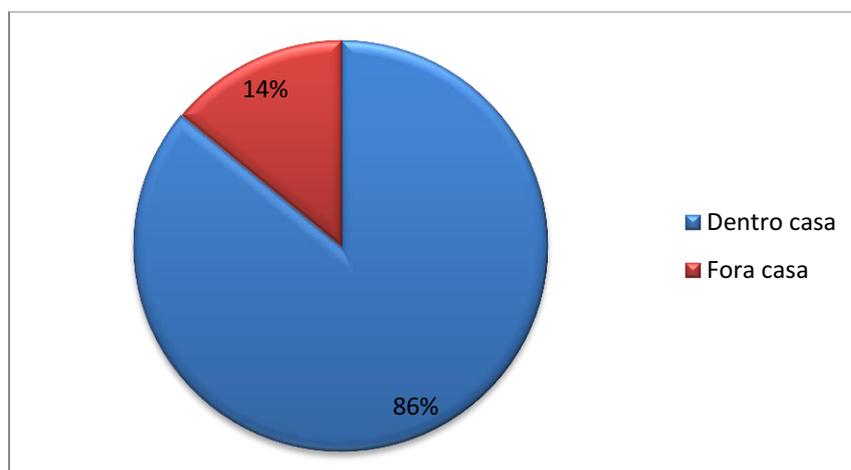
### Quedas

No que respeita a quedas, 50% dos dependentes (N= 7) referem ter caído no último ano. Destes, em média, cada um caiu duas vezes. Quarenta e três por cento dos dependentes referem ter tropeçado (N= 3); os restantes 57% (N= 4) apontam a falta de força muscular para se manter de pé como a principal causa das suas quedas.

Quarenta e três por cento (N= 3) destes eventos ocorreram enquanto o dependente deambulava, 43% (N= 3) relacionaram-se com transferências entre a cama e a cadeira e 14% (N= 1) referem ter caído ao levantar-se.

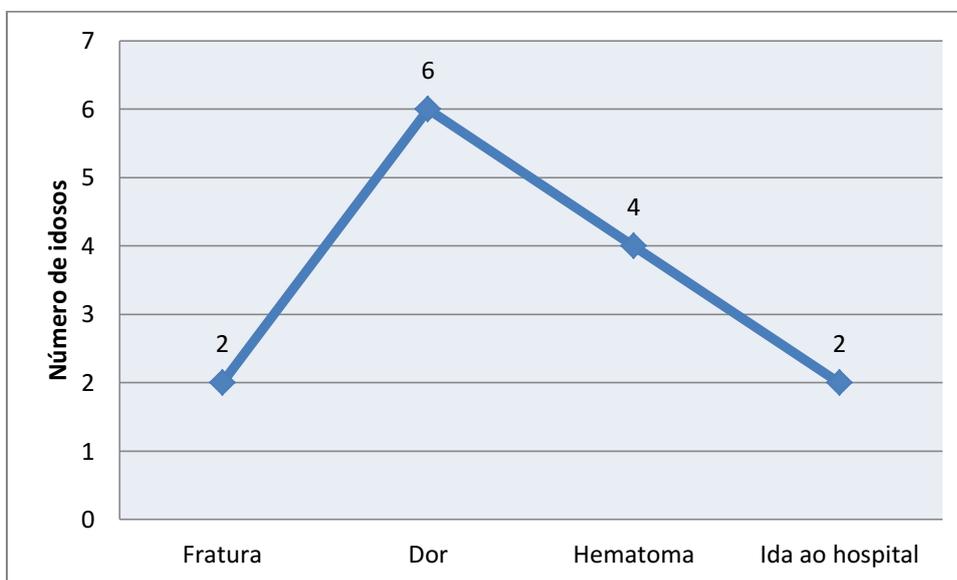
Oitenta e seis por cento das quedas ocorreram dentro de casa, enquanto apenas 14% aconteceram no exterior da habitação.

Gráfico 11: Distribuição percentual do local onde ocorreram as quedas



No que se refere às consequências dessas quedas, as mais referidas foram a dor e a formação de hematomas. No entanto, verificaram-se também consequências mais gravosas como a fratura óssea, ocorrendo mesmo, dois casos de necessidade de cuidados hospitalares. O gráfico 12 apresenta as principais consequências descritas e a sua frequência relativa.

**Gráfico 12: Distribuição numérica das consequências das quedas dos idosos**

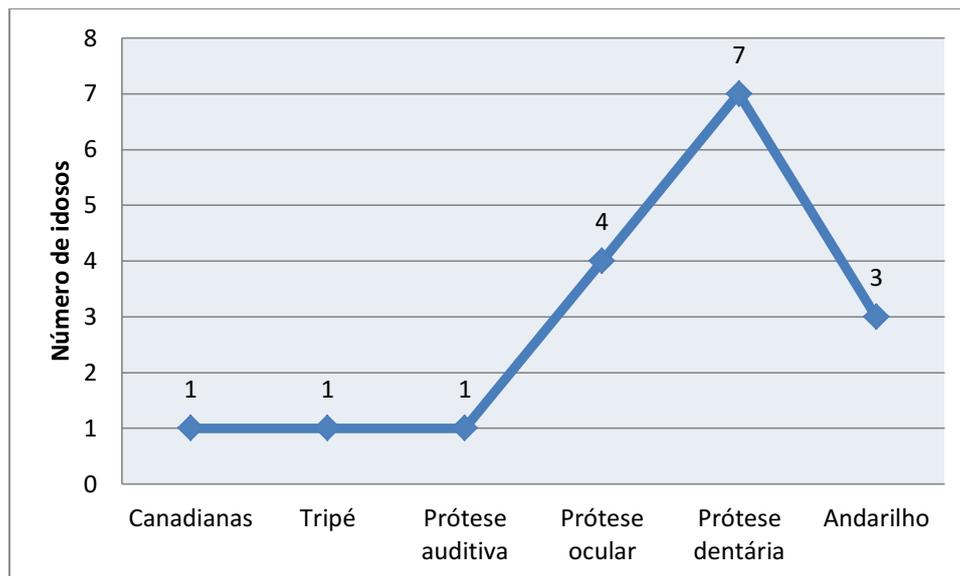


Em relação a este item, salienta-se a dificuldade encontrada em recolher esta informação. Na quase totalidade dos casos, quando questionados diretamente sobre a ocorrência de quedas no último ano, tanto os dependentes como os prestadores de cuidados, negaram essa ocorrência. Com o decorrer da entrevista, é que acabou por se perceber a ocorrência e as circunstâncias destes incidentes. Ao tentar indagar a causa desta incongruência, pareceu existir, por parte das famílias, uma certa banalização do fenómeno das quedas dos idosos, que só são valorizadas quando têm consequências mais visíveis como a necessidade de hospitalização ou uma fratura.

### ***Equipamentos de apoio***

Em 79% dos dependentes, as consequências dos défices físicos que apresentam eram minoradas através da utilização de equipamentos de apoio. O gráfico 13 apresenta os tipos de equipamentos utilizados e a sua frequência absoluta.

Gráfico 13: Distribuição numérica da utilização de equipamentos de apoio pelos idosos



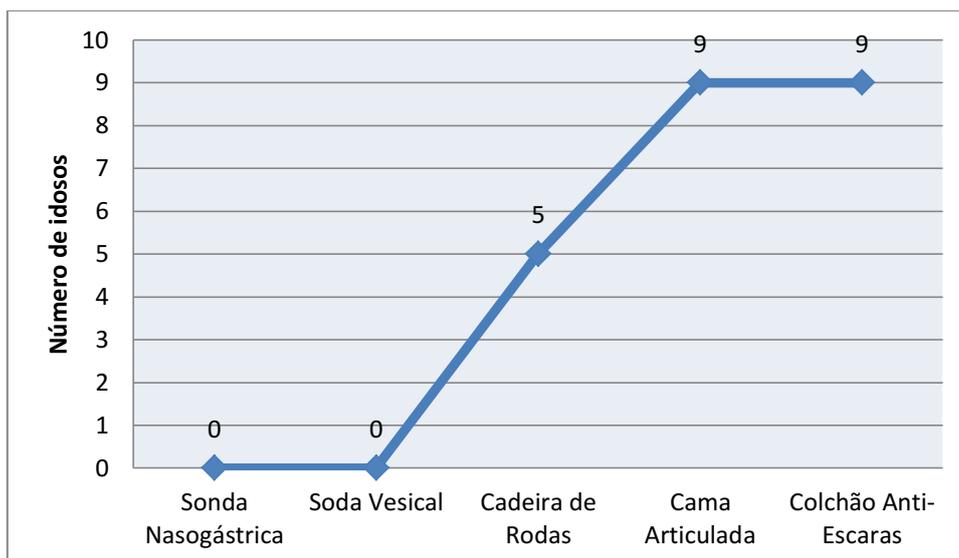
Salienta-se a elevada frequência da utilização de próteses dentárias (50%, N= 7) e oculares (29%, N= 4) e a sua correspondência com a avaliação realizada apresentada anteriormente da elevada percentagem de idosos com perda de mais de 20 dentes (71%) e diminuição da acuidade visual (29%). Salienta-se ainda, em sentido oposto, que apesar de 36% dos dependentes apresentarem diminuição da acuidade auditiva, apenas em 7% (N= 1) se observou a utilização de prótese auditiva. Observou-se ainda a utilização do andarilho como auxiliar da marcha em 21% dos idosos (N= 3).

Quando se questionou sobre a existência de dificuldades na utilização destes equipamentos, 57% dos idosos que utilizam prótese dentária (N= 4) referem dificuldade em utilizá-la, por já não estar adaptada à configuração da cavidade oral. Ao nível das próteses auditivas, o único idoso que a usa refere dificuldades na utilização.

### *Dispositivos médicos*

No que respeita a dispositivos médicos, não encontramos dependentes a utilizar sonda nasogástrica nem sonda vesical. Trinta e seis por cento dos idosos (N= 5) utilizam cadeira de rodas para facilitar a sua mobilidade, 64% (N= 9) utilizam cama articulada e 64% utilizam colchão anti-escaras. O achado mais curioso neste item foi o facto de o único doente que apresenta feridas (úlceras de pressão) não dispor de um colchão adequado à sua situação.

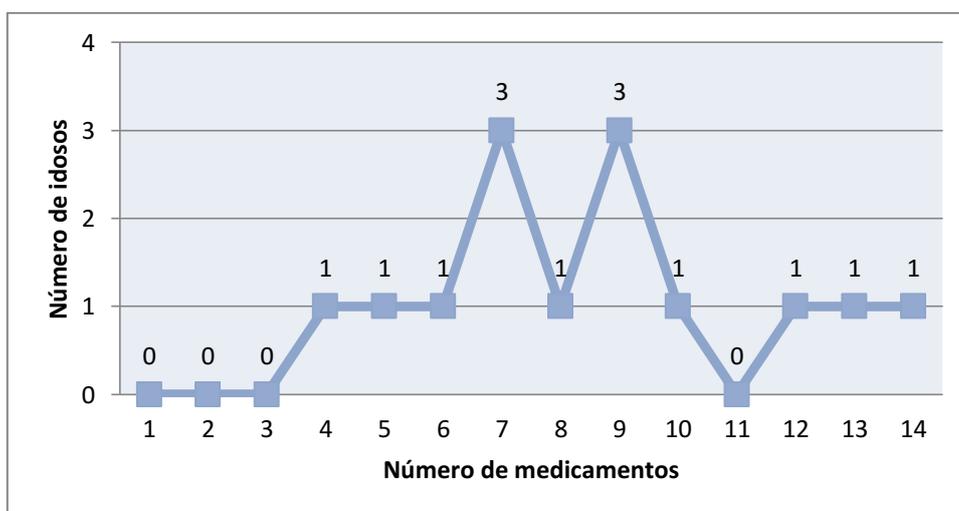
Gráfico 9: Distribuição numérica da utilização de dispositivos médicos pelos idosos



### Regime medicamentoso

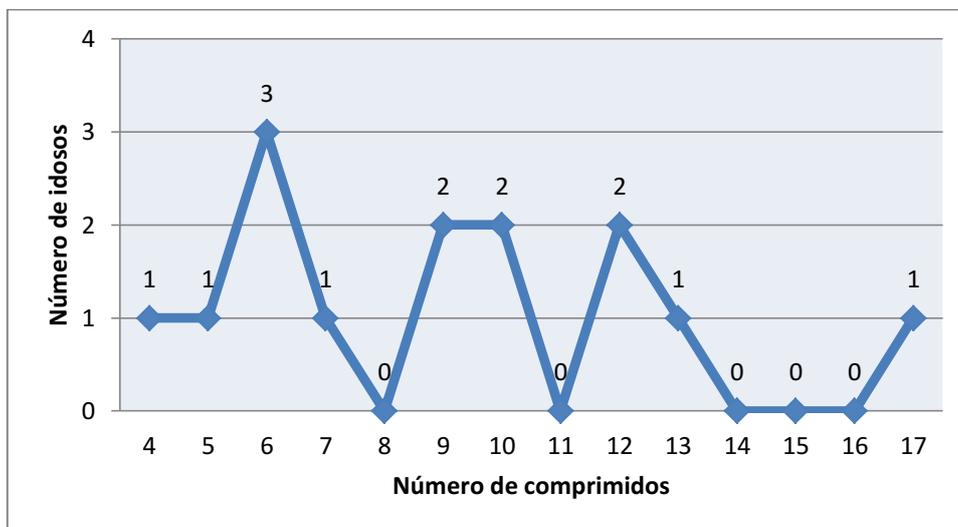
Todos os dependentes da amostra tinham medicação crónica prescrita. Em média, cada um deles tinha 9 medicamentos prescritos, com um desvio padrão de 2,93, um número mínimo de 4 e um máximo de 14 medicamentos prescritos, para um único indivíduo.

Gráfico 10: Distribuição numérica do número de medicamentos prescritos



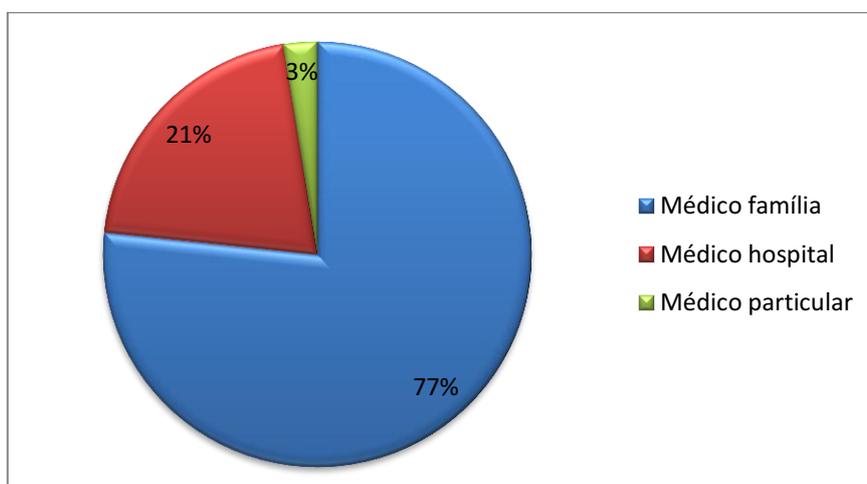
Em média, cada idoso toma 9 comprimidos por dia, observando-se um desvio padrão de 3,62, um mínimo de 4 e um máximo de 17 comprimidos diários. Metade dos idosos estudados ingere mais de 9 comprimidos por dia.

Gráfico 11: Distribuição numérica do número de comprimidos ingeridos por dia



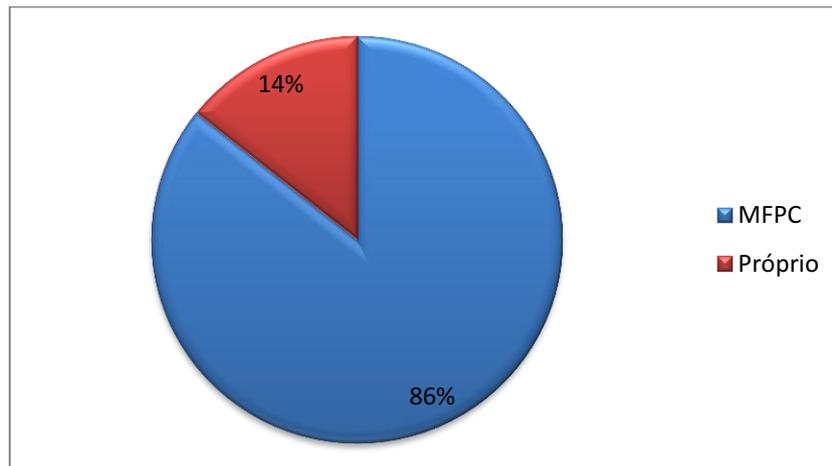
No que se refere à prescrição dessa medicação, a grande maioria dos medicamentos foi prescrita pelo médico de família (77%), seguindo-se 21% dos medicamentos prescritos pelo clínico hospitalar. Os médicos particulares foram responsáveis pela prescrição de 3% dos medicamentos. Salienta-se que, nesta amostra, todos os medicamentos forma prescritos por médicos.

Gráfico 12: Distribuição percentual dos medicamentos segundo o prescritor



Em 86% dos casos é o MFPC quem gere e prepara a medicação do idoso (N= 12). Em 13% das situações, o idoso assume essa responsabilidade (N= 2).

**Gráfico 13: Distribuição percentual da amostra de acordo com a autonomia para gerir e preparar a medicação**



Foi também calculado o Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT). De acordo com Borges (2011), o ICFT é um instrumento de quantificação da complexidade de uma terapêutica, constituído por 65 itens, que se encontram divididos em três secções:

A – informações sobre formas farmacêuticas;

B - informações sobre a frequência de toma de medicação;

C – instruções especiais, como horários específicos, uso do medicamento com alimentos, dissolução em água, entre outros.

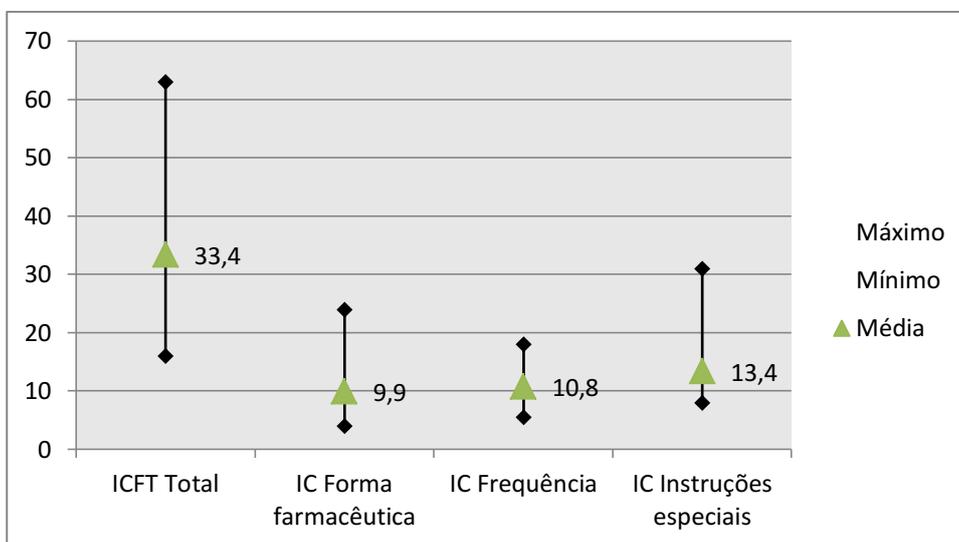
Cada secção tem uma pontuação, que cresce com o aumento da complexidade, sendo o índice de complexidade total obtido pela soma das 3 secções.

Não estão estabelecidas categorias para gradação da complexidade, uma vez que não há um limite estabelecido para o número de medicamentos que podem ser prescritos ou para as instruções adicionais associadas a um esquema terapêutico individualizado. Assim, quanto mais alta a pontuação no ICFT, maior será também a complexidade terapêutica.

A complexidade do esquema terapêutico dos dependentes da amostra, avaliada através da aplicação do ICFT, apresentou uma média de 33,4 pontos, com um desvio padrão de 13,72. Atingiu um máximo de 63 pontos e um mínimo de 16 pontos. Em relação a cada uma das secções deste Índice, verificou-se um valor médio

de 9,9 pontos para a secção A – forma farmacêutica (mínimo 4 e máximo 24, desvio padrão 5,2), 10,8 pontos para a secção B- frequência de dosagem (mínimo 5,5 e máximo 18, desvio padrão 4,3) e 13,4 pontos para a secção C – instruções especiais, que registou o maior valor de complexidade com 31 pontos (mínimo 8, desvio padrão 6,3).

**Gráfico 14: Valores médios, máximos e mínimos do ICFT e das suas secções**

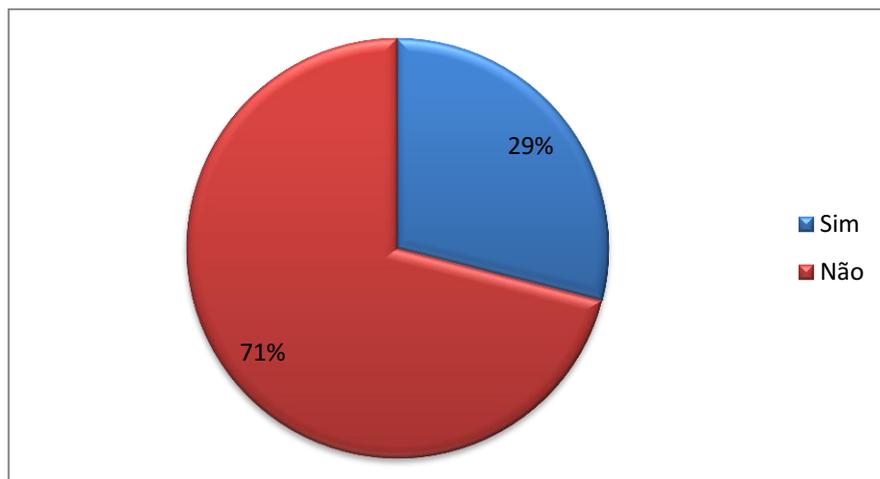


Importa referir ainda que, dentro da secção A, a forma farmacêutica mais utilizada pelos idosos da amostra estudada foi comprimido/cápsula. Na secção B, a frequência mais usual foi uma vez por dia e na secção C, as instruções especiais mais prevalentes foram usar em horário específico e relação com o alimento.

#### ***Padrão de sono***

Dos idosos estudados, 71% não apresentava qualquer alteração no padrão de sono (N= 10). Os restantes 29% referem a ocorrência frequente de insónia (N= 4).

Gráfico 15: Distribuição percentual da amostra relativamente às alterações ao padrão de sono



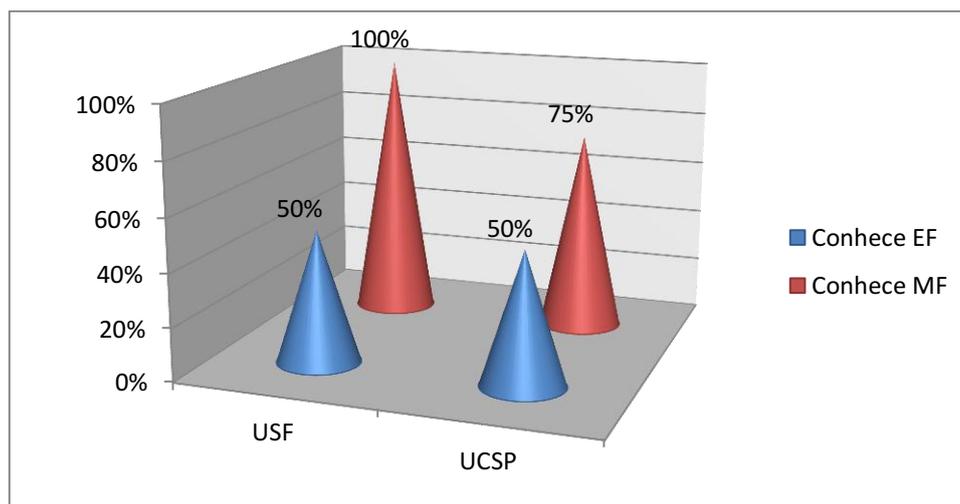
#### *Utilização de recursos: USF/UCSP*

Setenta e um por cento (N= 10) dos dependentes estão inscritos em Unidades de Saúde Familiar (USF), enquanto 29% (N= 4) integram as listas de utentes de uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP).

Quando questionados sobre o conhecimento dos seus profissionais de referência na UF em que estão inscritos, 93% dos idosos (N= 13) refere conhecer o seu médico de família. No entanto, apenas metade (N= 7) consegue identificar o seu enfermeiro de família. O tipo de unidade funcional em que os idosos estão inscritos não parece ter influência significativa no conhecimento dos seus profissionais de referência, uma vez que se mantém, nas USF e nas UCSP, a proporção dos que não conhecem o seu enfermeiro de família.

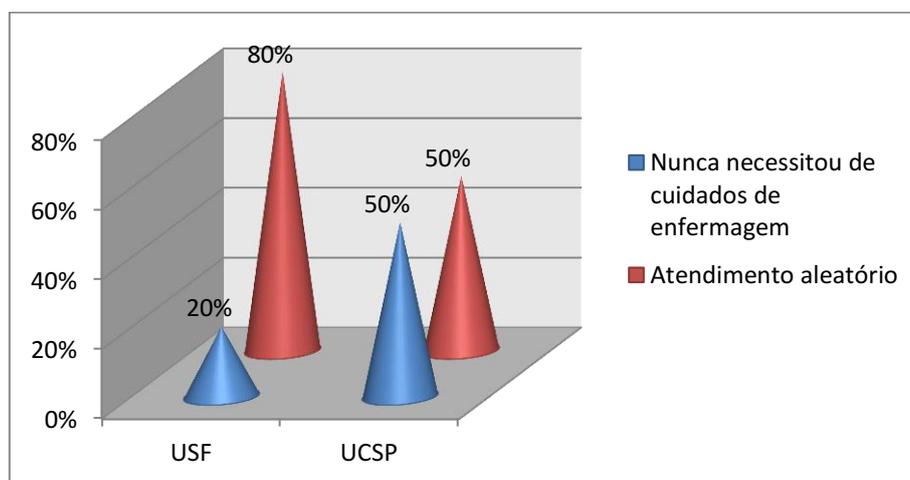
Salienta-se que a única situação identificada de falta de conhecimento do médico de família se deveu a uma substituição recente deste profissional, por motivo de aposentação do médico habitual. Deste modo, o idoso em causa não conhecia o seu médico, apenas porque ainda não tinha tido qualquer contacto com ele.

**Gráfico 16: Distribuição percentual da amostra, em relação ao conhecimento do seu médico e enfermeiro de família, por tipo de UF prestadora de cuidados**



Aos dependentes que não conheciam o seu enfermeiro de família, pediu-se para identificar o motivo pelo qual não sabia indicar o seu profissional. Assim, dos utentes que não conhecem o seu enfermeiro de família, 80% dos utentes inscritos em USF (N= 4) e 50% dos inscritos em UCSP (N= 1) referem que são atendidos aleatoriamente por qualquer enfermeiro, pelo que não conseguem identificar o seu profissional de referência. Apesar de se tratar de idosos dependentes no autocuidado, 20% dos utentes inscritos numa USF (N= 1) e 50% dos inscritos numa UCSP (N= 1) afirmam nunca ter necessitado de cuidados de enfermagem, pelo que nunca tiveram contacto com nenhum enfermeiro.

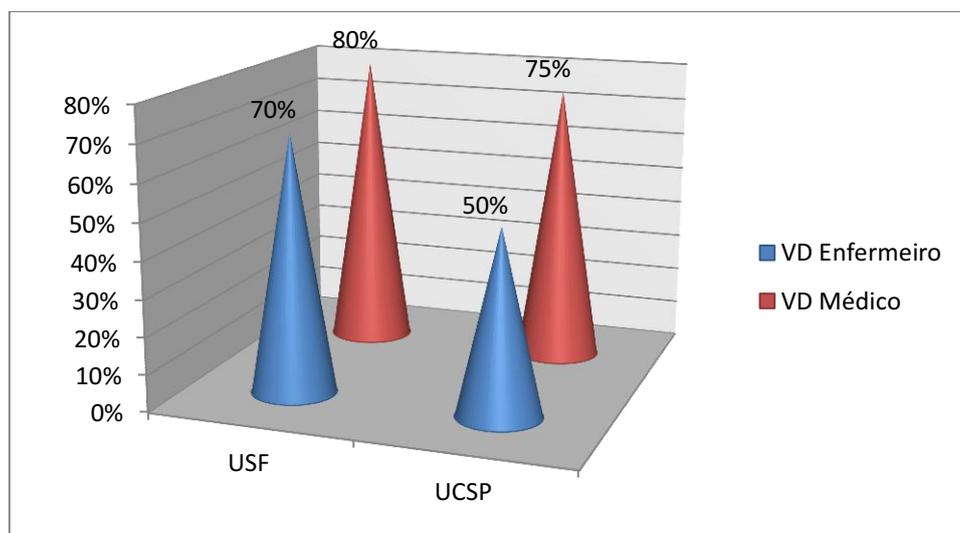
**Gráfico 17: Distribuição percentual da amostra em relação ao motivo para o desconhecimento do enfermeiro de família, por UF prestadora de cuidados**



Atendendo a que estamos a estudar uma amostra de dependentes, procurou-se saber se estes utentes já tinham recebido pelo menos uma visita domiciliária (VD) do seu médico ou enfermeiro, desde que estão dependentes. Verificou-se que, para os utentes inscritos numa USF, em 80% dos casos já tinha sido feita uma visita do médico (N= 8), mas o enfermeiro só tinha visitado 70% dos utentes (N= 7). No caso dos utentes inscritos em UCSP, 75% tinham recebido a visita do médico (N= 3) e 50% tinham sido visitados pelo enfermeiro (N= 2).

Na amostra estudada, os utentes inscritos em USF foram mais acompanhados no seu domicílio que os utentes inscritos em UCSP. No entanto, mantém-se a tendência, em ambas as UF, de existir uma percentagem menor de dependentes acompanhados no seu domicílio pelos enfermeiros, que pelos médicos.

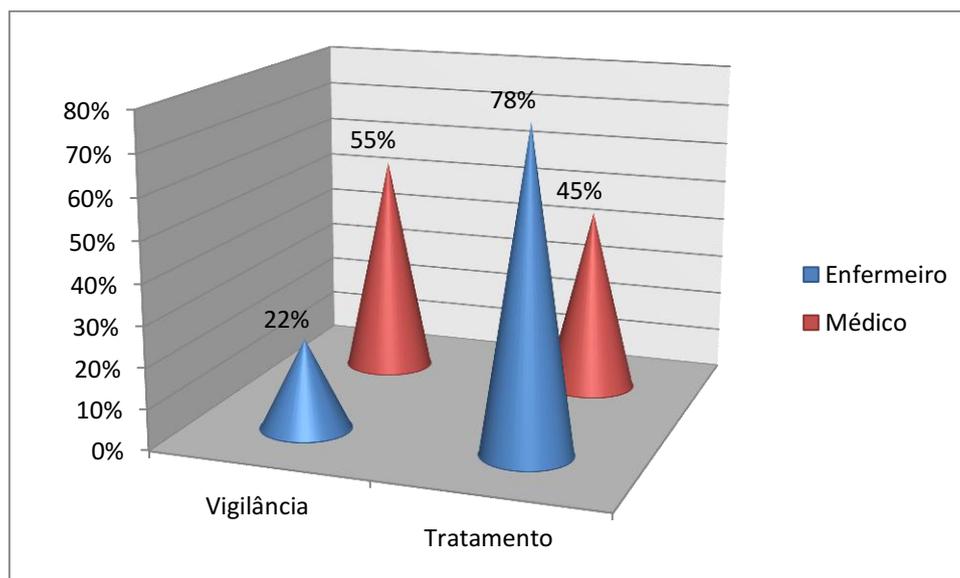
**Gráfico 18: Distribuição percentual da amostra em relação à realização de VD**



Tentou-se perceber ainda se essas VD ocorreram num contexto de doença aguda ou agudização de sintomatologia crónica, com necessidade de realizar algum tratamento, ou num contexto de vigilância da saúde dos dependentes.

No caso das visitas dos médicos, 45% destinaram-se ao tratamento sintomático (N= 5) e 55% à vigilância da saúde (N= 6). No caso dos enfermeiros, a grande maioria das visitas domiciliárias (78%, N= 7) teve por objetivo a realização de tratamentos ou cuidados instrumentais. Apenas 22% das visitas dos enfermeiros (N= 2) foram associadas exclusivamente à vigilância da saúde dos dependentes. Em relação a este item, não se verificaram diferenças significativas entre os cuidados prestados aos utentes inscritos em USF e UCSP

**Gráfico 19: Distribuição percentual da amostra em relação ao contexto em que ocorreram as visitas domiciliárias**



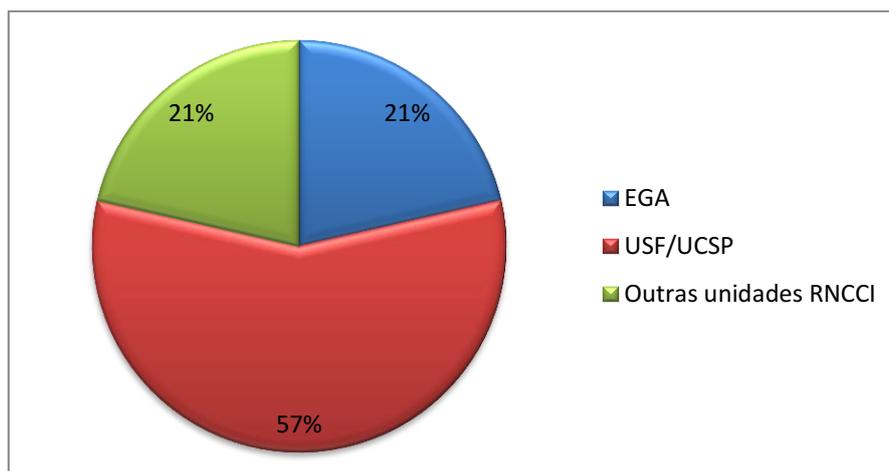
Da amostra estudada, 8 dependentes (57%) não teve necessidade de recorrer aos serviços de saúde, por sua iniciativa, no último ano. No entanto, um único doente recorreu à urgência hospitalar cerca de 20 vezes, por descompensações muito frequentes da sua patologia respiratória.

Dos dependentes que recorreram aos serviços de saúde, 83% (N= 5) foram motivados por situações de doença aguda ou agudização de sintomatologia crónica. Outro dependente (17%) procurou os serviços de saúde pela presença de uma ferida.

### ***Referenciação***

Outro aspeto abordado no estudo foi a referenciação à ECCI. Constatou-se que as USF ou UCSP do ACeS foram responsáveis pela referenciação de 57% dos dependentes da amostra (N= 8). Vinte e um por cento (N= 3) foram referenciados pela Equipa de Gestão de Altas (EGA) hospitalar e 21% chegaram até esta equipa oriundos de outras unidades da RNCCI.

Gráfico 20: Distribuição percentual da amostra em relação à entidade responsável pela referência à ECCI



Dos utentes que foram referenciados pelas UF do ACeS, em 50% dos casos (N= 4) o médico de família é identificado como aquele que tomou a iniciativa de desencadear o processo de referência. Em 25% dos casos esta iniciativa é atribuída aos enfermeiros (N= 2). Nos restantes 25% dos casos, o próprio doente/família é que propôs aos profissionais a procura de outra resposta para a satisfação das necessidades de saúde dos dependentes.

Da análise destes dados emerge o facto de os doentes e familiares, certamente menos conhecedores dos recursos em saúde que os enfermeiros, terem sido tão “referenciadores” quanto estes profissionais.

### ***Avaliação nutricional***

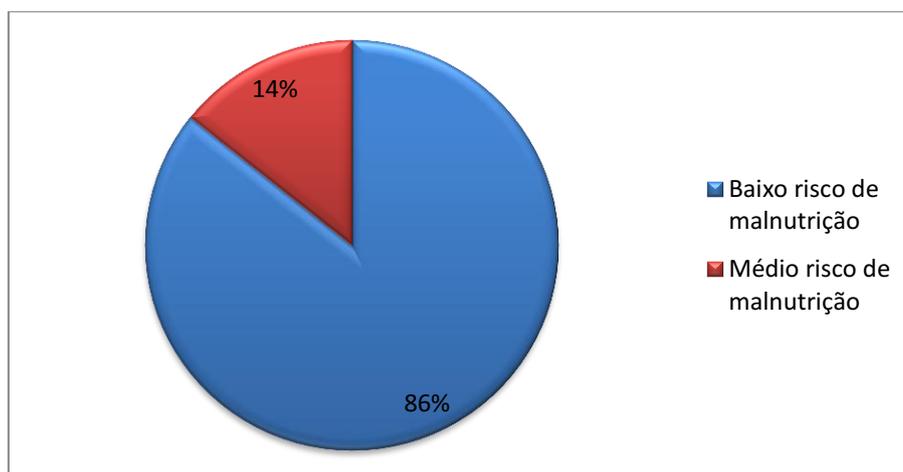
Foi ainda avaliado o estado nutricional dos dependentes, através da escala *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST). Esta escala propõe um procedimento rápido, simples e geral utilizado tanto pelos enfermeiros, como médicos ou outros profissionais, num primeiro contacto com o indivíduo. Ela foi concebida para ajudar a identificar os indivíduos adultos com baixo peso e que, por isso, estão em risco de sofrer de malnutrição, bem como para identificar aqueles que sofrem de obesidade. Não foi concebida para detetar deficiências na ingestão reduzida ou excessiva de vitaminas e minerais.

Avaliação desta escala assenta em três parâmetros: IMC, perda ponderal involuntária nos últimos 3 a 6 meses e presença de doença com ausência ou

diminuição significativa da ingestão alimentar, com duração superior a cinco dias. A cada parâmetro é atribuída a pontuação 0, 1 ou 2, sendo que quanto maior for a pontuação, maior será o risco de malnutrição do indivíduo. A avaliação resulta da soma das pontuações dos três parâmetros, podendo variar entre 0 e 6 pontos. Classifica-se de acordo com os seguintes pontos de corte: baixo risco de malnutrição (0 pontos); risco médio de malnutrição (1 ponto); alto risco de malnutrição (2 ou mais pontos) (BAPEN, 2003).

De acordo com esta escala, verificou-se que 86% dos dependentes apresentam baixo risco de malnutrição e 14% apresentam médio risco.

**Gráfico 21: Distribuição percentual da amostra em relação ao grau de risco de malnutrição**

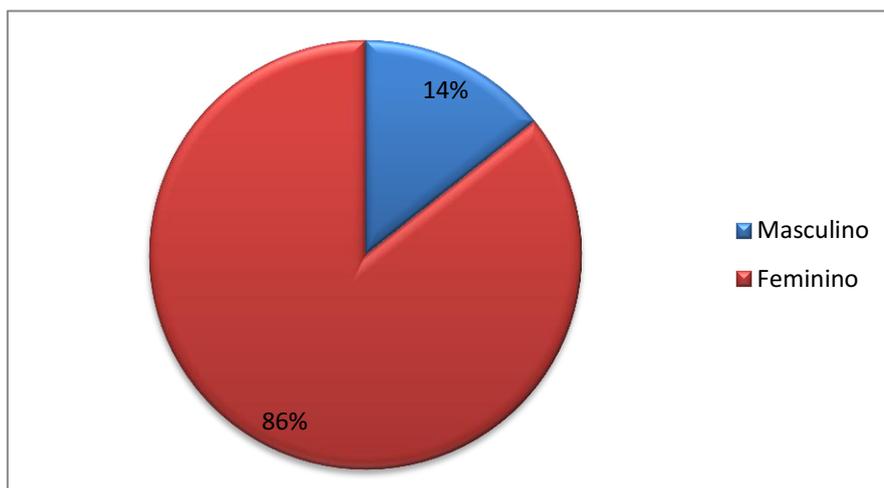


## **Avaliação do prestador de cuidados**

### ***Variáveis sociodemográficas***

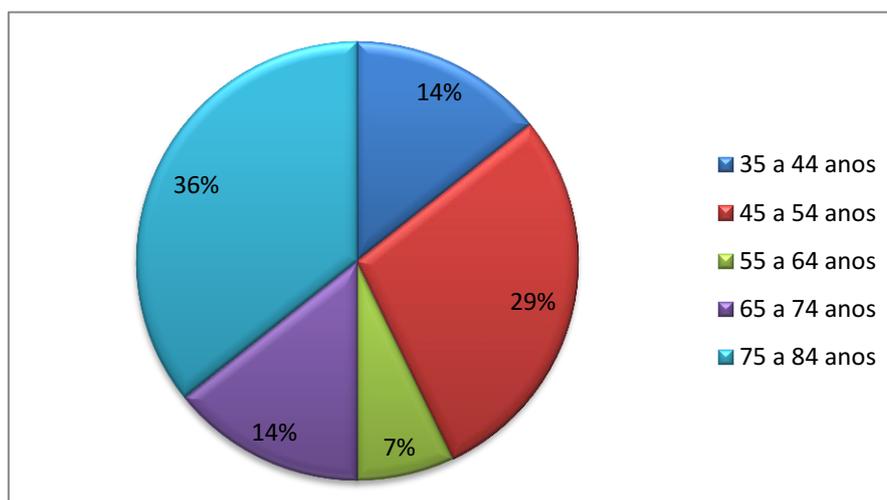
Dos 14 prestadores de cuidados estudados, 14% era do sexo masculino (N=2) e 86% do sexo feminino (N= 12).

Gráfico 22: Distribuição percentual da amostra por sexo



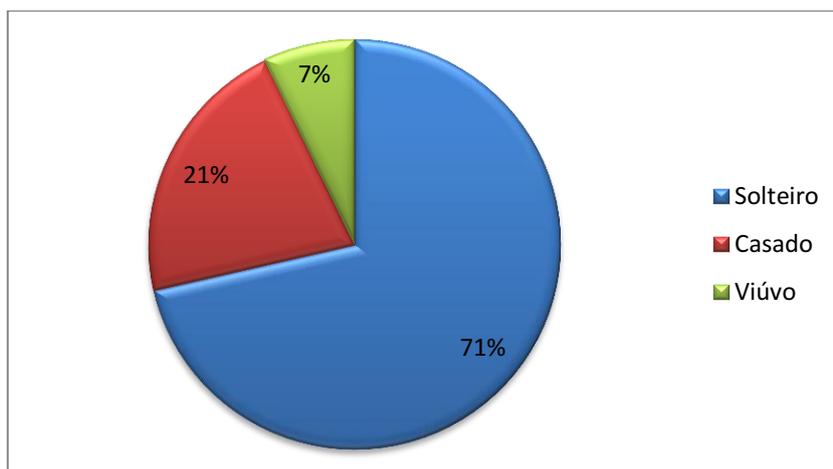
Os participantes apresentavam uma idade média de 63 anos com um desvio padrão de 15,89, sendo que metade deles tem 64 ou mais anos. A idade mínima encontrada foi 39 anos e a máxima 82.

Gráfico 23: Distribuição percentual da amostra por grupo etário



No que se refere ao estado civil, observamos 71% solteiros (N= 10), 21% casados (N= 3) e 7% viúvos (N= 1).

**Gráfico 24: Distribuição percentual da amostra por estado civil**

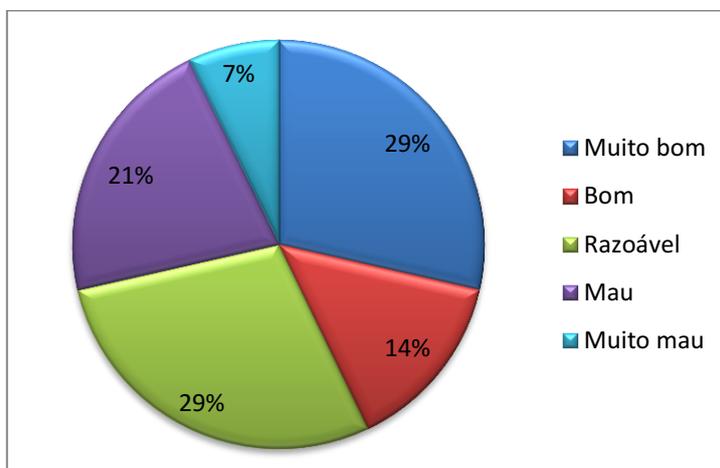


### **Qualidade de vida**

Com este item avaliou-se a auto percepção do estado de saúde atual dos prestadores, assim como da sua evolução nos últimos 5 anos.

O gráfico 25 apresenta a distribuição das respostas dos prestadores, pelas várias opções possíveis. Salienta-se, a dispersão das respostas. No entanto, se somadas, as respostas “razoável”, “bom” e “muito bom” apresentam 71% dos resultados.

**Gráfico 25: Distribuição percentual da amostra, em relação à auto percepção do estado de saúde dos prestadores de cuidados**



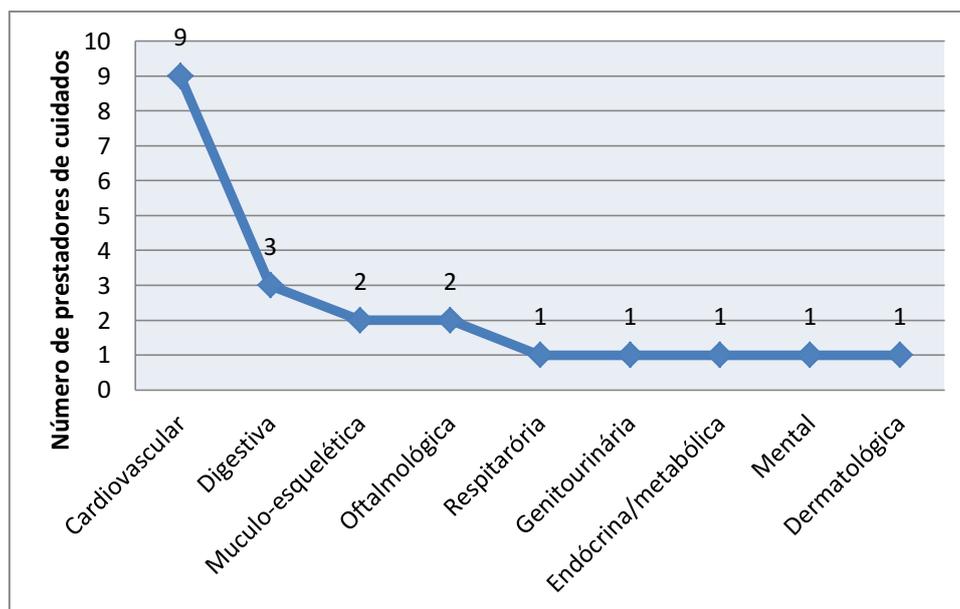
Quando se pediu para os prestadores de cuidados compararem o seu estado de saúde atual, com o que teriam há anos atrás, 57% referiram estar igual (N= 8) e 43% afirmaram ter atualmente um pior estado de saúde (N= 6).

### *Antecedentes patológicos*

No que concerne a antecedentes patológicos, 21% dos prestadores de cuidados (N= 3) afirmaram não lhes ter sido diagnosticada qualquer doença crónica. No máximo, observou-se a presença de 3 doenças crónicas num único prestador de cuidados. Na amostra, em média, cada prestador de cuidados apresenta duas patologias crónicas, com um desvio padrão de 1,19.

Entre as patologias mais prevalentes na amostra de MFPC estudada, destacam-se as doenças cardiovasculares, presentes em 64% dos casos (N= 9). O gráfico 26 apresenta os tipos de patologia referidos pelos prestadores de cuidados, assim como as respetivas frequências relativas

**Gráfico 26: Distribuição numérica da amostra em relação aos antecedentes patológicos dos prestadores de cuidados**

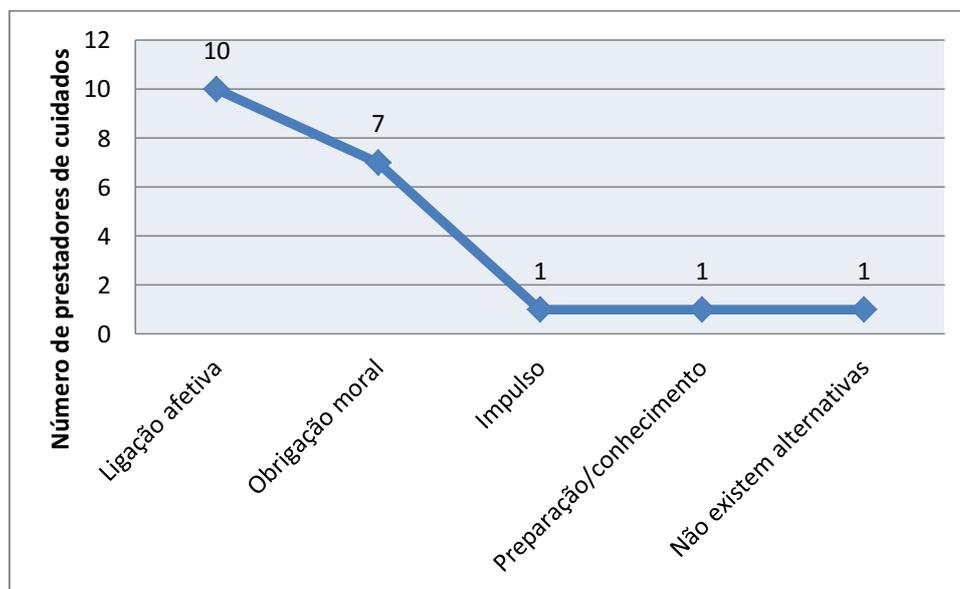


### *Contexto da prestação de cuidados*

Foram diversos os motivos que os MFPC da amostra identificaram para que atualmente desempenhem esse papel. Entre eles, a ligação afetiva foi referida por 10

prestadores e a obrigação moral por 7, destacam-se claramente em relação aos demais.

**Gráfico 27: Distribuição numérica da amostra relativa aos motivos que levaram os MFPC a cuidar do seu familiar**

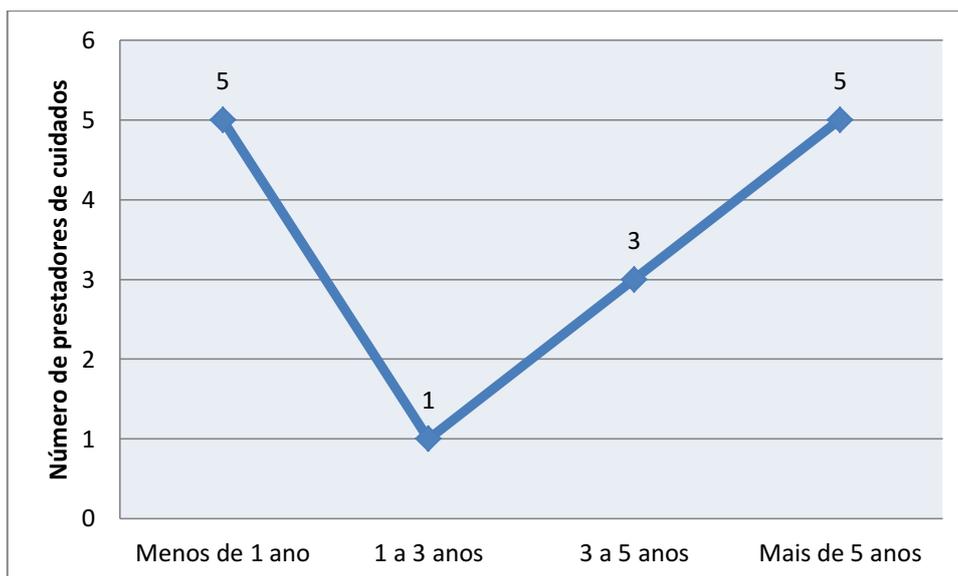


Em 79% dos casos (N= 11), o MFPC e o dependente coabitam. Em 93% das situações (N= 13), a prestação de cuidados é uma atividade diária; nos restantes 7% (N= 1), o cuidador principal é substituído ao fim de semana.

Noventa e três por cento (N= 13) dos MFPC referem que despendem mais de 5 horas diárias na prestação de cuidados. Os restantes (N= 1) apontam para um período de 3 a 5 horas diárias ocupado nessa atividade.

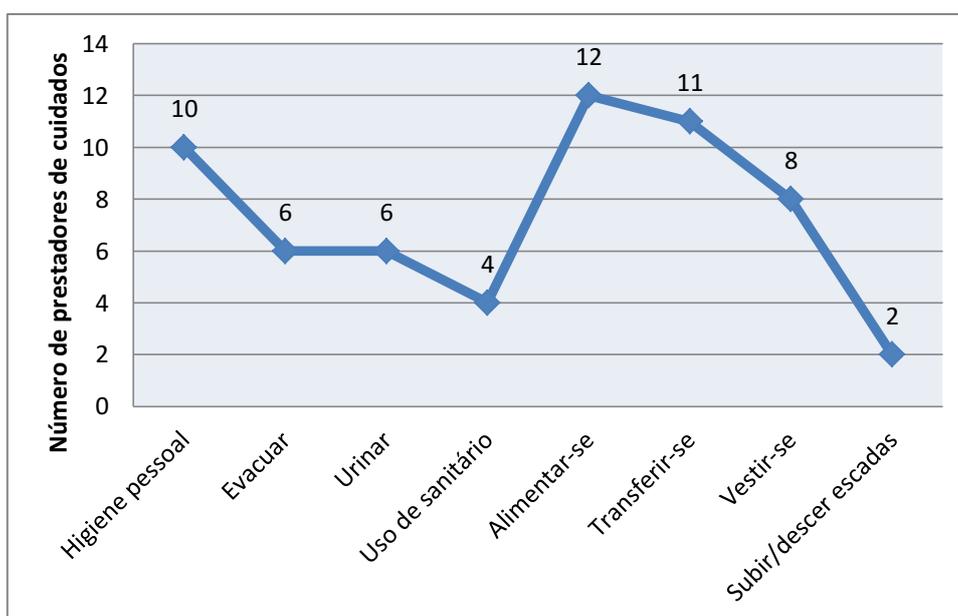
No que se refere ao número de anos de exercício do papel de prestador de cuidados, o grupo que constitui a amostra é bastante heterogéneo. O gráfico 28 apresenta as respostas obtidas, de onde se destaca o facto de mais de metade dos MFPC assumirem essa responsabilidade há mais de 3 anos.

Gráfico 28: Distribuição numérica da amostra em relação ao tempo de prestação de cuidados



Formam diversas as AVD que os MFPC referiram apoiar ou substituir, em função dos défices que cada dependente apresenta. No gráfico 29 apresenta-se a referida distribuição, de que se salienta a elevada percentagem de prestadores a terem de apoiar os seus familiares dependentes nas AVD alimentar-se, transferir-se e higiene pessoal.

Gráfico 29: Distribuição numérica da amostra em relação ao tipo de cuidado prestado



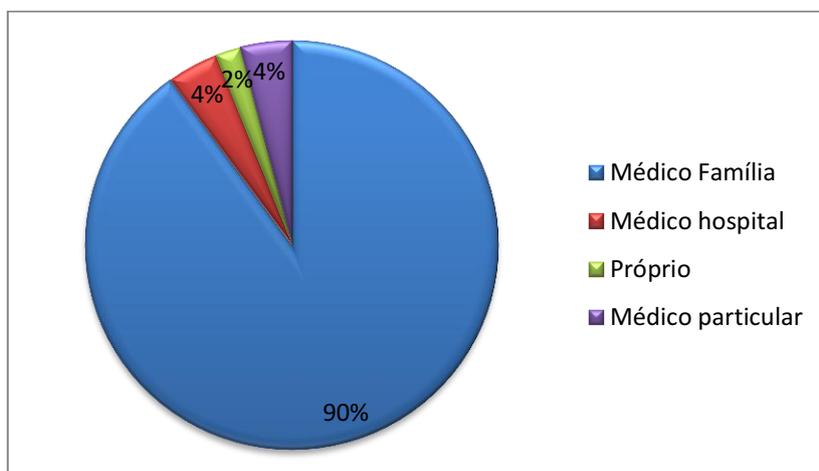
### *Regime medicamentoso*

Setenta e nove por cento dos MFPC da amostra tinham medicação crónica prescrita (N= 11). Em média, cada um deles tinha 5 medicamentos prescritos, com um desvio padrão de 3,04 e com um número máximo de 11 medicamentos prescritos, para um único indivíduo.

Em média, cada prestador de cuidados toma 5 comprimidos por dia, com um desvio padrão de 3,48, observando-se um máximo de 11,5 comprimidos diários. Metade dos prestadores de cuidados estudados ingere mais de 3,5 comprimidos por dia.

No que se refere à prescrição, 90% dos medicamentos foi prescrita pelo médico de família. Ao contrário da medicação utilizada pelos idosos, nesta amostra temos 2% dos medicamentos prescritos pelo próprio. O médico especialista do hospital foi responsável pela prescrição de 4% dos medicamentos, e os médicos particulares, pelos restantes 4%.

**Gráfico 30: Distribuição percentual da medicação por tipo de prescritor**

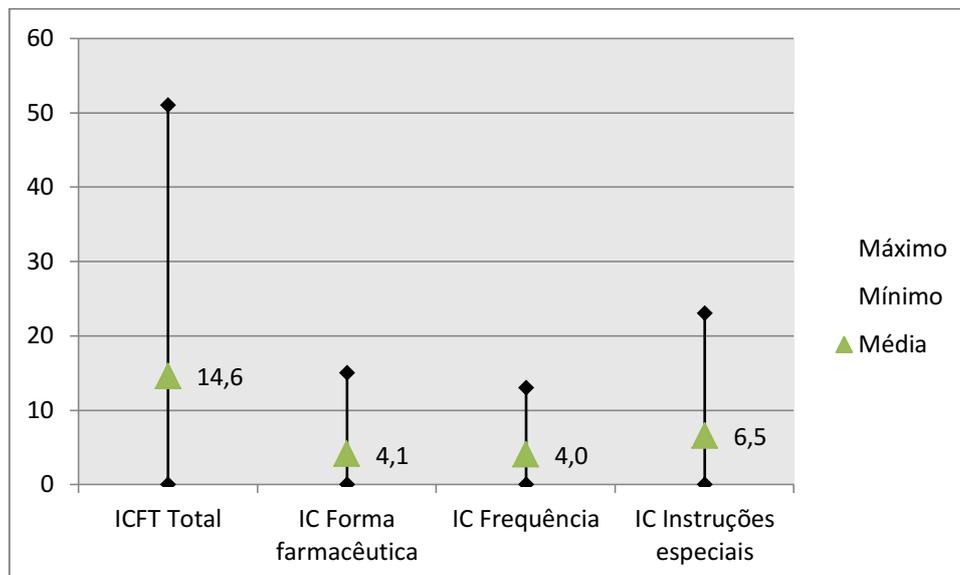


Em 93% dos casos (N= 13) é o próprio MFPC quem gere e prepara a sua medicação. Em apenas uma situação, um familiar assume a tarefa de administrar um colírio.

A complexidade do esquema terapêutico dos MFPC da amostra, avaliada através da aplicação do ICFT, apresentou uma média de 14,6 pontos, com um desvio padrão de 14, 61, atingindo um máximo de 51 pontos e um mínimo de 0 pontos. Em relação a cada uma das secções deste Índice, verificou-se um valor médio de 4,1 pontos para a secção A – forma farmacêutica (mínimo 0 e máximo 15, desvio padrão

4,21), 4 pontos para a secção B- frequência de dosagem (mínimo 0 e máximo 13, desvio padrão 4,02) e 6,5 pontos para a secção C – instruções especiais, que registou o maior valor de complexidade com 23 pontos (mínimo 0, desvio padrão 6,71).

Gráfico 31: Valores médios, máximos e mínimos do ICFT e das suas secções

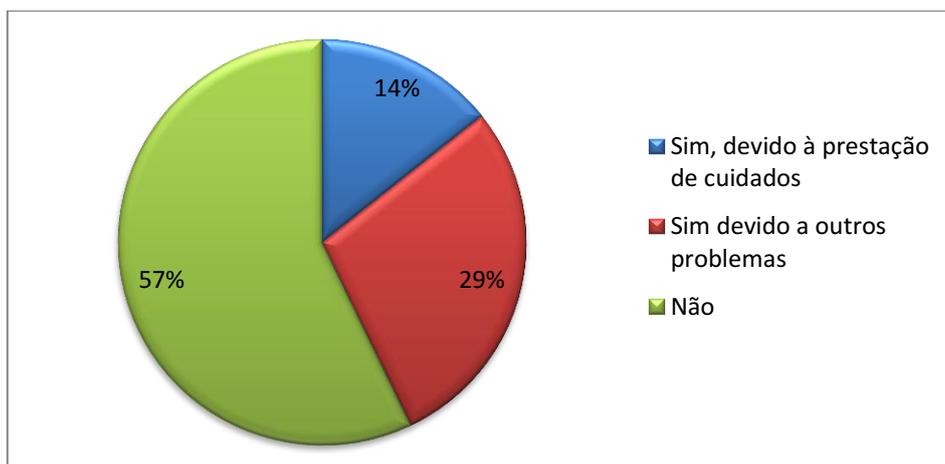


Tal como aconteceu com os dependentes, dentro da secção A, a forma farmacêutica mais utilizada foi comprimido/cápsula. Na secção B, a frequência mais usual foi uma vez por dia e na secção C, as instruções especiais mais prevalentes foram usar em horário específico e relação com o alimento.

### ***Padrão de sono***

Dos MFPC estudados, 57% não apresentava qualquer alteração no padrão de sono (N= 8). Catorze por cento refere insónia por problemas relacionados com a prestação de cuidados (N= 2) e 29% (N= 4) aponta alterações do sono relacionados com outros problemas. Os prestadores que referem alteração do padrão de sono por problemas relacionados com a prestação de cuidados, indicam que tal acontece porque os dependentes os acordam durante a noite.

**Gráfico 32: Distribuição percentual da amostra relativamente às alterações do padrão de sono**

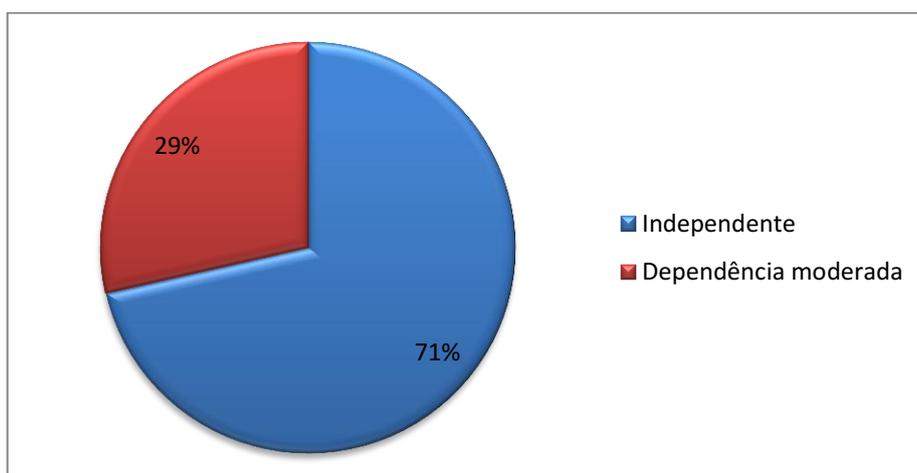


### ***Capacidade funcional***

Para avaliar a capacidade funcional utilizou-se, no que se refere às AIVD o índice de Lawton-Brody (Lawton & Brody, 1969; adaptado por Sequeira, 2007). Para a avaliação do nível de dependência nas AVD, recorreu-se ao índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; adaptado por Sequeira, 2007).

Na amostra estudada, 71% dos MFPC eram independentes nas AIVD, enquanto os restantes 29% apresentavam dependência moderada.

**Gráfico 33: Distribuição percentual da amostra relativamente ao nível de dependência nas AIVD**



No que respeita ao índice de Barthel, todos os MFPC eram independentes nas AVD.

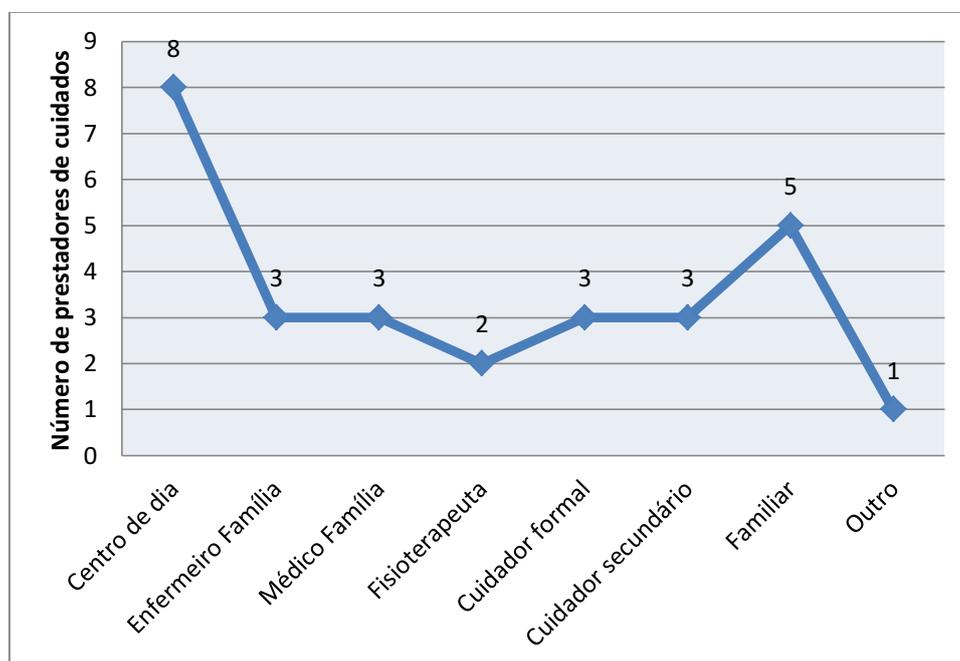
### *Recursos da comunidade*

Para desempenharem da melhor forma o seu papel, os prestadores de cuidados têm socorrerem-se de diversos recursos. O gráfico 34 apresenta os recursos que a amostra de MFPC refere utilizar e as suas frequências relativas.

Salienta-se a elevada percentagem de prestadores de cuidados que recorrem aos serviços de apoio domiciliário dos centros de dia (57%), nomeadamente para a prestação de cuidados de higiene e fornecimento de refeições. É também relativamente frequente o recurso a familiares (36%), sobretudo para substituição por curtos períodos.

Em sentido oposto, sobressai a percentagem reduzida que indica o médico ou enfermeiro de família (21%) como recursos para o desempenho do seu papel.

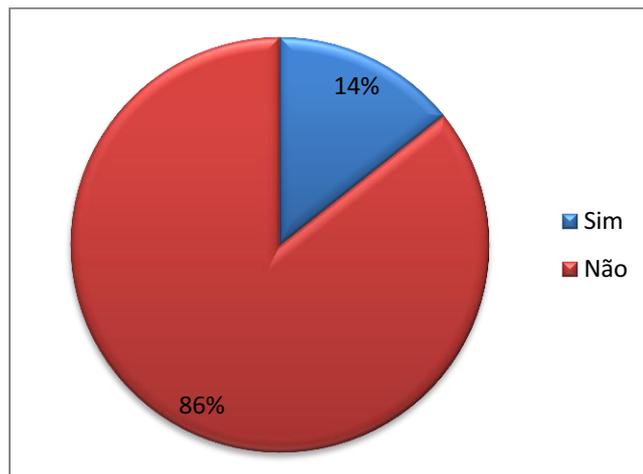
**Gráfico 34: Distribuição numérica da utilização de recursos da comunidade pelos MFPC**



### *Comportamento de procura de saúde*

Quando questionados sobre se o facto de serem cuidadores provocou um aumento na procura de cuidados de saúde, 12 dos participantes negaram o estabelecimento dessa relação, No entanto, dois prestadores de cuidados (14%) referiram que a prestação de cuidados interferiu já com a sua saúde e que, por esse motivo, tiveram de recorrer mais vezes aos serviços de saúde.

**Gráfico 35: Distribuição percentual da amostra, em relação ao aumento da procura de cuidados e saúde, por problemas relacionados com o cuidar**

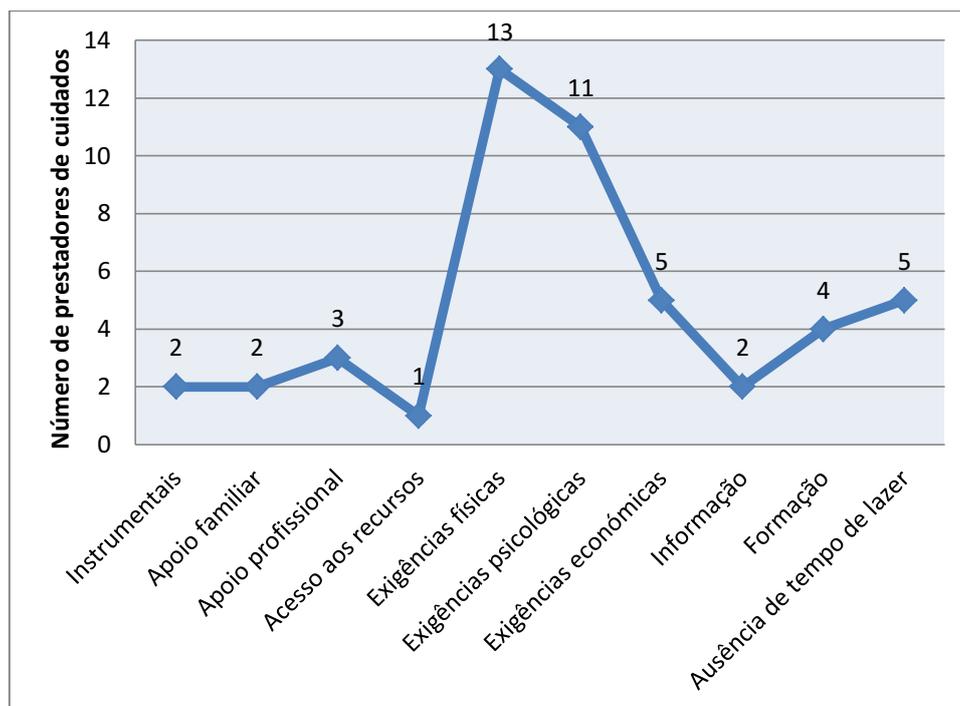


#### *Dificuldades associadas ao cuidar*

Uma das questões finais do instrumento de recolha de dados, reporta-se não a qualquer resposta do dependente ou do MFPC, mas ao juízo clínico do estudante. Nessa questão pretendia-se avaliar, para cada MFPC, as principais dificuldades no processo de prestação de cuidados.

O gráfico 36 apresenta a distribuição das dificuldades identificadas, salientando-se a quase totalidade dos casos (92,9%) em que as exigências físicas são um problema. Seguem-se as exigências psicológicas (78,6%), muitas vezes exacerbadas pela ausência de tempo de lazer (35,7%) e pelas exigências económicas (35,7%). Foi identificado ainda que, numa percentagem significativa de casos, a existência de mais formação (28,6%) e de apoio profissional (21,4%) poderia amenizar um pouco as dificuldades sentidas.

Gráfico 36: Distribuição numérica das dificuldades associadas ao cuidar identificadas



### *Sobrecarga do prestador de cuidados*

A sobrecarga foi avaliada através do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI) desenvolvido por Martins, Ribeiro & Garrett (2003).

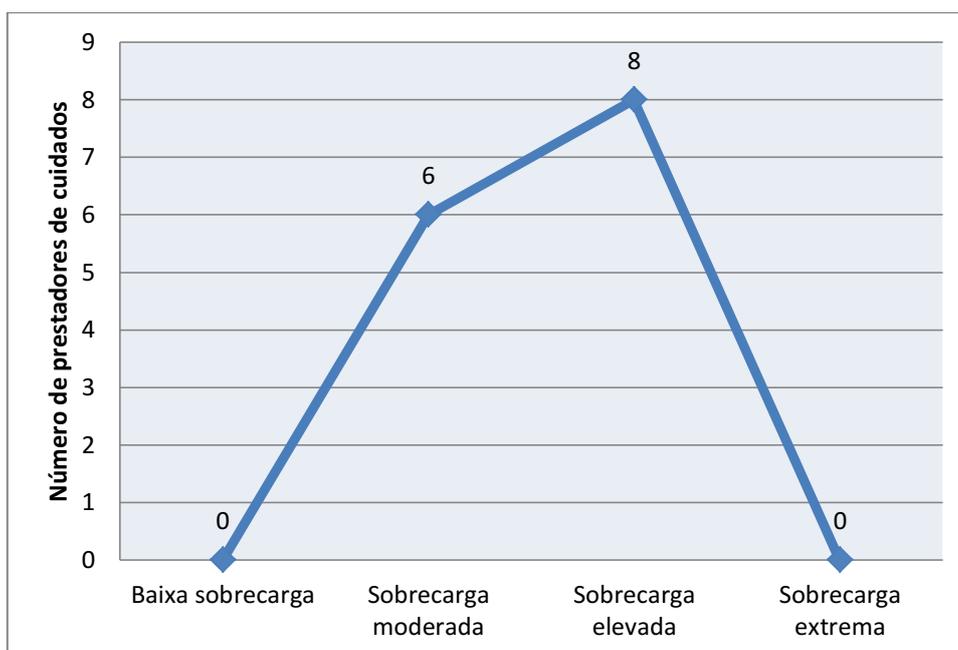
O QASCI contém 32 itens, que se organizam em 7 domínios: sobrecarga emocional, implicações na vida pessoal, sobrecarga financeira, reações a exigências, mecanismos de eficácia e controlo, suporte familiar e satisfação com o papel. Cada um desses itens integra questões referentes às últimas quatro semanas, sendo as respostas dadas numa escala de 5 pontos (1 “Não/Nunca”, 2 “Raramente”, 3 “Às vezes”, 4 “Quase sempre” e 5 “Sempre”).

Os resultados dos domínios mecanismos de eficácia e controlo, suporte familiar e satisfação com o papel têm de ser invertidos, de modo que as pontuações mais altas correspondam sempre a níveis maiores de sobrecarga. De acordo com os pontos de corte do QASCI, a sobrecarga pode ser dividida em 4 níveis distintos: Baixa sobrecarga (até 25 valores); Sobrecarga moderada (valores entre 26 a 50); Sobrecarga elevada (valores entre 51 a 75); Sobrecarga extrema (76 ou mais valores).

Este instrumento permite obter valores para cada um dos domínios e um valor global de sobrecarga. Neste estudo apresentarei tanto o valor global como os resultados obtidos em cada um dos domínios.

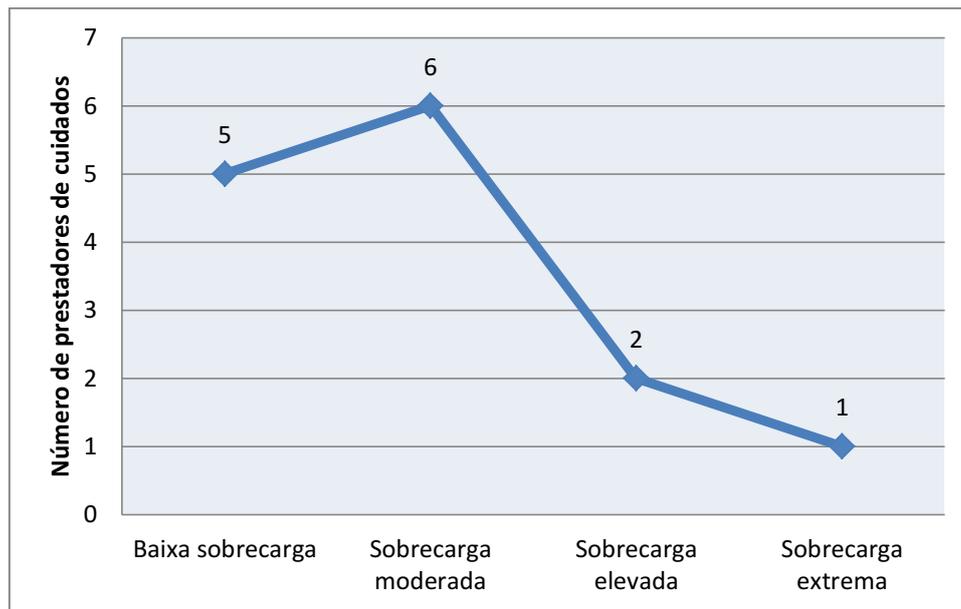
O resultado do **valor global** do QASCI permitiu detetar que 57% dos MFPC da amostra (N= 8) apresentam sobrecarga elevada. Os restantes 43% (N= 6) apresentam sobrecarga moderada. O resultado médio do índice global foi de 48, com um desvio padrão de 12,9, um valor mínimo de 28 e um máximo de 64. Metade dos prestadores de cuidados apresenta valores globais deste índice acima de 54.

**Gráfico 37: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI – valor global)**



No que se refere ao **domínio sobrecarga emocional**, o gráfico 38 apresenta a distribuição pelos diferentes níveis de sobrecarga, salientando-se os 43% dos prestadores com sobrecarga moderada.

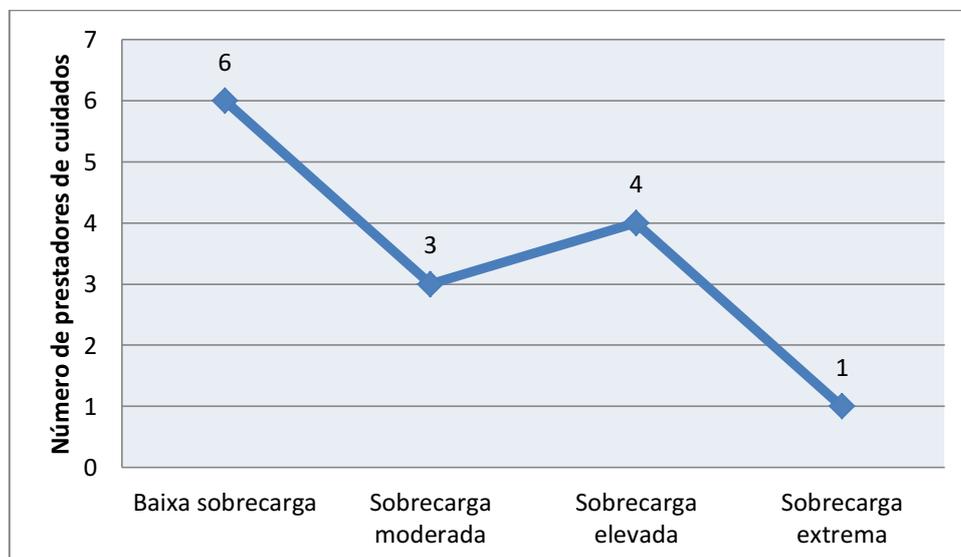
Gráfico 38: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Sobrecarga emocional)



O resultado médio neste domínio foi de 35 com um desvio padrão de 25,9, um valor mínimo de 0 e um máximo de 81. Metade dos prestadores de cuidados apresenta valores neste domínio abaixo de 44.

Quanto ao **domínio Implicações na vida pessoal**, o gráfico 39 apresenta a distribuição pelos diferentes níveis de sobrecarga, salientando-se os 43% dos prestadores com baixa sobrecarga.

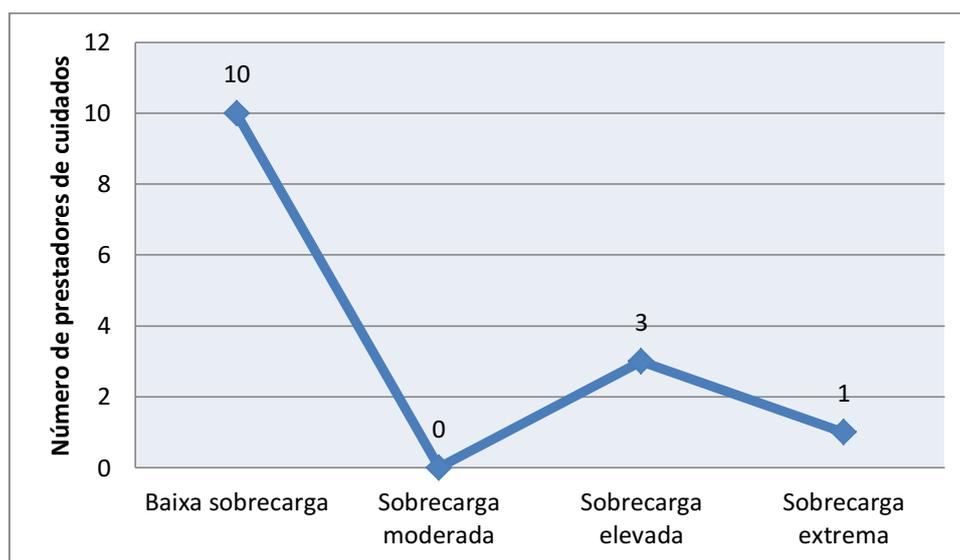
Gráfico 39: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Implicações na vida pessoal)



O resultado médio neste domínio foi de 37 com um desvio padrão de 27,6, um valor mínimo de 0 e um máximo de 89. Metade dos prestadores de cuidados apresenta valores neste domínio abaixo de 39.

No que concerne ao **domínio Sobrecarga financeira**, o gráfico 40 apresenta a distribuição pelos diferentes níveis de sobrecarga, salientando-se os 71% dos prestadores com baixa sobrecarga.

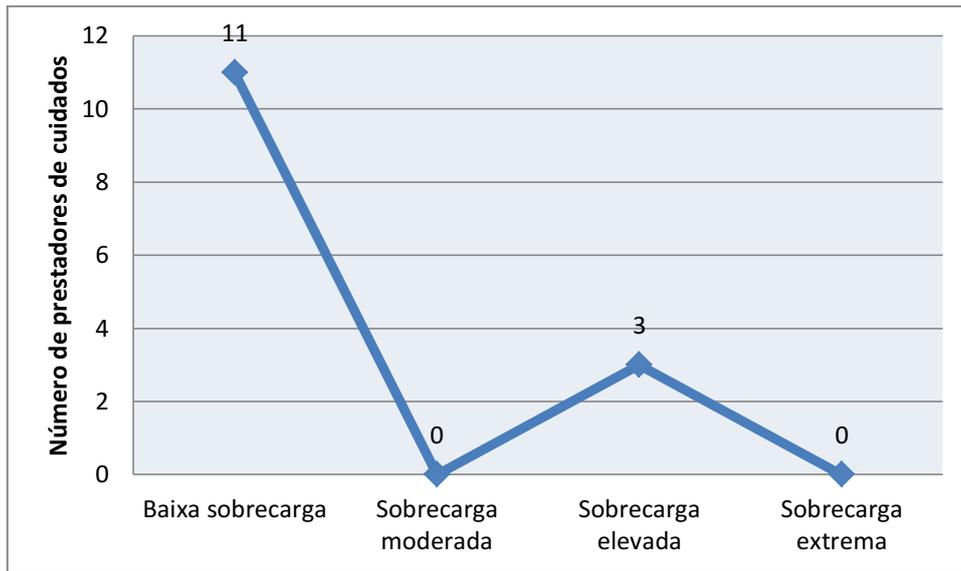
**Gráfico 40: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Sobrecarga financeira)**



O resultado médio neste domínio foi de 29 com um desvio padrão de 34,5, um valor mínimo de 0 e um máximo de 100. Metade dos prestadores de cuidados apresenta valores neste domínio abaixo de 25.

Relativamente ao **domínio Reações e exigências**, o gráfico 41 apresenta a distribuição pelos diferentes níveis de sobrecarga, salientando-se os 79% dos prestadores com baixa sobrecarga.

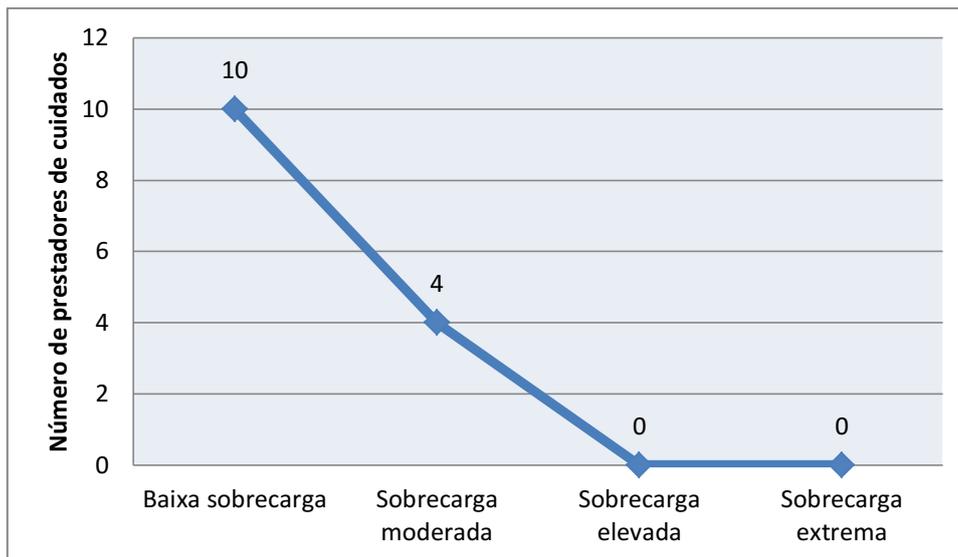
Gráfico 41: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Reações e exigências)



O resultado médio neste domínio foi de 15 com um desvio padrão de 19, um valor mínimo de 0 e um máximo de 50. Metade dos prestadores de cuidados apresenta valores neste domínio abaixo de 8.

No que se relaciona com o **domínio Mecanismos de eficácia e controlo**, o gráfico 42 apresenta a distribuição pelos diferentes níveis de sobrecarga, salientando-se os 71% dos prestadores com baixa sobrecarga e o facto de todas as respostas se situarem entre a baixa sobrecarga e a sobrecarga moderada.

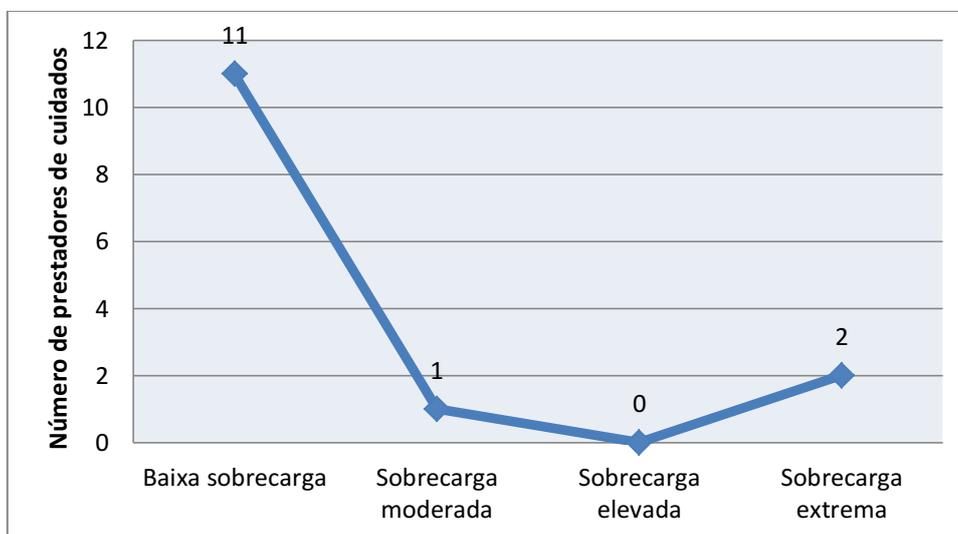
Gráfico 42: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Mecanismos de eficácia e controlo)



O resultado médio neste domínio foi de 17 com um desvio padrão de 13,7, um valor mínimo de 0 e um máximo de 42. Metade dos prestadores de cuidados apresenta valores neste domínio abaixo de 17.

Respeitante ao **domínio Suporte Familiar**, o gráfico 43 apresenta a distribuição pelos diferentes níveis de sobrecarga, salientando-se os 79% dos prestadores com baixa sobrecarga.

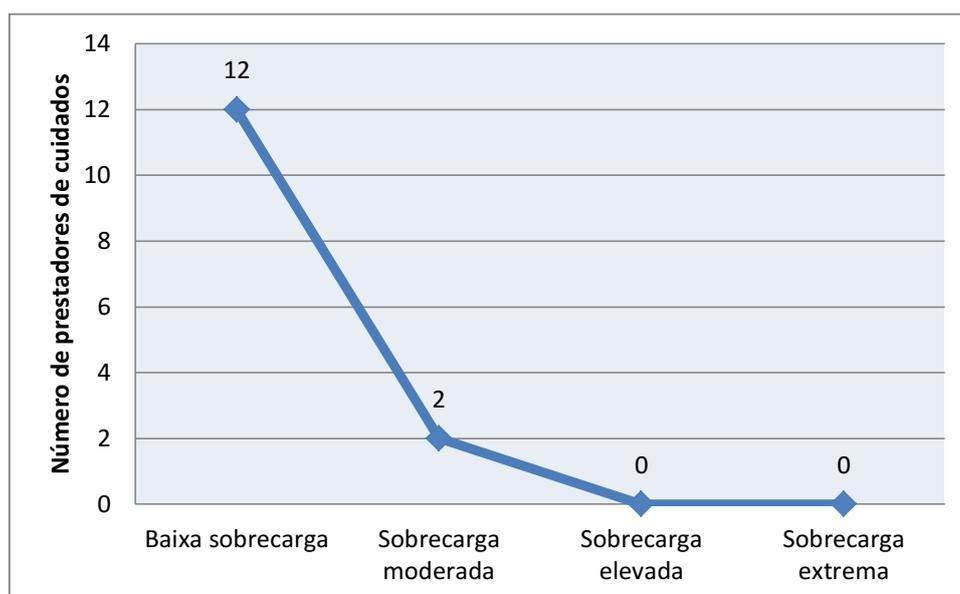
Gráfico 43: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Suporte familiar)



O resultado médio neste domínio foi de 20 com um desvio padrão de 36,9, um valor mínimo de 0 e um máximo de 100. Metade dos prestadores de cuidados apresenta, neste domínio o valor 0.

Por fim, no **domínio Satisfação com o papel**, 86% dos prestadores apresentam baixa sobrecarga tal como ilustra o gráfico 44.

**Gráfico 44: Distribuição numérica da amostra pelos diversos níveis de sobrecarga (QASCI Satisfação com o papel)**



O resultado médio neste domínio foi de 12 com um desvio padrão de 15,2, um valor mínimo de 0 e um máximo de 50. Metade dos prestadores de cuidados apresenta valores neste domínio abaixo de 10.

Numa das questões desta escala pergunta-se aos prestadores de cuidados se consideram que têm conhecimentos e experiência para cuidar do seu familiar. Obteve-se em relação a este item uma resposta surpreendente. Cerca de 60% dos prestadores de cuidados (N= 9) refere que os primeiros tempos de adaptação ao papel de prestador de cuidados foram complexos. Asseguram, no entanto, que se sentem, neste momento, com conhecimento e experiência para prosseguir esta atividade porque aprenderam muito... “com as senhoras do apoio domiciliário”.

A reduzida visibilidade do trabalho dos enfermeiros como profissionais de referência, particularmente no que se refere à prestação de cuidados no domicílio, e ao acompanhamento de indivíduos com défices no auto cuidado e aos seus cuidadores, emerge na clareza e consistência da resposta obtida. Salienta-se que esta realidade vai de encontro aos achados na literatura que refere que esta área de prestação de cuidados está longe de ser uma prioridade em enfermagem.





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

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

### **Apêndice IV**

## **Levantamento de Necessidades em Saúde**

**Marco Aurélio Ferreira Pinto**

**Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, abril de 2016**

Após a análise dos dados recolhidos no estudo elaborado, emergiram algumas situações problemáticas, cuja resolução ou prevenção é sensível aos cuidados de enfermagem. Importa nesta fase elencar esses problemas, para que se possa dar continuidade à metodologia do Planeamento em Saúde, com a sua priorização.

## **Risco de Queda**

Em Portugal, a principal causa de lesão nos idosos é a ocorrência de quedas, com uma frequência de 76% entre os 65-74 anos e de 90% no grupo etário com mais de 75 anos (DGS, sd). Estes incidentes resultam, nas situações mais graves, em fraturas da anca, lesões traumáticas da cabeça e ferimentos dos membros superiores. Não é de desvalorizar, por conseguinte, o seu custo económico e social, que compreende não só medicamentos, consultas e tratamentos de reabilitação, como também a perda de autonomia/independência ou mesmo a mortalidade precoce, assim como a quebra de produtividade dos prestadores de cuidados aos idosos (OMS, 2010).

Podemos afirmar que este fenómeno pode ter origem numa complexa interação de fatores de risco, categorizáveis em quatro dimensões: biológica, comportamental, ambiental e fatores socioeconómicos. Os fatores de risco biológicos incluem características dos indivíduos que são relacionadas ao corpo humano. Idade, género e raça, por exemplo, são fatores de risco biológicos não modificáveis. Estão também associados às mudanças devidas ao envelhecimento, como o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, e à comorbilidade associada às doenças crónicas.

Os fatores de risco ambientais incluem degraus estreitos, superfícies de escada escorregadias, tapetes soltos e iluminação insuficiente, pisos escorregadios ou irregulares, por exemplo. Nos fatores de risco comportamentais integram-se os que dizem respeito às ações humanas, emoções ou escolhas diárias, pelo que são potencialmente modificáveis. Incluem comportamentos de risco tais como a automedicação, o uso excessivo de álcool e o comportamento sedentário.

Os fatores de risco socioeconómicos resultam da influência das condições sociais e económicas dos indivíduos, bem como da capacidade da comunidade em enfrentá-los. Esses fatores incluem: baixo rendimento e escolaridade, habitações inadequadas ou a falta de interação social (OMS, 2010).

Sendo esta uma questão pouco abordada e trabalhada (e pelo que observamos, pouco valorizada pelos próprios idosos e cuidadores), poderá existir margem para a obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente no que se refere à taxa de efetividade na prevenção de complicações (OE, 2007), particularmente no âmbito dos cuidados de enfermagem em contexto domiciliário.

Recorda-se, a este respeito, que no estudo se encontrou:

- Média de 4 fatores ambientais de risco de queda em cada habitação, com um máximo de 9 fatores numa única habitação;
- 50% dos idosos a registarem quedas no último ano, com uma média de 2 quedas por idoso e um máximo de 8 quedas num único idoso.

### **Sobrecarga do Cuidador Informal**

Para Figueiredo (2012), a prestação de cuidados a um elemento doente ou dependente implica sempre a reestruturação da família e o desenvolvimento de estratégias para alcançar mecanismos de *coping* eficazes. Apenas a interligação entre a família, o membro prestador de cuidados e a pessoa que é cuidada, no contexto da estrutura familiar em causa, da sua etapa de desenvolvimento, crenças, valores e padrão internacional, permitirão à família identificar forças e recursos que lhe permitam ultrapassar os problemas que essa reestruturação implica.

A mesma autora adianta ainda que uma das principais dificuldades que se coloca às famílias nesta situação é a gestão da tensão que se gera entre os seus membros, de modo que se permita responder às necessidades da família como um todo, assim como às necessidades individuais dos seus membros. Neste contexto emerge a necessidade encontrar o elemento responsável pela prestação de cuidados.

Para além da aprendizagem de capacidades cognitivas e práticas (conhecimento do papel), o prestador de cuidados deverá ainda apresentar comportamentos de adesão que demonstrem o desenvolvimento efetivo das tarefas de prestação de cuidados. É ainda relevante o exercício do papel de prestador de cuidados de forma consensual dentro do sistema familiar. Para que tal aconteça, é necessário que os membros da família estejam de acordo nas expectativas ligadas ao papel de prestador de cuidados, bem como aos restantes papéis familiares e que exista negociação sobre as tarefas do exercício de cada papel, e em particular do papel de prestador de cuidados. (Figueiredo, 2012, pp. 92-94)

No estudo realizado, a avaliação da sobrecarga do cuidador informal, através do Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal QASCI (Martins, T; Ribeiro, J; Garrett, C; 2003) revelou a presença de sobrecarga elevada em 57% da amostra e de sobrecarga moderada nos restantes elementos da amostra.

Analisando as pontuações médias de cada domínio da escala, percebemos que os domínios que mais contribuem para estes resultados são:

- Sobrecarga emocional (Média=35; Máximo=81);
- Implicações na vida pessoal (Média=37; Máximo=89);
- Sobrecarga financeira (Média=29; Máximo=100);
- Suporte familiar (Média=20; Máximo=100);
- Reações e exigências (Média=15; Máximo=50)

O domínio Sobrecarga Emocional refere-se a emoções negativas do prestador de cuidados, que podem levar a conflitos internos e sentimentos de fuga, cansaço e esgotamento perante a situação em que se encontra. As Implicações na Vida Pessoal dizem respeito às repercussões sentidas pelo cuidador por estar a cuidar do seu familiar, como sejam a diminuição de tempo disponível para si, sentir a sua saúde e a sua vida social serem afectadas, sentir um grande esforço físico por estar a tomar conta da pessoa dependente e resignar-se com planos para a sua vida alterados, assim como a sensação de estar preso. À subescala Sobrecarga Financeira estão inerentes as dificuldades económicas decorrentes da situação de doença do familiar e à incerteza do futuro económico. O Suporte Familiar diz respeito ao reconhecimento e apoio que a família disponibiliza ao cuidador. Finalmente, a subescala Reações a Exigências inclui sentimentos negativos, como a percepção de manipulação por parte do idoso, ou a presença de comportamentos embaraçosos ou ofensivos para o cuidador e diminuição da privacidade. (Rodrigues, 2011, p.41)

Deste modo, a sobrecarga do prestador de cuidados emerge como uma necessidade em saúde identificada neste estudo. A intervenção de enfermagem dirigida ao dependente, a seu prestador de cuidados mas, sobretudo à família como um todo, poderá conduzir à observação de níveis de sobrecarga mais baixos, originando, por esta via, ganhos em saúde.

## Intervenção de enfermagem no domicílio

De entre as 21 metas traçadas para que se atingisse uma saúde para todos no século XXI, é na meta 15 que se realça o papel da enfermagem na saúde familiar, declarando que no centro dos cuidados "deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio" (OMS, 2002, p.23).

Por sua vez, a Portaria nº 1368/2007 de 18 de outubro consagra os princípios da Carteira Básica de Serviços e a da Carteira Adicional de Serviços das USF. No seu número quatro este diploma estabelece que, no âmbito dos cuidados domiciliários, os médicos e enfermeiros que exercem funções nas USF estão obrigados a assegurar, entre outras, "consultas programadas aos doentes com dependência física e funcional que necessitem cuidados médicos e de enfermagem e não possam deslocar -se à USF".

Com o estudo realizado não se ambicionou produzir resultados generalizáveis nem conclusões largamente aceites. Antes, encontrar pistas que permitam fazer uma reflexão acerca dos cuidados prestados pelos enfermeiros do ACeS. Assim, no estudo encontramos que:

- 79% dos idosos apresentam dependência severa ou total nas AVD;
- Todos os idosos apresentam dependência severa nas AIVD;
- Todos os idosos apresentam défice cognitivo;
- 79% dos idosos apresentam elevado risco de desenvolvimento de úlceras de pressão;
- Apenas 20% dos idosos que referem hipoacusia utilizam prótese auditiva, manifestando, ainda assim, dificuldades na sua utilização;
- A generalidade dos idosos da amostra apresenta Índice de Complexidade da Farmacoterapia elevado, sobretudo na secção "Informações Adicionais", em que a gestão do regime é mais sensível aos cuidados de enfermagem;
- 57% dos prestadores de cuidados apresenta sobrecarga elevada e os restantes sobrecarga moderada.

No entanto, apesar do vasto leque de diagnósticos de enfermagem que a situação descrita poderia permitir identificar, encontramos também que:

- 20% dos dependentes inscritos em USF e 50% dos dependentes inscritos em UCSP não tinham recebido ainda a visita do seu enfermeiro no domicílio, mesmo tendo sido referenciados pelas respetivas equipas para a RNCCI;
- Dos idosos que receberam uma visita domiciliária de enfermagem, 78% refere que ela ocorreu com o objetivo da realização de tratamentos ou atos instrumentais;
- Apenas 22% dos idosos que receberam uma visita domiciliária de enfermagem, referem que a mesma teve o objetivo de efetuar a vigilância e promoção da sua saúde;
- A percentagem de idosos referenciados à RNCCI por sua própria iniciativa ou dos seus familiares é semelhante à percentagem de situações em que os idosos ou os cuidadores identificam os enfermeiros como aqueles que desencadeiam o processo de referência;
- 50% dos idosos não consegue identificar o seu enfermeiro de família.

Assim, somos levados a acreditar que também no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem no domicílio, no que se refere ao acompanhamento e promoção da saúde aos idosos com défices no autocuidado, poderá existir margem para a obtenção de ganhos em saúde ao nível dos diversos indicadores de processo e resultado preconizados pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007). De uma forma mais concreta, pensamos que a utilização sistemática de escalas validadas para a população portuguesa pode constituir uma estratégia útil para uniformizar a avaliação que os enfermeiros fazem dos idosos dependentes e seus cuidadores, centrando-a na procura de necessidades de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e, por outro lado, estendendo-a a dimensões menos exploradas e/ou trabalhadas no espectro de focos de atenção pertinentes nesta área de prestação de cuidados.

Por outro lado, Erdmann *et al* (2009) referem que vários estudos salientam a visibilidade do enfermeiro relacionada com a articulação de competências com evidências a nível técnico, científico e relacional, o que concorre para a representação social da profissão. Mas apontam também os resultados de outros trabalhos que denotam que a representação social do enfermeiro está ainda associada, apesar de todos os avanços e conquistas, às tarefas técnicas, como subordinado à área médica

ou auxiliar de médico, relacionando a atuação profissional com mão-de-obra barata. Concluem afirmando que o *status* profissional se constrói a partir das atitudes individuais que formam o coletivo e que, por sua vez, se refletem na ampliação imagem social, dando lugar ao reconhecimento da enfermagem como protagonista de um novo saber e fazer.

Assim, as mudanças que se possam vir a operar no sentido da prestação de cuidados de enfermagem com maior autonomia, proximidade e acessibilidade, poderão gerar, para além de ganhos na saúde dos cidadãos, alterações na representação social dos enfermeiros e satisfação profissional dos mesmos.

Assim, aponta-se também a intervenção de enfermagem no domicílio como uma necessidade encontrada neste estudo.

## Bibliografia

- Amann, G P. (2012) Programa Nacional de Prevenção de Acidentes. *Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de acidentes domésticos com pessoas Idosas. Manual de Apoio e Formulário*. Direção-Geral da Saúde e Fundação MAPFRE, Lisboa, 2012. Disponível em: [www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx](http://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/projeto-cmc-manual-pdf.aspx)
- Direção Geral de Saúde (sd). *Prevenção dos acidentes domésticos com pessoas idosas*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/prevencao-dos-acidentes-domesticos-com-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Erdmann, A. L., Fernandes, J. V., Melo, C., Carvalho, B. R., Menezes, Q., Freitas, R., Emarinony, E., & Backes, M. T. S. (2009). A visibilidade da profissão de enfermeiro: reconhecendo conquistas e lacunas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62 (4), 637-643. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000400025&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400025&lng=en&tlng=pt). 10.1590/S0034-71672009000400025
- Figueiredo, M. H. J. S. (2012). *Modelo dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde\\_indicadores-vfout2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf)
- Organização Mundial De Saúde. (2002). *Saúde 21 – Uma introdução ao enquadramento político da saúde para todos na Região Europeia da OMS*. Loures: Lusociência.
- Portaria nº 1368/2007 de 18 de Outubro (2007). Consagra os princípios da Carteira Básica de Serviços e a da Carteira Adicional de Serviços das USF. Diário da República, 1.ª série — N.º 201 (18.10.2007) 7655-7659.
- Rodrigues, M.P.G. (2011). *Questionário de avaliação da sobrecarga do cuidador informal – Versão reduzida*. (Dissertação de Mestrado) Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Disponível em: <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/1781/1/Marta%20Rodrigues%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20Final.pdf>

- WHO (2010). *Global report on falls prevention in older age/ Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice (tradução brasileira)*. Secretaria de Estado da Saúde do Brasil. S. Paulo, 2010. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual\\_oms\\_-\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/manual_oms_-_site.pdf)





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

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

### **Apêndice V**

## **Definição de Prioridades**

**Marco Aurélio Ferreira Pinto**

**Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, abril de 2016**

A existência desta etapa na metodologia de Planeamento em Saúde deriva da dificuldade que se tem quando é necessário tomar decisões sobre assuntos diferentes (prioridades) e sobre maneiras diferentes de resolver um mesmo assunto (escolha de técnicas, estratégias). Torna-se imperioso determinar o QUE deve ser resolvido (prioridades) e COMO deve ser resolvido (estratégias), sendo certo que não é possível resolver as necessidades de todos (Imperatori e Giraldes, 1982, p.30).

Nesta etapa, optamos por convidar alguns enfermeiros para colaborar nesta etapa. Entre os enfermeiros do ACeS, escolhemos aqueles que exercem cargos que lhes permitem ter uma perspetiva abrangente sobre a prestação de cuidados de enfermagem aos dependentes e MFPC. Deste modo integraram este grupo de trabalho, para além do estudante, o tutor e o orientador de Estágio, a responsável pela ECCI, a coordenadora da Equipa Coordenadora Local (ECL) da RNCCI e a vogal de enfermagem do Conselho Clínico e da Saúde (CCS). A Enfermeira Chefe, apesar de ter sido convidada e de ter enviado por escrito alguns contributos não conseguiu, por motivos de agenda, participar na reunião de trabalho realizada para o efeito.

A estas colegas pedimos que partilhassem na reunião aspetos onde lhes parecesse existirem oportunidades de melhoria nesta área de prestação de cuidados, que pudessem ser integradas no projeto de intervenção que iria ser delineado. Deste modo, às necessidades encontradas pelo estudante, poderiam ser acrescentadas as que estes elementos já tivessem diagnosticado, procurando deste modo a desejada concordância entre o diagnóstico traçado e as necessidades reais.

Após a apresentação das necessidades em saúde encontradas e de uma súmula dos principais aspetos que a literatura científica apresenta a respeito desses temas, as convidadas apresentaram algumas realidades que conhecem e que corroboraram o diagnóstico traçado, apresentando algumas possíveis explicações para o atual estado de desenvolvimento dos cuidados de enfermagem no ACeS. Apresentaram a sua concordância com os resultados apresentados e não acrescentaram outras necessidades de saúde relacionadas com a área programática escolhida. Manifestaram também o seu agrado pela forma rigorosa como o trabalho foi desenvolvido e pela pertinência do mesmo. Sugeriram que fosse apresentado numa reunião geral de enfermeiros e que, no futuro, o estudo fosse reproduzido, abrangendo uma amostra mais significativa da realidade do ACeS.

No momento da definição de prioridades, importa escolher um método que permita evitar a subjetividade dos critérios de escolha. Assim, definimos como

determinantes para o estabelecimento de prioridades a importância do problema, a possibilidade de obtenção de ganhos em saúde e a exequibilidade.

Entre os diferentes métodos de determinação de prioridades, escolhemos a comparação por pares. Esta técnica traduz-se numa abordagem muito prática quando o número de problemas não é muito extenso. Ela permite a concentração sobre dois problemas de cada vez, sendo que cada problema é comparado sistematicamente a cada um dos outros. Obtém-se a ordenação final a partir do número de vezes que cada problema foi escolhido como sendo o mais importante (Tavares, 1990).

Estabelecemos a seguinte classificação dos problemas, para proceder à sua escolha:

- Problema 1 (P1) – “Risco de queda”
- Problema 2 (P2) – “Sobrecarga do cuidador informal”
- Problema 3 (P3) – “Intervenção de enfermagem no domicílio”

Apresentamos de seguida uma tabela onde se encontram expressos o número de vezes que cada problema foi selecionado como o mais importante.

**Tabela 1: Resultados da escolha dos problemas identificados**

	<b>P1</b>	<b>P2</b>	<b>P3</b>
<b>P1 vs P2</b>	3	3	---
<b>P1 vs P3</b>	0	---	6
<b>P2 vs P3</b>	---	0	6

Assim, a “intervenção de enfermagem no domicílio” foi indicada como a primeira prioridade, tendo sido escolhida por todos os participantes, quando comparada com os restantes problemas identificados.

Imperatori e Giraldes (1982, p.30) referem que na definição de prioridades se devem considerar dois elementos importantes: o horizonte do plano e a sua área de programação. Detalhando a sua concepção, estes autores esclarecem que o horizonte do plano, ou horizonte de programação, se reporta ao tempo ou momento limite para que estamos a programar. Deste modo, continuam, as prioridades de um plano a longo prazo não são necessariamente idênticas às de um plano a médio ou curto prazo devendo, contudo, procurar-se uma certa concordância entre as prioridades escalonadas no tempo.

Assim, atendendo a que o Estágio se desenvolve com apenas um estudante, num período reduzido de tempo, estabeleceu-se que a intervenção, no âmbito do Módulo II, versaria apenas a necessidade eleita como prioritária. No entanto, tal não significa que tivessem sido ignoradas ou menosprezadas as restantes necessidades em saúde. Até porque, se melhorarmos a intervenção de enfermagem no domicílio, estaremos também a intervir na prevenção de quedas e na sobrecarga do cuidador informal, uma vez que estas são dimensões incontornáveis no acompanhamento de enfermagem a utentes com défices no autocuidado.

Foi ainda aflorado o interesse de, no âmbito do Estágio, ser desenhado um projeto de melhoria dos cuidados de enfermagem no domicílio, que incluísse intervenções a curto, médio e longo prazo. Mantendo a linha de pensamento, só as primeiras seriam desenvolvidas durante o Módulo II do Estágio, ficando a implementação do restante projeto à responsabilidade do ACeS. Ressalvou-se que, mesmo as estratégias de curto prazo teriam de ser programadas pelo estudante, no âmbito do referido projeto, não tendo obrigatoriamente de ser o estudante a implementá-las. Abordou-se, neste sentido, a possibilidade de contactar peritos fora da UCC ou mesmo do ACeS, o que proporcionaria o enriquecimento e a visibilidade deste trabalho, para além de estimular a adesão dos enfermeiros do ACeS às iniciativas que venham a ser programadas.

Outro aspeto abordado na reunião surgiu a partir das experiências que se foram apresentando e relaciona-se com a forma como se processa a articulação de cuidados entre o hospital e os cuidados de saúde primários. Normalmente são entregues aos doentes ou seus familiares cartas que veiculam a informação mais pertinente relativa ao episódio de internamento. No entanto, esta prática coloca na responsabilidade dos utentes a continuidade de cuidados, ficando esta importantíssima dimensão da prestação de cuidados sujeita a diversas vicissitudes, suscetíveis de originar falhas que podem diminuir a eficácia das intervenções realizadas ou, até, colocar em risco a saúde do doente.

Neste contexto, falou-se na pertinência da elaboração de protocolos de articulação entre o Centro Hospitalar Entre Douro e Vouga (CHEDV) e o ACeS, que agilizassem a comunicação entre profissionais e que pudessem contribuir para a otimização de resultados. Dada a imensidão de processos de articulação, entendeu-se que seria mais aceitável e exequível que o estabelecimento deste tipo de protocolos se centrasse numa patologia específica.

## **Bibliografia**

- Imperatori E. & Giraldes M. R. (1982). *Metodologia do planeamento da saúde. Manual para uso em serviços centrais regionais e locais*. Lisboa: Obras avulsas.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde





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

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

### **Apêndice VI**

## **Projeto de Intervenção Comunitária**

**Marco Aurélio Ferreira Pinto**

**Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, abril de 2016**

Através dos resultados do estudo realizado no Módulo I percebeu-se que, de forma genérica, existiam oportunidades de melhoria no que se refere à sistematização com que as consultas de enfermagem domiciliárias são realizadas. Por esse motivo, o grande enfoque do presente Módulo de Estágio será a construção de um PIC que vise aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem neste domínio, assim como a sua visibilidade social. Como enquadramento teórico subjacente ao conceito de aumentar a qualidade, adotamos os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, definidos pela Ordem dos Enfermeiros.

Na reunião de peritos estabeleceu-se que esse projeto deveria incluir a implementação de estratégias a curto, médio e longo prazo, sem esquecer a avaliação do impacto da sua implementação através da replicação do estudo realizado no Módulo I, abrangendo um número maior de dependentes e de unidades funcionais (UF) do ACeS.

### **Estratégias a curto prazo**

O PIC assenta nos resultados do estudo realizado pelo estudante, a propósito da elaboração do Diagnóstico de Situação, no Módulo I do Estágio. Assim, a primeira etapa da intervenção deverá de ser a divulgação do trabalho que está em curso e dos resultados obtidos.

Atendendo a que, no final do Módulo I, a DE do ACeS foi substituída, e que já é do conhecimento público que o novo DE nomeará um novo elenco para constituir o CCS, é prioritária a realização dessa apresentação à nova direção clínica e executiva do ACeS. Pretende-se nessa reunião, muito mais do que informar, angariar o patrocínio institucional necessário para a implementação do PIC. Até porque, tendo o Módulo II do Estágio a duração de poucas semanas, só a apropriação do PIC, por parte do ACeS poderá garantir a sua continuidade no tempo.

Após a sensibilização da direção do ACeS, o segundo passo será a divulgação do diagnóstico de situação e do PIC junto da equipa de enfermagem do ACeS. Será proposta a realização de uma reunião de representantes das equipas de enfermagem de cada UF a breve prazo onde se possa, para além dos da ordem do dia, abordar esta temática. Após a reunião, será enviada a apresentação em *Power Point* realizada, para servir de suporte à replicação da informação junto dos restantes colegas.

O estudo revelou que a população tem uma imagem redutora do trabalho dos enfermeiros, muito voltada para a vertente curativa e instrumental, em detrimento da vigilância e promoção da saúde. Com o objetivo de divulgar competências dos

enfermeiros menos conhecidas e estimular a procura de consultas de enfermagem domiciliárias, será elaborado pelo menos um projeto de cartaz passível de ser afixado em todas as UF do ACeS. Procurar-se-á encontrar patrocínios que permitam a sua impressão

Relativamente à equipa de enfermagem do ACeS, as estratégias de curto prazo passam, para além da sensibilização, pela formação em serviço. Espera-se que os resultados do estudo promovam a consciencialização da relevância do problema diagnosticado que afeta não só os dependentes e seus cuidadores, como os próprios enfermeiros e a credibilidade da profissão e disciplina.

Propõe-se que nessa formação se incluam os seguintes temas:

- Instrumentos de avaliação do idoso dependente e do cuidador informal;
- Prevenção de úlceras de pressão;
- Alimentação do idoso e do doente acamado;
- O trabalho da ECCI como parceira na prestação de cuidados;
- Capacitar para o exercício do papel de MFPC: uma opção de/com futuro.

### **Estratégias a médio prazo**

Com o PIC pretende-se que os enfermeiros adotem um conjunto de práticas, na assistência aos doentes dependentes no autocuidado e seus cuidadores, assentes no processo formativo implementado.

Neste contexto, emerge a necessidade de, a médio prazo, construir um documento que sirva de referência no ACeS, nesta área de prestação de cuidados. Esse Manual de Boas Práticas deverá conter critérios mínimos de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem ao nível dos parâmetros a avaliar e da forma de documentar o processo de enfermagem de cada dependente e/ou cuidador no Sistema de Informação de Enfermagem (SIE).

O Manual de Boas Práticas da consulta domiciliária de enfermagem deverá ser sujeito a revisões periódicas de modo a permitir acompanhar a produção científica da disciplina de enfermagem ou de outras ciências cujo objeto seja relevante para esta área de prestação de cuidados. Para além de proporcionar uniformização da avaliação de enfermagem ao dependente e prestador de cuidados, tornará os registos de enfermagem no SIE mais completos mas, sobretudo, auditáveis. Abre-se assim a possibilidade de fazer comparações entre enfermeiros ou UF, de criar indicadores específicos e sensíveis à prática de cuidados de enfermagem, de detetar

necessidades de formação em serviço ou até de obter critérios objetivos, no âmbito da avaliação de desempenho dos enfermeiros.

### **Estratégias a longo prazo**

Num período mais dilatado de tempo, pensamos ser adequado pensar na implementação de duas estratégias: a replicação do estudo realizado e a implementação de um protocolo de articulação com o CHEDV.

A replicação do estudo poderá ter um interesse acrescido se envolver uma amostra maior e mais representativa da realidade do ACeS. Dessa forma poderá dar uma imagem mais fiel da realidade, sem nunca ter a pretensão de obter dados generalizáveis. Por outro lado, se for aplicado algum tempo após a implementação do PIC, poderão já ser avaliados alguns resultados das estratégias implementadas anteriormente.

Na amostra estudada, metade dos dependentes identificam uma doença aguda como causadora da instalação da dependência. Desses, 57%, referem ter tido um AVC. Sabe-se que o AVC é uma das principais causas de morte no nosso país, estimando-se uma prevalência bruta para a população residente em Portugal continental de 1,9%. No entanto, a prevalência aumenta com a idade, sendo também diferente em função do sexo. Assim, as taxas de prevalência mais elevadas observaram-se no grupo etário dos 65 a 74 anos, cifrando-se para os elementos do sexo masculino, nos 14,1% e atingindo os 5,9%, no caso dos indivíduos do sexo feminino (Sousa-Uva & Dias, 2014).

A área do cérebro afetada pelo AVC condiciona nos sobreviventes o aparecimento de um conjunto de sequelas ao nível neurológico e motor que requer tratamento precoce e intensivo, com vista à recuperação de autonomia e independência do doente. Porém, não raras vezes esta recuperação não é total, o que leva a que o doente regresse a casa com défices no autocuidado.

A Via Verde AVC foi criada em 2005, visando uma maior rapidez na triagem, avaliação e orientação dos doentes que entram no serviço de urgência com suspeita de AVC, tendo como suporte a cadeia de sobrevivência do AVC. Considerando a magnitude deste problema, o Ministério da Saúde criou condições para aumentar a sobrevivência e diminuir as sequelas dos doentes acometidos por estes incidentes (Pereira, 2014). No ano seguinte, com a implementação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, criam-se condições para prolongar o tratamento

para além da resolução da fase aguda da doença, compreendendo não só a reabilitação, a readaptação e a reintegração social, como ainda a provisão e manutenção de conforto e qualidade de vida, mesmo em situações irrecuperáveis (Decreto-Lei n.º 101/2006).

Contudo, nem todos os doentes têm critérios para integrar a RNCCI. Nesses casos, após ter alta hospitalar, o doente é transferido diretamente para o domicílio, ficando ao cuidado da sua equipa de saúde familiar.

Um dos aspetos abordados na reunião de peritos relaciona-se com a forma como se processa continuidade de cuidados entre o hospital e os cuidados de saúde primários. Normalmente são entregues aos doentes ou seus familiares cartas que veiculam a informação mais pertinente relativa ao episódio de internamento. No entanto, esta prática coloca à responsabilidade dos utentes a continuidade de cuidados, ficando esta importantíssima dimensão da prestação de cuidados sujeita a variadíssimas vicissitudes, suscetíveis de originar falhas que podem diminuir a eficácia das intervenções realizadas ou, até, colocar em risco a saúde e integridade do doente.

Neste contexto, abordou-se a pertinência da elaboração de protocolos de articulação entre o CHEDV e o ACeS, que agilizassem a comunicação entre profissionais e que contribuíssem para a otimização de resultados. Dada a imensidão de processos de articulação, entendeu-se que seria mais aceitável e exequível que o estabelecimento deste tipo de protocolos se centrasse numa patologia específica.

A realidade apresentada na reunião de peritos, no que se refere à articulação de cuidados no momento da alta hospitalar, não parece ser compaginável com toda a atenção prestada pelo legislador às vítimas de AVC. Julga-se fazer sentido, por esse motivo, propor que se estabeleça um projeto-piloto de articulação, entre o ACeS e o CHEDV, no que se refere à articulação de cuidados no momento da alta para o domicílio, de vítimas de AVC. Seria uma espécie de Via Verde AVC no regresso ao domicílio, com o objetivo de garantir a existência de condições mínimas, do ponto de vista técnico e humano, adaptadas ao nível de capacidade funcional do doente no momento da alta. Essas condições, vão desde a existência de um cuidador principal com formação durante o período de internamento, às condições habitacionais, passando pela existência de ajudas técnicas que proporcionem a manutenção das capacidades que o doente tem, bem como o necessário estímulo para o alcance do máximo potencial de autonomia e independência que consiga alcançar.

Seguidamente apresenta-se o projeto de forma esquemática, indicando os objetivos a atingir, as intervenções, atividades, a população alvo e os indicadores e metas propostos.

## Apresentação esquemática do PIC

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>	<b>População alvo</b>	<b>Indicadores e (metas)</b>	<b>Calendarização</b>
Informar a nova direção clínica e executiva do ACeS sobre a situação problemática encontrada	Apresentação do diagnóstico de situação e do PIC traçado	Reunião com DE e CCS  Sensibilizar a direção para a pertinência de apresentar o PIC numa reunião de serviço de enfermagem	DE  CCS	Nº reuniões com DE (1)  Nº reuniões com CCS (1)	30.09 a 05.10.2015
Informar os enfermeiros do ACeS sobre a situação problemática encontrada	Apresentação do diagnóstico de situação e do PIC traçado	Apresentação do PIC numa reunião de serviço de enfermagem  Envio da apresentação <i>Power Point</i> a todas as UF do ACeS	Enfermeiros do ACeS	Proporção de enfermeiros presentes na reunião de serviço (20%)  Proporção de UF para onde foi enviada a apresentação <i>Power Point</i> (100%)	06 a 14.10.2015

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>	<b>População alvo</b>	<b>Indicadores e (metas)</b>	<b>Calendarização</b>
Informar a população sobre o papel do enfermeiro na consulta de enfermagem domiciliária	Afixação de cartazes em todas as UF do ACeS	Elaboração de dois cartazes  Angariação de patrocínios para a impressão dos cartazes  Pedido de autorização para a distribuição e afixação de cartazes pelas UF do ACeS	População em geral	Nº de cartazes elaborados (2)  Nº de cartazes distribuídos (40)	26 a 31.10.2015

Objetivos específicos	Intervenções	Atividades	População alvo	Indicadores e (metas)	Calendarização
<p>Aumentar o conhecimento dos enfermeiros do ACeS sobre os aspetos mais relevantes a abordar numa consulta de enfermagem domiciliária</p>	<p>Proporcionar um encontro de formação em serviço sobre a avaliação e intervenção de enfermagem no idoso dependente e seu cuidador</p>	<p>Realizar um encontro de formação em serviço</p> <p>Aplicar um questionário no início do encontro de formação (questionário inicial)</p> <p>Aplicar o mesmo questionário no final do encontro de formação (questionário final)</p>	<p>Enfermeiros do ACeS</p>	<p>Nº encontros de formação realizados (1)</p> <p>Nº temas abordados no encontro</p> <p>Proporção enfermeiros inscritos na formação (40%)</p> <p>Proporção UF com pelo menos um enfermeiro inscrito na formação (95%)</p> <p>Aumento da percentagem de respostas corretas no questionário final, em relação ao inicial (10%)</p>	

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>	<b>População alvo</b>	<b>Indicadores e (metas)</b>	<b>Calendarização</b>
<p>Uniformizar procedimentos relativos à consulta de enfermagem domiciliária</p> <p>Aumentar os registos de enfermagem relativos à consulta de enfermagem domiciliária</p>	<p>Elaborar um Manual de Boas Práticas na consulta de enfermagem domiciliária para o ACeS</p> <p>Definir padrões mínimos de qualidade dos cuidados de enfermagem na consulta domiciliária de enfermagem</p> <p>Definir o resumo mínimo de dados a registar no SIE</p>	<p>Elaborar Manual de Boas Práticas</p> <p>Solicitar colaboração a peritos do ACeS</p> <p>Inclusão das recomendações dos convidados do encontro de formação em serviço</p> <p>Solicitar colaboração do CCS</p> <p>Solicitar a adoção do Manual de Boas Práticas como norma de serviço</p> <p>Mostrar disponibilidade para continuar o projeto no ACeS</p>	<p>Enfermeiros do ACeS</p>	<p>Manual em elaboração – 33%</p> <p>Manual elaborado – 66%</p> <p>Manual elaborado e adotado como norma de serviço – 100%</p> <p>Meta: 100%</p>	<p>Fevereiro de 2016</p>

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>	<b>População alvo</b>	<b>Indicadores e (metas)</b>	<b>Calendarização</b>
Avaliar o impacto do PIC nos cuidados de enfermagem domiciliários prestados no ACeS	Replicação do estudo realizado no Módulo I do Estágio, abrangendo mais dependentes e UF do ACeS	Constituir a equipa de trabalho Formação e treino do pessoal Pré testagem Recolha de dados Análise dos dados Apresentação dos dados Elaboração do relatório	Enfermeiros selecionados pelo ACeS		Final de 2016

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Intervenções</b>	<b>Atividades</b>	<b>População alvo</b>	<b>Indicadores e (metas)</b>	<b>Calendarização</b>
Melhorar a articulação entre o CHEDV e o ACeS	Estabelecer protocolo de articulação para vítimas de AVC, que tenham alta para o domicílio	<p>Estabelecer princípios básicos de articulação entre o CHEDV e o ACeS</p> <p>Apresentar princípios em reunião de serviço do ACeS (médicos e enfermeiros)</p> <p>Consensualizar os princípios a negociar com os profissionais do ACeS</p> <p>Promover a realização de reunião entre direções do ACeS e CHEDV para negociação do protocolo</p> <p>Constituição de grupo de trabalho com profissionais das duas instituições, para acompanhamento do protocolo estabelecido</p>	<p>Profissionais do ACeS</p> <p>Direção clínica e executiva do CHEDV</p>		2017

## Bibliografia

- Decreto-Lei n.º 101/2006 de 6 de junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I Série-A, N.º 109 (06.06.2016) 3856-3865.
- Pereira, M.S.M. (2014). *O sistema de Triagem de Manchester e a pessoa com Acidente Vascular Cerebral*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível no RCAAP
- Sousa-Uva, M. & Dias, C. M. (2014 julho-setembro). Prevalência de Acidente Vascular Cerebral na população portuguesa: dados da amostra ECOS 2013. *Boletim Epidemiológico Observações*, 2ª série (9), 12-14. Disponível em: [http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim Epidemiológico Observações 9 2014 artigo4.pdf](http://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/2341/3/Boletim%20Epidemiologico%20Observacoes%209%202014%20artigo4.pdf)





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

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

### **Apêndice VII**

## **Programa do Fórum Clínico da UCC Feira**

**Marco Aurélio Ferreira Pinto**

**Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, abril de 2016**



**Consulta de Enfermagem Domiciliária****Programa**

- 9h00 » 9h30 **Sessão de abertura**  
Moderador: José Leite, enfermeiro, Coordenador da UCC Feira  
António Alves Diretor Executivo, ACeS Feira/Arouca  
Marisa Carvalho, Presidente do CCS, ACeS Feira/Arouca  
Paula Leite, Vogal de enfermagem do CCS, ACeS Feira/Arouca  
Helena Bento, Direção de Enfermagem, ACeS Feira/Arouca  
Maria Teresa Leão, ISVOUGA
- 9h30 » 11h00 **Workshop:** Avaliação de enfermagem do idoso dependente e do cuidador informal  
**Sala 1: Capacidade funcional / Sobrecarga do cuidador informal**  
Tânia Costa, enfermeira, Docente Universidade Católica  
**Sala 2: Cicatrização de feridas e risco de queda / Estado nutricional**  
Paulo Alves, enfermeiro, Docente Universidade Católica  
Márcia Rebelo, nutricionista, URAP, ACeS Feira/Arouca
- 11h00 » 11h30 **Coffe break**
- 11h30 » 13h00 **Mesa Redonda:** Cuidar do idoso com dependência severa ou total: um desafio  
Moderador: Marco Pinto, enfermeiro, ACeS Feira/Arouca  
**Guidelines internacionais e evidência científica na prevenção de úlceras de pressão**  
Paulo Alves, enfermeiro, Docente Universidade Católica  
**Aspetos relevantes na alimentação do dependente**  
Liliana Granja, nutricionista, URAP, ACeS Feira/Arouca
- 13h00 » 14h30 **Almoço livre**
- 14h30 » 15h30 **Conferência:** ECCI, um parceiro privilegiado na prestação de cuidados domiciliários  
Moderador: Marco Pinto, enfermeiro, ACeS Feira/Arouca  
**O trabalho desenvolvido pela ECCI de Santa Maria da Feira**  
Sónia Pinho, enfermeira, ECCI/UCC Feira, ACeS Feira/Arouca  
**A referência para a RNCCI**  
Daniela Vide, enfermeira, ECL, ACeS Feira/Arouca  
**A interligação do hospital com os cuidados de saúde primários**  
Eunice Almeida, enfermeira, EGA, CHEDV EPE
- 15h30 » 17h00 **Conferência:** Capacitar para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados, uma opção de/com futuro  
Tânia Costa, enfermeira, Docente Universidade Católica

**Comissão organizadora:** Marco Pinto, UCC Feira**Conselho científico:** José Leite, Paula Leite, Paulo Alves, Sónia Pinho, Daniela Vide, Paulo Morgado, Vânia Coimbra, Sónia Soares, Helena Bento





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

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

### **Apêndice VIII**

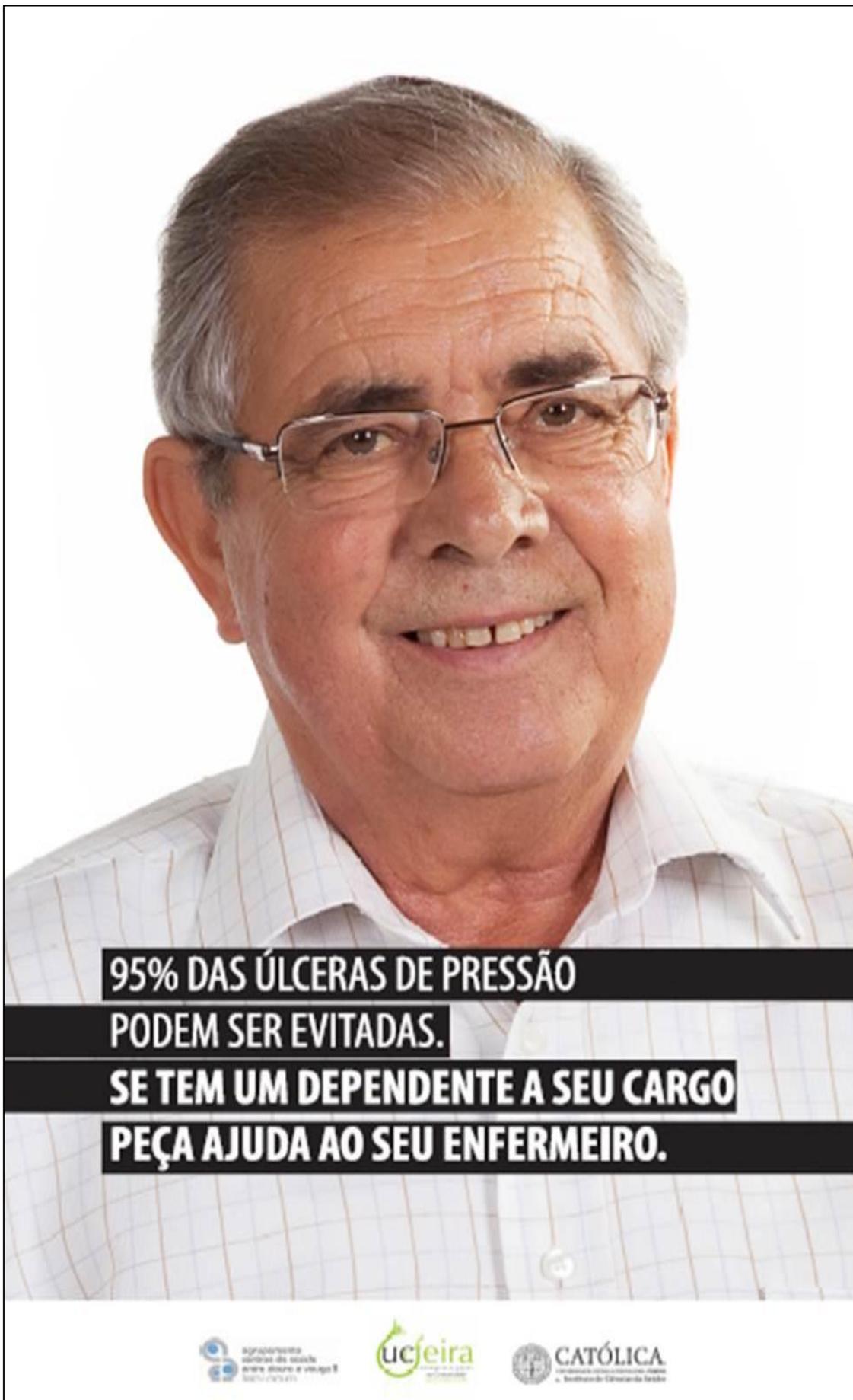
## **Imagem dos cartazes elaborados**

**Marco Aurélio Ferreira Pinto**

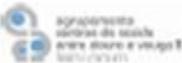
**Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, abril de 2016**





**95% DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO  
PODEM SER EVITADAS.  
SE TEM UM DEPENDENTE A SEU CARGO  
PEÇA AJUDA AO SEU ENFERMEIRO.**



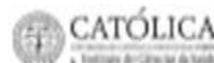
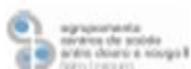


**O ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM**

**NO DOMICILIO EVITA IDAS À URGÊNCIA.**

**SE TEM UM DEPENDENTE A SEU CARGO**

**PEÇA AJUDA AO SEU ENFERMEIRO.**







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

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**Apêndice IX**

**Questionários de avaliação do  
conhecimento dos enfermeiros**

**Marco Aurélio Ferreira Pinto**

**Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, abril de 2016**



Fórum Clínico da UCC Feira “**Consulta de Enfermagem Domiciliária**”  
**Questionário de avaliação inicial**

Caro colega, o Fórum Clínico da UCC Feira é um espaço formativo que surge no âmbito do Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária. O seu principal objetivo é aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre os aspetos mais relevantes a abordar numa consulta de enfermagem domiciliária. Para que esse objetivo seja mensurável, torna-se indispensável avaliar o nível de conhecimento antes e depois da formação.

Assim, agradeço que preencha o questionário de avaliação inicial logo no início do encontro e à medida que forem terminando os vários painéis, vá preenchendo o questionário de avaliação final.

Assinale, por favor, em cada pergunta, a opção de resposta que lhe pareça mais correta. Este questionário é anónimo e confidencial. Destina-se apenas a análise estatística e, em caso algum, será utilizado para qualquer tipo de avaliação do respondente.

Obrigado pela colaboração,

Marco Pinto

**A Escala Push (Pressure Ulcer Scale for Healing) está validada e permite:**

- a) Avaliar a cicatrização apenas nas úlceras de Pressão
- b) Avaliar a cicatrização em todas as feridas crónicas
- c) Avaliar a infeção nas feridas crónicas
- d) Todas as opções estão corretas

**Que escalas podem ser utilizadas para a prevenção de quedas?**

- a) Braden e índice de Tinetti
- b) Índice de Tinetti e Berg
- c) Push e Berg
- d) Resvedech e Tinetti

**Das seguintes escalas, identifique as que avaliam o risco de desnutrição:**

- a) MNA e MUST
- b) SGA e ICFT
- c) PS-SGA
- d) Nenhuma das anteriores

**Das seguintes escalas, identifique a mais indicada para avaliar o risco de desnutrição em idosos na comunidade:**

- a) MNA
- b) SGA
- c) PS-SGA
- d) MUST

**As novas *guidelines* de prevenção e tratamento de UP, têm as seguintes novas secções:**

- a) Doente crítico e doente Bariátrico
- b) Idosos e Traumatismo vertebro-medular
- c) Cuidados Paliativos e Pediatria
- d) Todas as anteriores

**A nova classificação das UP em categorias determina:**

- a) Categoria I, II, III, IV - quanto à profundidade de tecidos lesados
- b) Categoria I, II, III, IV - quanto à cicatrização dos tecidos
- c) Categoria I, II, III, IV - quanto ao comprimento e largura das lesões
- d) Categoria I, II, III, IV - quanto à cicatrização e profundidade dos tecidos lesados

**O suplemento mais adequado para o idoso:**

- a) Provoca uma grande sensação de saciedade
- b) Proporciona os nutrientes num pequeno volume
- c) É útil na substituição da refeição
- d) Todas as anteriores

**Numa situação de disfagia poderá ser útil fornecer:**

- a) Iogurtes ou papas com pedaços de fruta
- b) Um pouco de líquidos à refeição para “empurrar” a comida
- c) Alimentos de pequeno volume (nozes, arroz simples, etc.)
- d) Nenhuma das anteriores

## Parte da tarde

**Não são critérios de inclusão nas ECCI's situações de dependência funcional por:**

- a) Processos de convalescença;
- b) Tratamentos de feridas diários ou prolongados;
- c) Utentes que não têm cuidador;
- d) Impossibilidade de se deslocar autonomamente.

**A ECCI não articula com:**

- a) ACeS (USF, UCSP, UAG, URAP, USP);
- b) Hospital;
- c) Unidades de internamento da RNCCI;
- d) Escolas.

**Quem pode referenciar para a RNCCI são:**

- a) Os hospitais
- b) As unidades de saúde
- c) As técnicas de segurança social
- d) Os hospitais pela EGA e as unidades de saúde pelas ER

**Quais as Unidades de Internamento da RNCCI para onde podem ser referenciados os doentes:**

- a) ULDM
- b) UMDR ou UCP
- c) A + B estão corretas
- d) ECCI

**Na transição para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados não são características definidoras da etapa “Mãos à Obra”:**

- a) Estabelecer rotinas;
- b) Adquirir conhecimento e habilidades para a execução dos cuidados;
- c) Diminuir o acesso a recursos profissionais e institucionais;
- d) Aparecerem novas dificuldades associadas a novas necessidades do recetor.

**Relativamente às intervenções de enfermagem face ao diagnóstico de sobrecarga do membro de família prestador de cuidados, assinale a afirmação verdadeira:**

- a) As intervenções devem começar no início da transição pois, à medida que o tempo passa, os membros da família prestadores de cuidados tornam-se mais resistentes à intervenção do profissional;
- b) Para intervir, é suficiente realizar uma avaliação diagnóstica multidimensional do cuidador;
- c) As intervenções de carácter educativo podem contribuir para ampliar o conhecimento e a sobrecarga;
- d) A + C

## Fórum Clínico da UCC Feira “Consulta de Enfermagem Domiciliária”

### Questionário de avaliação inicial

Caro colega, o Fórum Clínico da UCC Feira é um espaço formativo que surge no âmbito do Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária. O seu principal objetivo é aumentar o conhecimento dos enfermeiros sobre os aspetos mais relevantes a abordar numa consulta de enfermagem domiciliária. Para que esse objetivo seja mensurável, torna-se indispensável avaliar o nível de conhecimento antes e depois da formação.

Assim, agradeço que preencha o questionário de avaliação inicial logo no início do encontro e à medida que forem terminando os vários painéis, vá preenchendo o questionário de avaliação final.

Assinale, por favor, em cada pergunta, a opção de resposta que lhe pareça mais correta. Este questionário é anónimo e confidencial. Destina-se apenas a análise estatística e, em caso algum, será utilizado para qualquer tipo de avaliação do respondente.

Obrigado pela colaboração,

Marco Pinto

**O autocuidado, enquanto atividade executada pelo próprio, é caracterizado por:**

- a) Responsabilidade;
- b) Conhecimento e aprendizagem de habilidades;
- c) Autonomia e independência;
- d) A+ B + C.

**Na avaliação multidimensional do membro da família prestador de cuidados, são utilizados instrumentos como:**

- a) CADI- Carer`s Assessement of Difficulties Index;
- b) ESSS - Escala de Satisfação com o Suporte em relação à sua Saúde;
- c) QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal;
- d) A+ C.

**As novas *guidelines* de prevenção e tratamento de UP, têm as seguintes novas secções:**

- a) Doente crítico e doente Bariátrico
- b) Idosos e Traumatismo vertebro-medular
- c) Cuidados Paliativos e Pediatria
- d) Todas as anteriores

**A nova classificação das UP em categorias determina:**

- a) Categoria I, II, III, IV - quanto à profundidade de tecidos lesados
- b) Categoria I, II, III, IV - quanto à cicatrização dos tecidos
- c) Categoria I, II, III, IV - quanto ao comprimento e largura das lesões
- d) Categoria I, II, III, IV - quanto à cicatrização e profundidade dos tecidos lesados

**O suplemento mais adequado para o idoso:**

- a) Provoca uma grande sensação de saciedade
- b) Proporciona os nutrientes num pequeno volume
- c) É útil na substituição da refeição
- d) Todas as anteriores

**Numa situação de disfagia poderá ser útil fornecer:**

- a) Iogurtes ou papas com pedaços de fruta
- b) Um pouco de líquidos à refeição para “empurrar” a comida
- c) Alimentos de pequeno volume (nozes, arroz simples, etc.)
- d) Nenhuma das anteriores

## Parte da tarde

**Não são critérios de inclusão nas ECCI's situações de dependência funcional por:**

- a) Processos de convalescença;
- b) Tratamentos de feridas diários ou prolongados;
- c) Utentes que não têm cuidador;
- d) Impossibilidade de se deslocar autonomamente.

**A ECCI não articula com:**

- a) ACeS (USF, UCSP, UAG, URAP, USP);
- b) Hospital;
- c) Unidades de internamento da RNCCI;
- d) Escolas.

**Quem pode referenciar para a RNCCI são:**

- a) Os hospitais
- b) As unidades de saúde
- c) As técnicas de segurança social
- d) Os hospitais pela EGA e as unidades de saúde pelas ER

**Quais as Unidades de Internamento da RNCCI para onde podem ser referenciados os doentes:**

- a) ULDM
- b) UMDR ou UCP
- c) A + B estão corretas
- d) ECCI

**Na transição para o exercício do papel de membro da família prestador de cuidados não são características definidoras da etapa "Mãos à Obra":**

- a) Estabelecer rotinas;
- b) Adquirir conhecimento e habilidades para a execução dos cuidados;
- c) Diminuir o acesso a recursos profissionais e institucionais;
- d) Aparecerem novas dificuldades associadas a novas necessidades do recetor.

**Relativamente às intervenções de enfermagem face ao diagnóstico de sobrecarga do membro de família prestador de cuidados, assinale a afirmação verdadeira:**

- a) As intervenções devem começar no início da transição pois, à medida que o tempo passa, os membros da família prestadores de cuidados tornam-se mais resistentes à intervenção do profissional;
- b) Para intervir, é suficiente realizar uma avaliação diagnóstica multidimensional do cuidador;
- c) As intervenções de carácter educativo podem contribuir para ampliar o conhecimento e a sobrecarga;
- d) A + C



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

## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

### **Apêndice X**

## **Questionário de satisfação dos formandos**

**Marco Aurélio Ferreira Pinto**

**Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, abril de 2016**



## AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

<b>FORMAÇÃO</b>	<b>Fórum Clínico da UCC Feira</b>
-----------------	-----------------------------------

### LOCAL, DATA E DURAÇÃO

Auditório do ISVouga, dia 21 de outubro de 2015, das 9h00 às 17h00.

A sua opinião relativa a esta formação é de extrema importância para nós, pois o seu contributo poderá permitir o aperfeiçoamento em futuras formações, pelo que pedimos que responda às questões abaixo expressas.

#### 1. Os objectivos foram atingidos em:

Mais de 75%.....

Entre 50% e 75%.....

Entre 25% e 50%.....

Menos de 25%.....

Justifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 2. Considera o Tema:

Muito útil.....

Útil.....

Pouco útil.....

Utilidade nula.....

Justifique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**3. Para os conteúdos apresentados considera o tempo de exposição:**

Longo.....

Suficiente.....

Insuficiente.....

**4. Faça as observações que lhe pareçam pertinentes sobre este assunto:**

---

---

---

**Nome** (facultativo):

Obrigado pela colaboração,

Data 21.10.2015



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

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**Apêndice XI**

**Consentimento Informado para a  
realização do estudo**

**Marco Aurélio Ferreira Pinto**

**Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, abril de 2016**



## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** O prestador de cuidados como foco de atenção dos enfermeiros.

**Enquadramento:** Este estudo realiza-se no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, sob orientação do Mestre Paulo Alves e co orientação do Enfermeiro Especialista José Leite.

**Explicação do estudo:** Com este estudo pretende-se fazer a caracterização dos doentes internados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) de Santa Maria da Feira e seus prestadores primários de cuidados. A amostra a estudar é constituída pelos doentes internados na ECCI no período de 11.05.2015 a 31.05.2015 e respetivos cuidadores, que aceitem participar no estudo. A colheita de dados será feita através de um questionário preenchido pelo investigador e realizada no domicílio onde o doente esteja a residir.

**Condições e financiamento:** Este estudo não tem objetivos comerciais, nem é patrocinado por nenhuma empresa. O seu financiamento é integralmente assegurado pelo investigador. A participação no estudo é voluntária e a sua aceitação pode ser revogada a qualquer momento, não resultando dessa recusa qualquer prejuízo para o doente ou para o seu prestador de cuidados.

**Confidencialidade e anonimato:** O investigador compromete-se a não registar dados de identificação, e a nunca tornar pública a identificação dos participantes, pelo que garante o anonimato. Garante ainda a confidencialidade e o uso exclusivo da informação recolhida para o presente estudo.

Desde já se agradeço a sua disponibilidade e colaboração. Para o esclarecimento de qualquer dúvida, poderá contactar:

Enfermeiro Marco Pinto

Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira

Endereço: Rua Prof. Egas Moniz, 7

4520-240 Santa Maria da Feira

Telefone: 256371448

e-mail: uccfeira@csfeira.min-saude.pt

**Assinatura:** .....

<sup>1</sup> [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao\\_Helsinquia\\_2008.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf)

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

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

Nome: ... ..

Assinatura: ... .. Data: ..... /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME: ... ..</p> <p>BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....</p> <p>ASSINATURA ... ..</p>
--

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**



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

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

**Apêndice XII**

**Consentimento Informado para a  
cedência de direitos de imagem**

**Marco Aurélio Ferreira Pinto**

**Sob orientação do Prof. Doutor Paulo Jorge Pereira Alves**

**Porto, abril de 2016**



## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA CEDÊNCIA DE DIREITOS DE IMAGEM

*Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do trabalho:** Consulta de Enfermagem Domiciliária.

**Enquadramento:** Este estudo realiza-se no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica do Porto, sob orientação do Mestre Paulo Alves e co orientação do Enfermeiro Especialista José Leite.

**Explicação do trabalho:** A partir da caracterização elaborada dos doentes admitidos na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) da Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) de Santa Maria da Feira e seus prestadores de cuidados, foram identificadas algumas necessidades de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Partindo desse estudo foi delineado um projeto de intervenção com iniciativas dirigidas ao grupo de enfermeiros do ACeS Feira/Arouca e à população em geral. A colaboração que agora se solicita enquadra-se na linha de intervenção comunitária e pretende informar a população sobre o papel do enfermeiro na consulta de enfermagem domiciliária. Consubstancia-se na autorização para a utilização da imagem na elaboração de cartazes relativos a esta temática, que serão distribuídos e afixados em locais públicos.

**Condições e financiamento:** Este trabalho não tem objetivos comerciais, nem é patrocinado por nenhuma empresa. O seu financiamento é integralmente assegurado pelo investigador/estudante. A participação é voluntária e a sua aceitação pode ser revogada a qualquer momento, não resultando dessa recusa qualquer prejuízo para o próprio ou outras pessoas.

**Confidencialidade e anonimato:** O investigador compromete-se a não registar dados de identificação, e a nunca tornar pública a identificação dos participantes, pelo que garante o anonimato. Garante ainda a confidencialidade e o uso exclusivo da informação recolhida para o presente trabalho.

Desde já se agradece a sua disponibilidade e colaboração. Para o esclarecimento de qualquer dúvida, poderá contactar:

Enfermeiro Marco Pinto

Unidade de Cuidados na Comunidade de Santa Maria da Feira

Endereço: Rua Prof. Egas Moniz, 7

4520-240 Santa Maria da Feira

Telefone: 256371448

e-mail: uccfeira@csfeira.min-saude.pt

**Assinatura:** .....

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste trabalho sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar e permito a utilização da minha imagem, que de forma voluntária cedo, confiando em que apenas será utilizada para este trabalho e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/estudante.*

Nome: ... ..

Assinatura: ... .. Data: ..... /..... /.....

<p>SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE (se o menor tiver discernimento deve <u>também</u> assinar em cima, se consentir)</p> <p>NOME: ... ..</p> <p>BI/CD Nº: ..... DATA OU VALIDADE ..... /..... /.....</p> <p>GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....</p> <p>ASSINATURA ... ..</p>
--

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE DUAS PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**