



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE SANTARÉM  
2º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ESTÁGIO II E RELATÓRIO**

**PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO  
NO DOMICILIO COM PESSOAS IDOSAS  
EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA:  
UMA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA**

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do grau de Mestre na  
Especialidade de Enfermagem Comunitária**

**Autora:  
Susana Maria Jorge Pires Ramos**

**ORIENTADORA:  
Mestre Celeste Godinho**

Santarém, 2013 setembro

## DEDICATÓRIA

À população de pessoas idosas que se encontra em situação de dependência e aos seus aliados cuidadores.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento que me permitiu crescer em todas as dimensões do meu ser.

O meu muito **OBRIGADO**

## RESUMO

Progredir nos cuidados de prevenção com um grupo de risco em desenvolver úlceras de pressão e na adaptação dos cuidadores informais a essa realidade no seu ambiente familiar, é atualmente um dos principais focos de atenção de muitos profissionais de saúde, nomeadamente na filosofia dos cuidados continuados em contexto comunitário. Enquanto Enf. Esp. Em Enfermagem Comunitária a intervenção substanciou-se na Promoção da Saúde com a principal finalidade de capacitar o grupo alvo face ao problema de saúde identificado, para alcançar um estado de bem-estar e equilíbrio no sistema, suportando-se no Modelo de Sistemas de NEUMAN como conceção teórica e utilizando a metodologia do planeamento em saúde com fio condutor para o desenvolvimento do projeto de intervenção em ensino clínico.

A metodologia da RSL, recorrendo ao método PIC(O) a partir da questão: **De que modo a intervenção do enfermeiro na visita domiciliária [I] contribui para a prevenção de úlceras de pressão [O] com pessoas idosas em situação de dependência [P]**? A partir da conceptualização foram definidas palavras-chave e realizada uma pesquisa de artigos científicos em base de dados electrónica, sendo seleccionados três estudos, segundo critérios antecipadamente definidos. Estes foram examinados com o objetivo de “analisar de que modo a intervenção do enfermeiro na visita domiciliária contribui para a prevenção de úlceras de pressão com as pessoas idosas em situação de dependência”.

Foram vários os contributos das conclusões científicas para a intervenção, revelando principalmente a importância da implementação de um programa de educação na prevenção de úlceras de pressão com pessoas em situação de dependência no domicílio. Provando que a sua implementação teve efeito positivo a curto e médio prazo sobre a adesão e orientação dos enfermeiros e utentes, com uma menor prevalência de úlceras de pressão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermeiro, cuidados domiciliários, pessoa idosa, úlceras de pressão

## ABSTRACT

Progress in preventive care with a group at risk of pressure ulcer development and adaptation of informal caregivers to this reality in their family environment, is currently a major focus of attention of many health professionals, particularly in the philosophy of the continuum in Community context. While nursein Community Nursing intervention substantiated in the Health Promotion for the main purpose of empowering the target group address the problem identified health, to achieve a state of wellness and balance in the system, supporting themselves in Model Systems NEUMAN as theoretical design and using the methodology of health planning with thread to the development of the project intervention in clinical teaching. The methodology of the RSL, using the method PI[C]O from the question: How does the intervention of nurses in home visits [I] contributes to the prevention of pressure ulcers [O] with elderly people in situations of dependency [P]? From conceptualization were defined keywords and conducted a survey of scientific articles in an electronic database, and selected three studies, according to criteria defined in advance.

These were examined in order to "examine how the involvement of nurses in home visits contributes to the prevention of pressure ulcers in elderly people in situations of dependency."Were the contributions of the various scientific conclusions for intervention , particularly revealing the importance of implementing an education program in the prevention of pressure ulcers with people in situations of dependency at home . Proving that its implementation had a positive effect in the short and medium term on the adhesion and orientation of nurses and clients, with a lower prevalence of pressure ulcers.

**KEYWORDS: Nurse, Home care, Elderly, Pressure Ulcers**

## INDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>7</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	
<b>1 - PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO COM PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA NO DOMICÍLIO</b>	<b>11</b>
<b>2 - CONTRIBUTOS DO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN PARA UMA INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO</b>	<b>17</b>
<b>3 - A CAPACITAÇÃO COMO ESTRATÉGIA NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO COM PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA</b>	<b>24</b>
<b>PARTE II – ESTRUTURA METODOLOGICA</b>	
<b>1 - PROCEDIMENTO METODOLOGICO</b>	<b>28</b>
<b>1.2 - IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b>	<b>31</b>
<b>PARTE III – ANALISE SOBRE A PRÁTICA</b>	
<b>1- ANÁLISE CRÍTICA COM BASE NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA, COMPETÊNCIAS E ELEMENTOS ESPECÍFICOS (DOS ENUNCIADOS DESCRITIVOS) DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA</b>	<b>39</b>
<b>2 - PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO EM PESSOAS IDOSAS NO DOMICILIO: REFLETIR A AÇÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA</b>	<b>44</b>
<b>3 - OUTRAS ATIVIDADES NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA</b>	<b>50</b>
<b>4 - CONCLUSÃO</b>	<b>60</b>
<b>PARTE IV</b>	
<b>1 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO I – Critérios de monitorização biopsicossocial na RNCCI</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO II – Protocolo de pesquisa</b>	<b>78</b>
<b>ANEXO III – Projeto de intervenção</b>	<b>82</b>

## INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - Evolução da proporção da população jovem e idosa no total da população (%), Portugal, 1960-2050	12
FIGURA 2 – Contributos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman	20

## INDICE DE QUADROS

QUADRO 1 - Representativo da formulação da pergunta PI[C]O	29
QUADRO 2 - Verificação de existência ( <i>MESHBROWSER</i> )	29
QUADRO 3 – Análise do estudo n.º1	31
QUADRO 4 – Análise do estudo n.º2	33
QUADRO 5 – Análise do estudo n.º3	36
QUADRO 6 – Mobilização dos critérios de avaliação de competências e elementos específicos (nos enunciados descritivos) dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária	42
QUADRO 7 – Caracterização dos projetos da UCCE anteriormente referidos segundo o grupo alvo, objetivos e estratégias	52

## ABREVIATURAS, SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

BGPPU - *Belgian guidelines for Prevention of decubitus ulcers*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCL – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Enf.<sup>a</sup> - Enfermeira

Enf.<sup>o</sup> - Enfermeiro

Esp.<sup>a</sup> – Especialista

EPUAP - *European Pressure Ulcer Advisory Panel*

IMC – Indices de Massa Corporal

N<sup>o</sup>/n<sup>o</sup> - número

OM – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. – página

PICO – Participantes, Intervenção, Comparação, *Outcome*

SAPE – Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCCE - Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento

USF – Unidade de Cuidados de Saúde Familiar

## INTRODUÇÃO

A elaboração do presente Relatório surge com vista á obtenção do grau de Mestre. A sua concretização só foi possível após a realização de um estágio de natureza profissional na unidade curricular ESTÁGIO E RELATÓRIO inserida no 3º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária do 2º ciclo, na Escola Superior de Saúde de Santarém, no ano letivo 2011/2012. Como objetivos esta unidade curricula pressupõem: Avaliar criticamente teorias e modelos, literatura e dados relevantes para a prática avançada de Enfermagem; criticar os resultados da prática baseada na evidência relevantes para a intervenção de enfermagem a um grupo específico de clientes; desenvolver uma área do conhecimento especializado em enfermagem relevante para a qualidade dos cuidados.

Enquadrados nos objetivos da unidade curricular, e definidos no documento orientador ao curso, os que correspondem ao Relatório são: Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica; fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a susceptibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática; inventariar os recursos necessários à ação de enfermagem baseada na evidência; fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada, inventariar a sua natureza; avaliar, registar e divulgar os resultados da ação / intervenção de enfermagem.

Assim a abordagem neste Relatório visa principalmente traduzir a análise, a fundamentação, a crítica e a visibilidade da intervenção efetuada. Sendo que a área de interesse é sobre: **Prevenção de úlceras de pressão no domicílio com pessoas idosas em situação de dependência através da promoção da saúde.**

As alterações emergentes nos comportamentos sociais e familiares, entre outras áreas, “Determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade, focalizadas na promoção da saúde, na gestão de risco...” ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE, 2011). O mesmo documento incorpora um conjunto de ideias cruciais, nomeadamente, o facto de se viver numa época em que a comunidade toma consciência das suas responsabilidades em saúde e que pretende assumir um papel de parceiro ativo.

Com o objetivo de despertar algumas consciências para as questões relacionadas com a importância na prevenção das úlceras de pressão, ANES e ANTÃO, (2009) foram autores de um estudo, e apontam nos resultados/conclusões:

As úlceras de pressão podem ser prevenidas em muitas circunstâncias. A existência ou não de protocolos de prevenção pode alterar a taxa de êxito da necessária de intervenção multidisciplinar. Se compreendermos a epidemiologia, incidência e prevalência das úlceras de pressão e a totalidade dos fatores que potenciam ou provocam o seu aparecimento, mais fácil podemos adotar práticas que permitam prevenir as úlceras de pressão. (ANES, ANTÃO, 2009)

Outra componente importante está relacionada com os custos económicos que este problema de saúde acarreta para os indivíduos e suas famílias, pois não se pode distanciar a dimensão sócio económica da população. As mesmas autoras citam MORISON, (2004) que refere “O desenvolvimento de úlceras de pressão como indicador de resultado está relacionado com o facto de esta ser uma complicação comum, evitável e ser dispendiosa tanto para os doentes como para os prestadores de cuidados”.

Para PEARSON, (2005) “Cuidados de saúde baseados na evidência, tal como são concebidos atualmente, baseiam-se na visão de que as decisões clínicas devem ser fundamentadas na melhor evidência científica disponível, reconhecendo contudo, a preferência do paciente, o contexto dos cuidados de saúde e o julgamento clínico”. Complementado a afirmação anterior “ A aplicação dos resultados da pesquisa para a prática anda de mãos dadas com a experiência clínica e com as preferências e valores do paciente” (DICENSO, CULLUM, CILISKA, 1998).

A Ordem dos Enfermeiros menciona a pertinência da prática baseada em evidência num documento referente á tomada de posição sobre a investigação em enfermagem, considerando “A prática de Enfermagem baseada na evidência como sendo a incorporação da melhor evidência científica existente (quantitativa e qualitativa), conjugada com a experiência, opinião de peritos e os valores e preferências dos utentes, no contexto dos recursos disponíveis” (OE, 2006). Acredita-se que “ Uma prática baseada na evidência constitui um pré-requisito para a excelência e a segurança dos cuidados, assim como para a otimização de resultados de enfermagem” (OE, 2006).

Ao identificar o conhecimento mais atualizado sobre a temática, o documento anteriormente referido vem fundamentar um dos propósitos do presente trabalho, que é promover a reflexão na ação e sobre a ação, uma vez que “A intervenção pode dar um elevado contributo á prática clínica de Enfermagem, na identificação e nomeação de saberes inerentes á prática, através de um processo de natureza indutiva e concomitantemente na validação desses saberes, através de processos de natureza dedutiva” (OE, 2006).

Apesar da ascendente abordagem da prática baseada em evidência reconhece-se a existência de barreiras face à sua adoção. Estão identificadas algumas barreiras para a prática baseada em evidência como “Limitações de tempo, acesso limitado a literatura, a falta de formação em técnicas de avaliação de pesquisa de informação e crítica, uma ideologia profissional que enfatiza a prática em vez do reconhecimento intelectual, e um ambiente de trabalho que não incentiva a pesquisa de informação” (DICENSO *et al*, 1998).

Também em Portugal foi desenvolvido um estudo tendo como objetivo identificar barreiras percebidas face à adoção de uma prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário e descrever as atitudes dos enfermeiros em relação à prática baseada em evidência. Na pesquisa foi identificadas barreiras com várias etiologias: pessoal, organizacional, cultural e científica. Levando à conclusão que “Uma prática baseada em evidência vai ao encontro da obrigação social da enfermagem, alicerça a sua credibilidade entre as ciências da saúde e sustenta eventuais mudanças ao nível político” (PEREIRA, CARDOSO, MARTINS, 2012).

Pretende-se com este relatório alcançar os seguintes **objetivos**:

- ✓ Analisar o conhecimento científico atualizado acerca da intervenção do enfermeiro com as pessoas idosas na prevenção de úlceras de pressão no domicílio com recurso à revisão sistemática da literatura.
- ✓ Enquadrar a prática na evidência com recurso à metodologia científica na intervenção desenvolvida em contexto de ensino clínico.
- ✓ Refletir o desenvolvimento pessoal e profissional decorrente da prática na aprendizagem de competências específicas na área da especialização em enfermagem comunitária.

De forma a ajudar na compreensão dos determinantes do problema de saúde em foco e orientar as decisões que respondem às necessidades e interesses da população alvo em estudo, a complexidade do tema foi abordada numa matriz conceptual do Modelo dos Sistemas, onde os conceitos assumem um papel preponderante na compreensão do comportamento dos intervenientes do processo de cuidados.

O percurso metodológico que permitiu chegar ao conhecimento mais atualizado, foi feito através da RSL como suporte à prática baseada em evidência e como estratégia utilizou-se a metodologia PI[C]OD. Foi definido o protocolo de pesquisa que inclui: definição das palavras-chave, a estratégia de busca, identificação das bases de dados. Seguidamente procedeu-se à definição do objetivo da revisão da RSL e identificação os artigos encontrados.

O estágio de natureza profissional decorreu no ACES Serra d'Aire, no Centro de Saúde do Entroncamento, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), durante o período de 18 semanas, entre o dia 20 de fevereiro e 06 de julho de 2012. Após o conhecimento dos projetos do Plano de Ação da Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento (UCCE) e com a concordância da Enfermeira Coordenadora desta Unidade Funcional, a área de intervenção com maior ênfase recaiu na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI).

A equipa de cuidados continuados integrados foi criada à luz da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que é constituída por “Unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, presta cuidados de saúde à pessoa no domicílio” (DECRETO-LEI n.º101/2006).

A ECCI é uma equipa multidisciplinar a cargo dos CSP e das entidades de apoio social:

Para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento mas que não podem deslocar-se de forma autónoma. (DECRETO-LEI n.º101/2006)

O trabalho está organizado com as seguintes partes:

Parte I – Enquadramento Teórico, com a sistematização conceptual da temática com ênfase em conceitos que emergem da prevenção de úlceras de pressão com pessoas idosas em situação de dependência no domicílio e da capacitação como estratégia na prevenção.

Parte II – Estrutura Metodológica, com descrição dos procedimentos metodológicos na pesquisa da evidência científica e a identificação dos estudos que emergiram da RSL.

Parte III – Análise Sobre a Prática, com uma reflexão crítica dos estudos, enquadramento da prática clínica na evidência científica dos estudos que corroboram a intervenção, análise sobre outras atividades no desenvolvimento de competências na área de especialização em Enfermagem Comunitária e a conclusão com as principais questões que emergiram de acordo como o objetivo da RSL.

Parte IV – Desta última parte faz parte as referências bibliográficas e os anexos que suportam o Relatório.

O principal desafio deste relatório prende-se com a expectativa dos possíveis contributos que dele advém, nos diferentes domínios: desenvolvimento pessoal e profissional; formação e competências na área de especialização; gestão e Investigação.

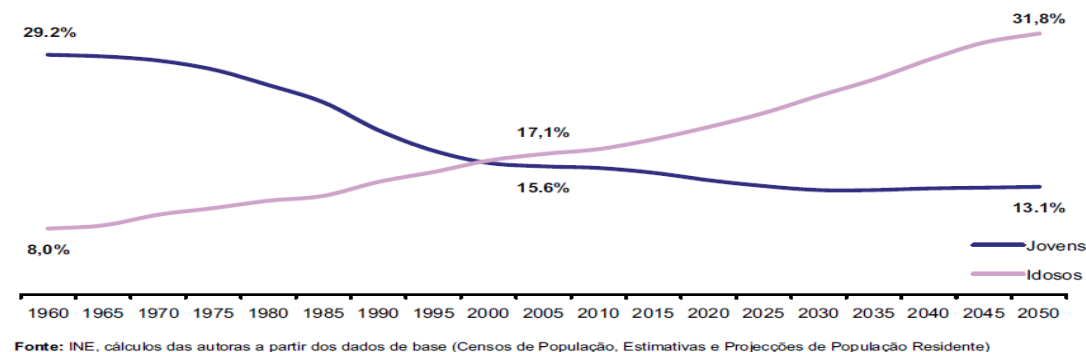
## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1 - PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO COM PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA NO DOMICÍLIO

As intervenções do Enf.º Esp.<sup>a</sup> em Enfermagem Comunitária no âmbito da promoção da saúde evocam um papel elementar na diminuição de riscos em saúde das populações expostas aos mesmos. Os determinantes em saúde que levam à condição de risco não se traduzem de forma igual porque nem todas as pessoas expostas ao mesmo agente respondem do mesmo modo. Assim, a mestrandia, inserida num projeto de intervenção comunitária da UCCE com um grupo vulnerável específico interveio num problema de saúde desse mesmo grupo que é o risco de desenvolverem úlceras de pressão.

A abordagem recai nas **peessoas idosas** em situação de dependência, considerando-se neste grupo as pessoas com idade igual e superior a 65 anos. Ser idoso não é um problema, mas sim possuir características fisiológicas específicas que correspondem a um processo com várias mudanças de ordem orgânica e funcional. Pode-se dizer que ser idoso é uma etapa no ciclo de vida, é a sequência do “Envelhecimento fisiológico que se refere às mudanças biológicas sofridas pela pessoa ao longo do tempo, após o processo de crescimento ter terminado” (SQUIRE, 2005).

Como é conhecido, muitos dos idosos perdem capacidades na funcionalidade motora, tornando-os pessoas em situação de dependência. Esta pode ocorrer por diversos motivos, desde a inatividade, doença, ou simplesmente por envelhecimento fisiológico. Também a OMS define como idosas as pessoas com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento e com mais de 65 anos nos países desenvolvidos.



(Fonte: Gonçalves e Carrilho, 2007)

FIGURA 1 - Evolução da proporção da população jovem e idosa no total da população (%), Portugal, 1960-2050

Este aumento da população idosa, a que está normalmente associada uma redução da funcionalidade, remete para um acelerado processo de envelhecimento e confronta-nos com a necessidade de afetação de recursos adicionais, em número e diversidade, que permitam colmatar adequadamente as múltiplas carências deste grupo populacional. Isto porque importa, não só responder às tendencialmente crescentes necessidades em saúde associadas ao envelhecimento, mas também promover a autonomia nas atividades de vida diária e a participação ativa na sociedade, encarando a pessoa idosa numa perspectiva biopsicossocial. (PORTUGAL Ministério da Saúde: Observatório Português dos Sistemas de Saúde – Relatório Primavera 2011)

Também os cuidados de saúde em Portugal poderão estar em mudança. Devido à situação económica e social, também se perspetivam reformas no sector da saúde. Os enfermeiros podem assumir um papel preponderante no sistema de saúde, nomeadamente em saúde comunitária, possibilitando uma população saudável e em particular no bem-estar das pessoas idosas e na adaptação à realidade económica e social do país.

O contexto e as estratégias nos cuidados de saúde com idosos em situação de dependência também estão consagrados nos órgãos institucionais. Em que se visa a “Manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exigindo uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a RNCCI” (PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2004).

A RNCCI orienta os cuidados de saúde em grande parte para pessoas em situação de dependência e para uma população maioritariamente idosa, segundo dados da Unidade de Missão do Cuidados Continuados Integrados. Fundamenta-se num modelo de intervenção integrado e articulado de serviços comunitários de proximidade, desenvolvidos por equipas de cuidados de saúde e/ou apoio social e de cuidados e

ações paliativas (equipas de cuidados continuados integrados) e em unidades institucionais (unidades de cuidados continuados integrados).

Como **pessoa em situação de dependência** entende-se:

Situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária. (DECRETO-LEI n.º 101/2006)

No quarto Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, relativamente à proporção da população em situação de dependência no total da população (%) residente em Portugal continental, revela que 18,05% tem incapacidade física de longa duração (na categoria – sozinho, mas com dificuldade) e 3,59% (na categoria – só, com ajuda), 2,81% encontra-se sempre acamada ou sempre sentada numa cadeira ou limitada à sua casa para se movimentar, 12,45% encontrava-se acamada temporariamente, 69,03% não referiu qualquer incapacidade (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Unidade de missão para cuidados continuados, 2009).

A ECCI presta cuidados sobretudo em contexto domiciliário, constituindo assim a **visita domiciliária** uma estratégia em cuidados de saúde. Assim, os cuidados de saúde no domicílio é uma “Componente dos cuidados globais de saúde através do qual se proporciona cuidados a indivíduos e famílias na sua habitação, com o fim de promover, manter ou restaurar a saúde ou minimizar os efeitos da doença ou incapacidade” (MCNAMARA citado por BOLANDER, 1998, p. 493). Segundo SANHOPE e LANCASTER, (2011, p.621) a visita domiciliária possui algumas vantagens, nomeadamente: Eficácia na promoção da saúde; conveniência para o cliente; controlo do cliente sobre o ambiente; opção para os clientes que não podem deslocar-se; ambiente natural para expor problemas e necessidades. Segundo as mesmas autoras, dentro das finalidades encontra-se o facto de permitir ao enfermeiro trabalhar diretamente com o cliente para adaptar as intervenções associadas aos recursos e contribuir para o controlo e participação ativa na satisfação das suas necessidades.

Contudo para que tal aconteça, a visita domiciliária comporta um conjunto de ações sistematizadas, onde se pressupõem uma preparação antes de ocorrer e continuação da intervenção após o seu ato. A concretização da mesma requer o uso de técnicas de entrevista e de observação sistematizada. Sendo um processo dinâmico e com carácter de prossecução é essencial ter um planeamento com os objetivos e conteúdos definidos.

**Cuidados domiciliários** são os cuidados concedidos por um cuidador formal (profissional de saúde). “Os cuidados domiciliários dão aos clientes e às famílias uma hipótese para receberem cuidados de saúde no seu ambiente habitual (...) onde pode ser mais fácil aprender a fazer mudanças” (SEBASTIAN, MARTIN, em STANHOPE, LANCASTER, 2011, p.1017). Estes cuidados são complementares ao autocuidado da pessoa e pelos cuidados informais do cuidador no domicílio. É essencial trabalhar com este grupo na consecução da melhoria do estado de saúde das pessoas em situação de dependência no domicílio.

A descrição de **cuidador informal** que se segue provem de uma pesquisa sobre este conceito, pois ainda é um termo pouco explorado. Pode-se assim dizer que um cuidador informal é aquela pessoa que cuida e assiste outra que se encontra em situação de dependência. Outros pontos transversais é a coabitação, relação familiar, de proximidade, ou seja, pressupõem um relacionamento. Num sentido mais imaterial e experimentado é uma demonstração de amor e carinho.

O enfoque nos cuidadores informais está também referenciado na Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados no documento “Cuidados Continuados Desafios” quando se refere às recomendações internacionais.

Os principais desafios para promover o apoio aos cuidadores informais, incluem a qualidade de vida dos que são alvo de cuidados e dos cuidadores, desenvolvimento de serviços que mantenham e promovam as capacidades físicas, emocionais e sociais dos cuidadores, organização de opções de descanso do cuidador na própria casa de que recebe os cuidados, uma avaliação da capacidade de quem recebe os cuidados e do cuidador, para que possa ser prestada a ajuda necessária e desenvolvimento de cuidados informais como parte integrante da estrutura de serviços, a longo prazo, incluindo o aumento de cobertura de suporte. (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2009)

Se por um lado é desejável manter as pessoas em situação de dependência na comunidade, a prestação de cuidados domiciliários com a pessoa em risco de desenvolver úlcera de pressão pressupõem a capacitação dos cuidadores informais, tanto em ações de educação para a saúde, como no trabalho em equipa, facto evidenciado no documento “Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados – úlceras de pressão, prevenção”

Qualquer atitude ou programa de prevenção deve iniciar-se pela informação e educação, pelo que os cuidadores, incluindo os informais, assim como o doente devem estar esclarecidos acerca da correlação direta entre a ocorrência das úlceras e a qualidade dos cuidados prestados. A manutenção da integridade cutânea e a ausência de lesões reflete mais o trabalho da equipa de cuidadores

do que o estado geral do doente. (PORTUGAL, Ministério da Saúde. RNCCI, 2007)

Os dados epidemiológicos sobre **úlceras de pressão** em Portugal estão sobretudo centrados nos cuidados de saúde diferenciados e demonstram que formam um problema de saúde pública em Portugal e traduz um indicador de qualidade dos cuidados de saúde prestados. O desafio é a intervenção no âmbito da promoção da saúde. Podendo-se assim, associar como uma dimensão na área dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária.

Segundo dados da DGS, estima-se que 95% das úlceras de pressão são evitáveis; para que tal resulte é necessário uma intervenção prioritária em várias vertentes, desde o conhecimento dos fatores de risco e etiologia, a uma avaliação do risco, caracterização das úlceras de pressão e registos, visando como resultado a qualidade nos cuidados prestados.

O Ministério da Saúde no âmbito da DGS concebeu o Departamento da Qualidade com a missão: “Promover e disseminar, nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, uma cultura de melhoria contínua da qualidade”. (PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2009, <URL: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>)

Entendendo-se por qualidade dos cuidados “O grau em que os serviços de saúde disponíveis para os indivíduos e populações aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual” (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2011).

O departamento de Qualidade na Saúde da DGS situa as úlceras de pressão como um problema de saúde no domínio “Segurança do Doente”.

Segurança do Doente é a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo. (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2011)

A segurança do doente é assumida como parte integrante da qualidade dos cuidados de saúde, daí ser um conceito pertinente pois “Assumiu uma relevância particular nos últimos anos, tanto para os doentes e familiares que desejam sentir-se seguros e confiantes relativamente aos cuidados de saúde, como para os gestores e profissionais que querem prestar cuidados seguros, efetivos e eficientes.” (PORTUGAL.

Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2009, <URL:  
<http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>>

Segundo dados do Departamento da Qualidade na Saúde da DGS está em construção um documento sobre Prevenção de Feridas em parceria com a Associação Portuguesa de Tratamentos de Feridas (APTF) e o Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) que pretende abordar a identificação do risco e implementação de estratégias de prevenção para as pessoas que se encontram em risco de desenvolver este problema. A Divisão da Gestão de Qualidade do Departamento em matéria de orientações emanou uma (ORIENTAÇÃO n.º 017/2011), que é relativa à avaliação do risco de todas as pessoas admitidas nas unidades de saúde. As orientações incluem práticas que são aceites por uma ordem profissional que se inclui na definição de “Padrão de Cuidados de Saúde” que se refere:

Princípios e práticas de cuidados de saúde que foram aceites pelos profissionais de saúde como passíveis de serem aplicados nos doentes em circunstâncias comuns. Os padrões de cuidados são desenvolvidos a partir do consenso e experiência de peritos com base em pesquisa específica (quando disponível). Em circunstâncias comuns refere-se ao facto de um determinado doente poder ter condições individuais que são condicionantes; na ausência de tais considerações, as ordens profissionais do pessoal médico ou de enfermagem esperará que os princípios e práticas geralmente aceites sejam executados. (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2011)

O rigor dos cuidados traduz-se por melhores resultados em saúde para indivíduos/famílias e grupos que constituem uma comunidade e sem este elemento não existe uma convergência necessária para a visibilidade e a eficácia dos cuidados de enfermagem.

## 2 - CONTRIBUTOS DO MODELO DE SISTEMAS DE BETTY NEUMAN PARA UMA INTERVENÇÃO NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

São os enfermeiros focados na população que prestam em grande medida cuidados de saúde com as pessoas idosas, devido ao seu perfil demográfico, estas vivem em grande parte em comunidades não institucionais.

O grupo populacional alvo do projeto de intervenção apresentava diminuição na autonomia física (escala de Katz) e na autonomia instrumental (escala de Lawton). O que prova um declínio das suas funções físicas associado ao processo natural de envelhecimento. Para os enfermeiros concentrados nesta população um dos objetivos é ajudar os idosos a maximizar o seu estado funcional e minimizar o declínio das suas funções. Para tal, como este trabalho pretende demonstrar passa por uma estratégia de promoção da saúde.

A pessoa vivencia o envelhecimento de várias formas: fisiológica, psicológica, sociológica e espiritual. A apreciação do estado de saúde das pessoas idosas coloca um desafio para os enfermeiros ao incluir as diferentes dimensões. Como STANHOPE e LANCASTER, (2011, p.704) referem que é importante olharmos para as dimensões da saúde em um todo. Se no idoso nos centramos nos domínios fisiológico, psicológico, sociológico e espiritual, verifica-se que estes podem encontrar-se em patamares diferentes. As autoras dão o exemplo: um individuo pode demonstrar um envelhecimento psicológico saudável através da adaptação e *coping* a uma doença fisiológica terminal ou a um compromisso funcional. O enfermeiro intervém apropriadamente em cada um dos domínios para ajudar a pessoa a envelhecer com sucesso.

É fundamental utilizar um instrumento de avaliação que retrate todos os domínios. Para esta apreciação foi utilizado um conjunto de dados recolhidos por instrumentos implementados na ECCI (ANEXO I): Aplicação do instrumento de avaliação integrada (biopsicossocial) (Bio: sexo, idade, queixas de saúde, IMC, cintura, queda, locomoção, autonomia física (escala de Katz), autonomia instrumental (escala de Lawton). Psico: queixas emocionais, estado cognitivo. Social: estado social, hábitos); Avaliação de enfermagem; Úlceras de pressão quando presente (15/15 dias); risco de úlcera de pressão (escala de Braden). A avaliação foi registada em suporte informático. O problema identificado foi o “risco de desenvolvimento de úlceras de pressão”

A natureza dos cuidados de enfermagem é explicada à luz do conhecimento evidenciado pela definição de conceitos que se relacionam entre si formando os modelos teóricos. Ou seja, o conhecimento dos conceitos metaparadigmáticos em enfermagem estrutura a intervenção, nomeadamente os conceitos de saúde e cuidados de enfermagem que no âmbito deste relatório se apresentam focalizados no modelo de sistemas de NEUMAN.

Segundo LUZ (2005) citando BASTOS (1998) os modelos teóricos de enfermagem revelam um esforço de teorização sobre a prática, construindo-se como um sistema de conceitos básicos, relacionados entre si por forma a explicar a interação enfermeiro e o indivíduo alvo de cuidados de saúde. Os modelos teóricos estão agrupados em paradigmas conforme os conceitos que lhes estão inerentes. São três os paradigmas: Categorização; integração; transformação.

No modelo de NEUMAN “Sendo a perspetiva sistémica integradora e em termos paradigmáticos transformadora, no sentido da perspetiva onde os fenómenos são únicos mas em interação constante com tudo o que os envolve” (SILVA, 2008). O mesmo autor aponta que o conceito de saúde encontra-se estreitamente relacionado com os outros elementos do modelo, sobretudo a ligação dinâmica do ser humano com as variáveis, com os fatores inter, intra e extra pessoais e com a capacidade de adaptação face aos agentes stressores. Onde também o conceito de cuidados de enfermagem de NEUMAN, Incorpora uma relação sistematizada, que distingue em termos dos cuidados de enfermagem os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária, cuja mobilização enquanto conhecimento científico, figura-se na transdisciplinaridade que ressalta nos cuidados de enfermagem a prestar ao ser humano

Assim SILVA, (2008) e citando LOPES, (1999), perante as dimensões do conceito de saúde de NEUMAN, “Que evidenciam um ponto fulcral que é a harmonia centrada no bem-estar que o ser humano preconiza e idealiza, conduz a uma concepção de cuidados de enfermagem, que de forma sistémica, integram estas dimensões como instrumentos essenciais para a construção da verdadeira essência do cuidado de enfermagem, perspetivando um paradigma de transformação” (LOPES, 1999).

Como referencial teórico do projeto de intervenção, o Modelo de Sistemas de NEUMAN orientou a sistematização dos cuidados. O modelo traz uma perspetiva da totalidade do cliente fazendo uma abordagem por sistemas dinâmica e aberta para cuidar, originalmente desenvolvida para fornecer um ponto de interesse unificador para a definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão do cliente em interação com o ambiente (FRESSE, 2004, p.337). NEUMAN engloba as variáveis:

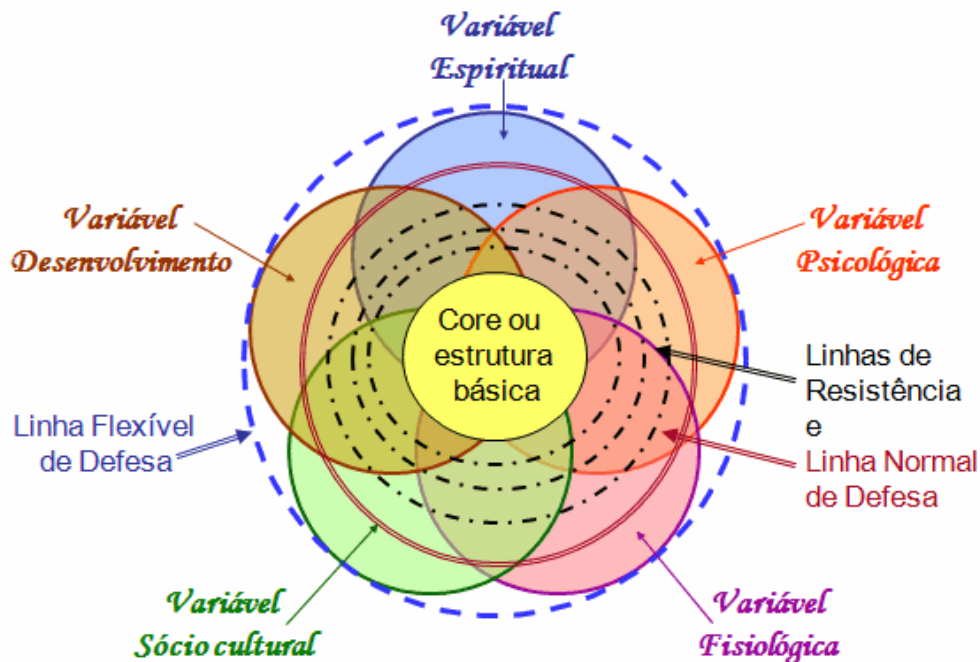
fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual que afetam o sistema do cliente como um todo cujo as partes estão em simultânea interação.

No modelo o sistema aberto é quando “ Os seus elementos trocam energia de informação dentro de uma complexa organização. O *stress* e a reação ao *stress* são componentes básicos de um sistema” (FREESE, 2004, p.338).

O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão traduz um fenómeno que atua como um stressore e que atinge a estrutura básica, ativando as linhas de defesa nos sistemas normais, flexível ou de resistência. Com base nesta afirmação importa explicar à luz da teoria o efeito desejável, ou seja, a prevenção de úlceras de pressão, através de um conjunto de conceitos que se interrelacionam e concebem um processo de ver a prática de enfermagem. Para compreender introduz-se conceitos de NEUMAN citados por FREESE, (2004, p. 337):

- ✓ **Estrutura básica** ou nuclear consiste em fatores básicos de sobrevivência comuns às espécies, tal como as características inatas ou genéticas.
- ✓ **Stressores** que são estímulos produtores de tensão que ocorrem dentro das fronteiras do sistema cliente. Podem ser: forças intrapessoais que ocorrem no individuo; forças interpessoais que ocorrem entre um ou mais indivíduos; forças extrapessoais que ocorrem fora do individuo
- ✓ **Linha normal de defesa** é o círculo sólido exterior do modelo. Representa um estado de estabilidade para o individuo ou sistema. É preservado ao longo do tempo e funciona como padrão para apreciar os desvios do habitual bem-estar do cliente. Inclui variáveis e comportamentos do sistema, tais como os padrões normais de *coping* do cliente, estilo de vida e estágio de desenvolvimento.
- ✓ **Linha flexível de defesa** representa o anel externo quebrado do modelo. É dinâmica e pode ser rapidamente alterada num curto espaço de tempo. É entendida como um barreira protetora para impedir que os stressores atravessem o normal estado de bem-estar conforme representado pela linha normal de defesa. A relação das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento) pode afetar o nível até ao qual os indivíduos são capazes de usar a sua linha flexível de defesa contra uma possível reação a um stressore.
- ✓ **Linhas de resistência** representam as séries de anéis quebrados que circundam a estrutura nuclear básica. Estes anéis representam os fatores de recurso que ajudam o cliente a lutar contra um stressore.

A figura que se segue representa esquematicamente a relação dos conceitos que dão forma à parte e ao todo, ajudando a compreender a interação entre eles.



(FONTE: JEREMIAS, C. R.; RODRIGUES, F. M.; 2010, p. 12-17, adaptado de NEUMAN 1982)

Figura 2 – Contributos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman

A teoria de NEUMAN evidencia a reação do sistema cliente aos stressores e os meios de adaptação e reorganização.” A entrada de forças estranhas no sistema é interpretada e decodificada ocorrendo uma mudança da situação inicial” (JEREMIAS, RODRIGUES, 2010).

Com base no modelo de sistemas de NEUMAN e com o objetivo de compreender o processo na prevenção de úlceras de pressão nas pessoas idosas em situação de dependência no domicílio, os pressupostos deste modelo fundamentam a construção conceptual da intervenção.

Assim, as pessoas idosas em situação de dependência estão sujeitas a fatores de *stress* que podem ser de natureza intrapessoal (como o grau de dependência), interpessoal (papel dos cuidadores informais) e extrapessoal (desigualdade no acesso a meios e materias na prevenção de úlceras de pressão). A linha normal de defesa exprime as habilidades de natureza fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual que são o impulsor para lidar com os agentes stressores refletindo aquilo que adquiriu ao longo do tempo (como exemplo a capacidade de adaptação à sua situação de saúde). É na linha flexível de defesa que a ação de enfermagem através da utilização de estratégias de promoção de saúde, pode potenciar o seu efeito, ao capacitar a população na prevenção de úlceras de pressão, impedindo que este problema transite de situação de risco a problema real. Que se acontecer, conduz à ativação das linhas de resistência,

levando a que, a natureza da intervenção deixe de ser apenas preventiva para ser também de tratamento e readaptação.

O papel do enfermeiro é auxiliar o sistema cliente a atingir e manter a estabilidade para o seu bem-estar, pois NEUMAN considera a “**Enfermagem** como uma profissão única na medida em que está relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress*” (FREESE, 2004, p.338).

O termo “**Bem-estar**” segundo TRAVIS (2004) citado por STANHOPE, LANCASTER, (2011, p.713) ajuda “A compreender a saúde como holística e não apenas como a ausência de doença. Inclui também as componentes físicas, emocional, mental e espiritual da pessoa”. Para NEUMAN “Bem-estar existe quando as partes do sistema interagem em harmonia” (FREESE, 2004, p.338).

No conceito metaparadigmático **Saúde**, NEUMAN “Considera o seu trabalho como um modelo de bem-estar (...). O bem-estar ou a estabilidade ótima indica que as necessidades do sistema total estão a ser satisfeitas. Um reduzido estado de bem-estar é o resultado da não satisfação das necessidades do sistema” (FREESE, 2004, p.340).

Com o envelhecimento, a população idosa modifica “O ritmo de vida e torna-se mais suscetível à doença, são os avanços nas medidas de prevenção e de bem-estar que retardam (...) o declínio funcional, aumentando os anos de vida de qualidade. Os enfermeiros podem fazer educação para a saúde (...) para indivíduos e grupos” (STANHOPE; LANCASTER 2011, p.714).

A afirmação anterior cimenta o projeto de intervenção no âmbito da prevenção de úlceras de pressão com o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde para melhorar a saúde do grupo populacional. Pois “Embora muitos idosos gozem de boa saúde, muitos têm situações crônicas e necessitam de apoio para maximizar as suas potencialidades” (STANHOPE; LANCASTER 2011, p.713).

São vários os fatores que potencializam o aparecimento de úlceras de pressão, enquanto Enf.<sup>a</sup> Esp.<sup>a</sup> em Enfermagem Comunitária o foco no projeto de intervenção assenta na prevenção, capacitação dos cuidadores informais, auxiliando na maximização do estado funcional do grupo.

Perante a natureza dos cuidados de enfermagem no projeto de intervenção, o conceito de “prevenção como intervenção” de NEUMAN retrata a ação. A autora refere-se ao termo intervenção proferindo que “São ações intencionais para ajudar o cliente a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema. Podem ocorrer antes ou depois das linhas protetoras de defesa e de resistência serem penetradas nas fases de reação e de reconstituição” (FREESE, 2004, p.339).

Segundo o mesmo modelo, as intervenções de enfermagem ocorrem em três níveis de prevenção:

- ✓ **Prevenção Primária** que é levada a cabo quando se suspeita ou se identifica um stressore. Ainda não ocorreu uma reação, mas o grau de risco é conhecido. Neste nível os cuidados vão no sentido de fortalecer a capacidade da pessoa em lidar com o stressore ou tentar fortalecer a linha flexível de defesa do sistema para diminuir a possibilidade de reação.
- ✓ **Prevenção Secundária** envolve intervenções ou tratamento que se inicia após a ocorrência de sintomas de *stress*. Os recursos internos e externos do cliente são usados no sentido da estabilização do sistema para fortalecer as linhas internas de resistência.
- ✓ **Prevenção Terciária** ocorre depois do tratamento ativo ou do estágio de prevenção secundário. Centra-se no reajustamento com vista à estabilidade ótima do sistema cliente. Tem como objetivo principal fortalecer a resistência aos stressores para ajudar a prevenir o aparecimento da reação ou a regressão.

Após a identificação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão na população alvo, a conceptualização alicerça a intervenção do projeto no nível da prevenção primária, na medida em que a ação foi no sentido de reduzir a possibilidade de contacto com o agente stressore e potenciar a linha flexível de defesa. A definição de prevenção primária publicada por STANHOPE e LANCASTER (2011, p.201), que se refere às intervenções nos três níveis de prevenção, também alicerça o projeto no nível de prevenção primária que “Não só promove a saúde mas também protege contra ameaças à saúde. Em primeiro lugar, impede que os problemas ocorram. Promove a resiliência e os fatores protetores ou reduz a suscetibilidade e a exposição a fatores de risco (...)” (OLSON, STROHSCHHEIN, LAUREL, 2011, p. 201).

O **ambiente**, tal como pessoa, são considerados como os fenómenos básicos do modelo de NEUMAN, que é definido pela autora como “Todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa. Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são importantes para o conceito de ambiente e são descritos como forças ambientais” (FREESE, 2004, p.340).

Tal como refere FREESE (2004, p.340), NEUMAN distingue três ambientes Interno, que é intrapessoal, com toda a interação contida no cliente; externo, que é interpessoal ou extrapessoal com todas as interações a ocorrerem fora do cliente; o criado, que é inconscientemente desenvolvido, é de natureza dinâmica e mobiliza as

variáveis do sistema para criar um efeito isolador que ajuda o cliente a lidar com a ameaça dos stressores ambientais mudando-se a si próprio ou a situação.

Numa perspetiva sistémica de interação dinâmica que ocorre no cliente o conceito sustenta o pressuposto de troca de energia entre este e o ambiente. É um conceito que alicerça o sentido de resposta do sistema cliente aos stressores e pode impulsionar na procura de um estado de bem-estar.

### **3 - A CAPACITAÇÃO COMO ESTRATÉGIA NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO COM PESSOAS IDOSAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA**

A autora do presente trabalho, enquanto cidadã e beneficiadora do sistema de saúde Português ambiciona cuidados de saúde em que possa ter um papel não apenas de recetora mas também participativo na tomada de decisão para poder fazer escolhas conscientes na resolução de questões relacionados com o seu bem-estar individual e comunitário. Com esta premissa o tema escolhido sem qualquer hesitação foi no âmbito da promoção da saúde.

As autoras PENDER, MURDAUGH, PARSONS (2002), citado em STANHOPE, LANCASTER (2011, p.339), diferenciam comportamentos de proteção e de promoção de saúde. “A proteção da saúde refere-se a comportamentos que diminuem a probabilidade de adoecer, enquanto a promoção de saúde refere-se a comportamentos que aumentam o bem-estar do individuo ou grupo”. Segundo as mesmas autoras, embora sejam conceitos complementares, a promoção de saúde é mais amplo e engloba tanto indivíduos como grupos.

Também LAFFREY (1990) citado na obra de STANHOPE, LANCASTER (2011, p.339), diferenciou os termos promoção de saúde, prevenção da doença e manutenção da saúde. “Promoção de saúde é um comportamento orientado para a aquisição de um nível elevado de saúde. A prevenção da doença é um comportamento orientado para a redução da ameaça de doença (...) e a manutenção da saúde é orientada no sentido de manter um determinado estado de saúde”. Prevenção também é considerada como a “Modificação do sistema (...) para reduzir a probabilidade da ocorrência de eventos adversos e voltar a um nível de risco aceitável; qualquer tomada de medidas para reduzir a frequência e gravidade do risco” (PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde, 2011).

Na 1ª Conferencia Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em OTTAWA (1986) a promoção da saúde é considerado um “Processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o individuo ou o grupo devem estar aptos a identificar e a realizar as suas aspirações.”

Posteriormente na 4ª Conferência Intencional sobre Promoção da Saúde, que decorreu em JACARTA (1997), foram definidas prioridades na Promoção da Saúde no século XXI, entre elas destaca-se:

- ✓ Aumentar a capacitação da comunidade e do indivíduo. Em que a promoção da saúde deve ser efetuada por e com e não sobre e para as pessoas, melhorando, por um lado, a capacidade de agir dos indivíduos e, por outro, a capacidade de grupos, organizações ou comunidades de influenciarem as determinantes de saúde.

Assim, a promoção de saúde pressupõem uma parceria, ou seja “Colaboração/aliança entre uma ou mais partes que perseguem uma série de metas para a promoção de saúde decididos conjuntamente. A criação de alianças envolve frequentemente a mediação entre os diversos parceiros na definição de objetivos e normas deontológicas fundamentais” (OE; 2011).

Poderá dizer-se que este conceito centra-se no indivíduo/grupo/comunidade e realça o seu papel de interveniente nos cuidados e no poder que exerce sobre o seu bem-estar. “Promoção da saúde é então perspetivada como um processo participativo, facilitador de adoção de estilos de vida saudáveis e do desenvolvimento das capacidades de agir com, e sobre o meio” (PEREIRA; FERNANDES; TAVARES; FERNANDES, 2011).

A clarificação do conceito promoção da saúde interessa para fundamentar os cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária, pois a finalidade da sua intervenção está claramente direcionada para a saúde da população e a promoção da saúde.

A promoção da saúde está implícita nas competências específicas do Enf.º Esp.<sup>a</sup> em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, pois um dos requisitos, entre outras áreas, é que o enfermeiro participe “ No desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e no exercício de cidadania” (DECRETO-LEI n.º 128/2011).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública refere-se ao conceito Capacitação/Empowerment mencionando que na promoção da saúde, a capacitação significa “Atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde através de mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competência pessoais (...) a fim de promover e proteger a sua saúde” (OE, 2011).

O mesmo documento aborda o empowerment para a saúde como “Um processo pelo qual as pessoas adquirem um maior controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde” (OE, 2011).

O conceito de empowerment visa substanciar a finalidade de capacitar os cuidadores informais na prevenção de úlceras de pressão no domicílio. Algumas das estratégias potenciadoras do empowerment são: parceria de cuidados, relação de ajuda, capacitação, promoção da adesão, *advocacy*, educação para a saúde (PEREIRA et. al., 2011).

A educação para saúde com os cuidadores informais foi uma das estratégias implementada no projeto de intervenção. A educação para a saúde inclui “Oportunidades de aprendizagem criadas conscientemente que supõe uma forma de comunicação concebida para melhorar a literacia em saúde, incluindo o melhor conhecimento da população em relação à saúde e ao desenvolvimento de habilidades pessoais que levam à saúde individual e da comunidade” (OE, 2011).

A importância da educação para a saúde nesta área também está demonstrada num estudo realizado por uma enfermeira no âmbito de Mestrado em Educação na área de Especialização em Educação para a Saúde, cujo título é “O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal.” Este estudo visa identificar as necessidades educativas do cuidador principal na prestação de cuidados informais à pessoa idosa dependente no domicílio e conhecer a opinião do cuidador principal acerca do apoio prestado pela equipa de enfermagem na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente. Das principais conclusões destaca-se:

Os cuidadores referiram construir diariamente o seu processo formativo para cuidar, desenvolvendo capacidades pessoais através da experiência quotidiana, nomeadamente: a construção dum suporte social de apoio formal e/ou informal, a construção de um meio físico seguro para prestar cuidados, o conhecimento acumulado/perícia adquirida, o desenvolvimento da capacidade pessoal física e da capacidade pessoal emocional. Para além disso, os cuidadores aprendem por educação informal (com os vizinhos e familiares) e educação formal (através dos profissionais de saúde e/ou sociais), não sendo alvo dum processo de educação formalizado. Contudo, possuem um sentimento generalizado de que aprendem sozinhos. Os cuidadores deixam antever várias dificuldades/necessidades: dificuldades na prestação de cuidados, dificuldades emocionais, necessidades de informação/formação, necessidades pessoais e necessidades ao nível das condições habitacionais. Relativamente ao contributo dos enfermeiros na sua preparação para cuidar da pessoa idosa dependente, os cuidadores enaltecem os domínios técnico e relacional do cuidado prestado, deixando transparecer que não existe uma relação pedagógica. (ANDRADE, 2009)

A abordagem pelo *empowerment* não significa apenas a transmissão de poder para o cliente, mas sobretudo, foi numa perspectiva de fortalecer e potencializar o sistema cliente, nomeadamente a sua linha flexível de defesa e consecutivamente minimizar o efeito dos agentes stressores.

## PARTE II – ESTRUTURA METODOLOGICA

### 1 - PROCEDIMENTO METODOLOGICO

Cada vez mais a metodologia pela Revisão Sistemática da Literatura está enquadrada na profissão de enfermagem, exemplo deste facto estão as orientações por parte da Ordem dos Enfermeiros no uso desta metodologia na elaboração de protocolos e de *guidelines*. O que vai de encontro ao referido em um dos artigos proveniente do RSL.

Durante os cuidados, os enfermeiros precisam tomar muitas decisões diferentes. Estas decisões devem basear-se na integração de diversas fontes de conhecimento: investigação, preferências do paciente e experiência clínica. Estas fontes de conhecimento são influenciadas pela pesquisa, prática, educação e circunstâncias ambientais internas e externas. (LIDICE, CHAVES, MIEKE, GRYPDONCK, DEFLOOR, 2009, URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b176c880-6c06-4b0a-af42-11e7a63c7dbb%40sessionmgr15&vid=8&hid=9>)

Um ponto transversal no desenvolvimento do presente trabalho sustem-se no desenvolvimento de competências para a RSL como suporte à prática baseada na evidência tendo em conta um contexto de cuidados específico, recorrendo a uma metodologia científica, em que a intervenção é suportada no conhecimento mais atualizado.

Tal como na investigação, o processo baseado na evidência decorre da questão colocada. Na investigação, o desenho do estudo e os métodos são determinados pelo que o investigador quer saber. É pela clarificação contínua da questão que o investigador decide sobre o desenho do estudo, os métodos de investigação, a amostra da população, a intervenção (se a houver) e os resultados de interesse. De igual modo, numa abordagem que visa incorporar a melhor evidência na tomada de decisão, é a questão clínica que orienta cada um dos passos subsequentes. Há três razões chave para precisar as questões: facilita a pesquisa da evidência relevante; possibilita a triagem da melhor evidência da que é mais fraca; ajuda a decidir se a evidência é aplicável (...) (CRAIG; SMYTH, 2004).

Partindo dos anteriores pressupostos foi definida a questão em formato P[IC]O (População, Intervenção, Comparação, *Outcome*):

**De que modo a intervenção do enfermeiro na visita domiciliária [I] contribui para a prevenção de úlceras de pressão [O] nas pessoas idosas em situação de dependência [P]?**

Para a RSL, o objetivo foi:

- Analisar de que modo a intervenção do enfermeiro na visita domiciliária contribui para a prevenção de úlceras de pressão nas pessoas idosas em situação de dependência.

QUADRO 1 - Representativo da formulação da pergunta PI[C]O

			<b>Conceitos</b>	<b>Palavras-chave</b>
<b>P</b>	Participantes	O que foi estudado?	- Pessoas idosas em situação de dependência.	<i>Elderly</i>
<b>I</b>	Intervenção	O que foi feito?	- Intervenção do enfermeiro na visita domiciliária	<i>Nurs*</i> <i>Home care</i>
<b>C</b>	Comparações	Podem existir ou não?		
<b>O</b>	<i>Outcome</i>	Respostas/efeitos/Consequências	- Prevenção de úlceras de pressão.	<i>Pressure ulcers</i>

Com a contextualização dos conceitos procedeu-se à sua inclusão relativamente aos participantes, à intervenção e ao resultado pretendido, seguido das palavras-chave: **Enfermeiro, cuidados domiciliários, pessoa idosa, úlceras de pressão**. Após a tradução para a língua inglesa seguiu-se a verificação de existência e validação das mesmas na base internacional de descritores *Meshbrowser* para que os termos identificados tenham o mesmo sentido que o dos autores dos artigos científicos, permitindo a confirmação que ambos estão a considerar o mesmo conceito. Apura-se assim, as palavras-chave hierarquizadas: ***Nurs\**, *Home care*, *Elderly*, *Pressure ulcers***.

QUADRO 2 - Verificação de existência (*Meshbrowser*)

<b>Palavras-chave</b>	<b>MESHBROWSER</b>
• <b><i>Nurs*</i></b>	✓ Descritor
• <b><i>Home care</i></b>	✓ Descritor
• <b><i>Elderly</i></b>	✓ Descritor
• <b><i>Pressure ulcers</i></b>	✓ Descritor

Foi elaborado um protocolo de pesquisa (ANEXO II) com o conjunto das palavras-chave, que foi repetido em quatro bases de dados, para o período estabelecido de 5 anos (janeiro de 2007 a janeiro de 2012).

A pesquisa de artigos científicos foi na plataforma eletrônica EBSCO nas bases de dados: **CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; MedicLatina**, através do acesso da base de dados da OE. Para artigos científicos publicados em texto integral a partir de 2007, tendo em conta as palavras – chave: **Nurs\*, Home Care, Elderly, Pressure Ulcers**. Esta pesquisa foi efetuada na segunda-feira, 18 de junho, 2012.

A procura de artigos iniciou-se pela pesquisa hierarquizada individual e com a conjugação das palavras-chave nas quatro bases de dados definidas, com os limitadores e as condições de pesquisa. Ocorreu também a definição de critérios de inclusão e exclusão de forma a obter artigos apropriados à questão efetuada e ao objetivo do estudo. Continuamente ao percurso da pesquisa foram encontrados 5 artigos, procedendo-se à leitura dos títulos e resumos. De acordo com a evidência demonstrada e após terem sido submetidos aos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 3 artigos, sendo feita a leitura integral e análise. Os dois que foram excluídos abordavam temas como “Gestão de úlceras de pressão e prioridades de pesquisa para pacientes com lesão medular: opinião de consenso” e “Incidência, correlatos, e intervenções utilizadas para úlceras de pressão da orelha”. Numa data posterior, e de modo a uma verificação de resultados foi repetido todo o processo no dia 01 de março, 2013, para o período de janeiro de 2008 a janeiro de 2013. Os resultados de pesquisa foram idênticos aos anteriores.

Os artigos elegidos foram submetidos a uma classificação por 7 níveis de evidência<sup>1</sup> de forma a ser mais compreensível a metodologia empregue nos estudos.

---

<sup>1</sup> Level I: Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews); Level II: Single experimental study (RCTs); Level III: Quasi-experimental studies; Level IV: Non-experimental studies; Level V: Care report/program evaluation/narrative literature reviews; Level VI: Single descriptive or qualitative study; VII: Opinions of respected authorities/Consensus panels

## 1.2 - IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

QUADRO 3 – Análise do estudo n.º 1

ESTUDO n.º 1	
<b>TÍTULO</b>	<p><i>“Implementation of a guideline for pressure ulcer prevention in home care: pretest–post-test study”</i></p> <p><u>Tradução:</u> Implementação de uma diretriz para prevenção de úlceras de pressão em cuidados domiciliários: estudo pré e pós-teste.</p> <p>- Aceito para publicação a 08 de setembro de 2009.</p>
<b>AUTORES</b>	Louis Paquay, Sabine Verstraete, Renild Wouters, Frank Buntinx, Katrien Vanderwee, Tom Defloor and Hendrik Van Gansbeke
<b>MÉTODO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudo qualitativo situado no nível IV de evidência, segundo Sistema de classificação para a Hierarquia de Provas (<i>De Melnyk e Fineout-Overholt, 2005</i>)</li> <li>- Estudo de implementação usando um desenho pré-teste e pós-teste. Os dados foram colhidos em três amostras probabilísticas. No primeiro pós-teste a colheita de dados foi realizada após seis meses, o segundo após 18 meses.</li> <li>- Foi utilizada a análise estatística, comparando o pré-teste da amostra e a amostra pós-teste.</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigar o efeito da implementação de um programa de educação, para a prevenção de úlceras de pressão em uma organização, na adesão a uma diretriz por enfermeiros e pacientes e sobre a prevalência e gravidade das úlceras de pressão.</li> <li>- Analisar as características do paciente que foram fatores determinantes para a aplicação de medidas na prevenção de úlcera de pressão.</li> </ul>
<b>PALAVRAS-CHAVE</b>	- Cuidador; adesão à diretriz; cuidados domiciliários; educação do paciente; úlcera de pressão; avaliação do programa
<b>PARTICIPANTES</b>	- Pacientes com risco elevado em desenvolver úlceras de pressão em cinco agências de prestação de cuidados de enfermagem (três amostras probabilísticas)
<b>INTERVENÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os elementos-chave da intervenção destinou-se a informar e motivar todos os envolvidos no cuidado com pessoas com risco de desenvolver úlceras de pressão, para a utilização de BGPDU (<i>Belgian guidelines for prevention of decubitus ulcers - Defloor et al. 2002, 2004</i>): sensibilização e formação de enfermeiros, com documentação disponível para enfermeiros; apoio por enfermeiros de referência em cada unidade, fazendo uso de um folheto em casa do paciente. As cinco agências de atendimento do lar de idosos receberam treino na adoção de medidas na prevenção de úlceras de pressão e foram organizadas sessões de treino sobre o BGPDU para todos os enfermeiros. Foi elaborado um folheto para informar os pacientes e cuidador informal por um grupo de trabalho interdisciplinar de especialistas em cuidados de feridas e especialistas em ensino ao paciente. O folheto foi baseado na BGPDU. A sua utilização foi testada em cinco pacientes em cada uma das agências de cuidados domiciliários.</li> <li>- Os elementos-chave foram implementados através da formação e educação em dois níveis. Em <u>primeiro lugar</u>, antes do início da intervenção, pelo menos, uma enfermeira (viabilidade da amostra) a partir de cada um de 107 departamentos regionais participaram numa conferência sobre BGPDU (22 de Março de 2005). Em <u>segundo lugar</u>, ao nível dos cinco organismos e departamentos regionais, de maio a outubro de 2005, foram organizadas sessões de formação para todos enfermeiros.</li> <li>- Os enfermeiros foram instruídos a usar o folheto para informar e motivar os pacientes e cuidadores informais sobre medidas eficazes na prevenção de úlceras de pressão.</li> <li>- Após o primeiro pós-teste de <i>feedback</i> nos pacientes em risco, a presença de úlceras de pressão e a aderência à orientação foi determinada por meio de um sistema automatizado com relatório de informação sobre o nível de ambos, nas</li> </ul>

<b>APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS</b>	<p>cinco organizações em cada um dos 107 departamentos regionais.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Para cada paciente incluído no estudo, a enfermeira fez uma visita para a colheita de dados, preenchendo um formulário de relato de caso. O formulário foi obtido a partir do <i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i> (EPUAP).</li><li>- Foram utilizados formulários de registo provenientes de um anterior estudo (Clark et al. 2002, Paquay et al. 2008). Este autor incluiu questões padronizadas sobre dados demográficos (sexo e idade), fatores de risco (dependência, capacidade de locomoção, e características da úlcera de pressão), úlceras de pressão e medidas preventivas.</li><li>- O nível de dependência foi avaliado através do Índice de Katz em seis domínios (tomar banho, vestir, transferência, continência, <i>toileting</i>, e comer)</li><li>- Uma questão abordada foi a capacidade do sujeito na locomoção em quatro níveis (nenhuma dificuldade, com dispositivo de apoio, com ajuda, acamado).</li><li>- Um item questionado foi o julgamento clínico do enfermeiro sobre o <i>status</i> do sujeito em risco em duas categorias: em risco ou nenhum risco, utilizando a escala de Braden.</li><li>- As características das úlceras de pressão foram avaliadas usando o sistema de classificação EPUAP.</li><li>- Para cada objeto de estudo, uma lista de verificação da aplicação de medidas preventivas foi concluída, incluindo os materiais utilizados e intervenções dos enfermeiros de cuidados domiciliários e cuidadores informais.</li><li>- O BGPDU foi utilizado como padrão de referência para avaliar a adesão à orientação das medidas preventivas aplicadas.</li><li>- Os dados em papel de registo foram transferidos para <i>software TELEform 7,0</i> (Cardiff Software, 2000).</li></ul> <p><b>Análise estatística</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- A análise principal foi baseada numa comparação entre os dados do pós-teste (após 18 meses) e os dados da linha de base. O teste do qui-quadrado e o teste de <i>Wilcoxon</i> foram utilizados para testar as diferenças entre as medidas iniciais e as segundas do pós-teste após 18 meses.</li></ul>
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- A adesão à diretriz em estudo, de prevenção de úlceras de pressão em cinco lares de idosos mudou significativamente após implementação de um programa de educação do paciente e da família.</li><li>- A aplicação das medidas de prevenção de úlcera de pressão e a evolução na aderência à diretriz foram diferentes de acordo com o julgamento clínico dos enfermeiros do estado de risco do paciente.</li><li>- O julgamento clínico das enfermeiras sobre o risco de um paciente tinha mudado no final do estudo.</li><li>- Na categoria das medidas preventivas recomendada, o reposicionamento na cama e na poltrona diminuiu significativamente, enquanto quase todas as outras medidas preconizadas foram aplicadas significativamente com mais frequência.</li><li>- A aplicação da diretriz resultou em menos medidas preventivas não recomendadas.</li></ul>
<b>DISCUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Uma mudança para um uso mais frequente de medidas recomendadas foi observada: de 10,4% de todos indivíduos com pré-teste para 13,9% de todos os indivíduos, após 18 meses, enquanto o número médio de ações recomendadas por sujeito manteve-se constante.</li><li>- Foi observado uma menor utilização de medidas não recomendadas no pós-teste em conjunto com a presença menos frequente de medidas preventivas.</li><li>- Em pessoas <b>com risco</b>, as medidas de prevenção de úlcera de pressão estavam presentes em cerca de 90% das (categorias) e a adesão à diretriz passou de 12,5% no pré-teste para 21% em ambas as amostras pós-teste.</li><li>- Em pessoas <b>sem risco</b>, aproximadamente 70% não receberam medidas de prevenção nas três amostras subsequentes e a aderência à diretriz estava presente em 8,7-10,8% das pessoas que não correm risco.</li><li>- Não havia diferenças significativas entre o segundo pós-teste e o pré-teste por sexo, faixa etária, a ADL dependência e locomoção, a proporção de pacientes em risco foi significativamente menor após os 18 meses da aplicação das orientações. Na medida que a avaliação de risco dependia unicamente do</li></ul>

	<p>juízo clínico das enfermeiras estes resultados podem revelar a necessidade de uma avaliação formal do risco de úlcera de pressão utilizando um instrumento de avaliação padrão, (tais como a Escala de Braden ou o método do disco transparente (Vanderwee et al. 2006).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O facto de o reposicionamento na cama e na poltrona ter diminuído significativamente, provavelmente, os enfermeiros e cuidadores informais terão julgado que a disponibilidade de melhores materiais de prevenção foi suficiente para substituir o reposicionamento regular na cama e na poltrona.</li> <li>- Houve um melhor desempenho no que se refere ao resultado da prevenção de úlceras de pressão nas amostras pós-teste, menos pessoas tinham úlceras de pressão, havia menos úlceras de pressão por pessoa, e a gravidade das úlceras de pressão é menor.</li> </ul>
<b>CONCLUSÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A implementação do BGPDU (Belgian guidelines for Prevention of decubitus ulcers – Defloor et al. 2002, 2004) teve efeito positivo a curto e médio prazo sobre a adesão e orientação de enfermeiros e pacientes.</li> <li>- Estes achados suportam a conclusão de que o efeito da aplicação da diretriz observou-se, principalmente, em pessoas que foram consideradas em risco de desenvolver úlceras de pressão.</li> <li>- O julgamento das enfermeiras sobre o estado de risco do paciente foi o fator mais importante para a aplicação de medidas preventivas. O estudo também sugere que pode ter havido inconsistências no julgamento das enfermeiras sobre o risco dos pacientes em desenvolverem úlceras de pressão.</li> <li>- Melhor processo de cuidados com indicadores que foram associados pela menor prevalência de úlceras de pressão e lesões da pele menos graves.</li> </ul>
<b>IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA</b>	<p>O presente estudo demonstrou que não havia possibilidades para melhorar a qualidade na prevenção de úlceras de pressão. No entanto, os efeitos do programa de educação foram itens limitados e vários itens de melhoria permanecem. A adaptação dos procedimentos de avaliação de risco parece exigir alta prioridade.</p>

#### QUADRO 4 – Análise do estudo n.º 2

<b>ESTUDO n.º 2</b>	
<b>TÍTULO</b>	<p><i>Protocols for pressure ulcer prevention: are they evidence-based?</i> <u>Tradução:</u> Protocolo para a prevenção de úlceras de pressão: são baseadas em evidências? - Aceito para publicação a 09 de novembro de 2009</p>
<b>AUTORES</b>	<i>Lidice M. Chaves, Mieke H.F. Grypdonck &amp; Tom Defloor</i>
<b>MÉTODO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudo qualitativo situado no nível V de evidência, segundo Sistema de classificação para a Hierarquia de Provas (<i>De Melnyk e Fineout-Overholt, 2005</i>)</li> <li>- Foram avaliados 24 protocolos de prevenção de cuidados no domicílio de agências que prestam cuidados no domicílio na Holanda.</li> </ul>
<b>OBJETIVO</b>	- Determinar a qualidade dos protocolos sobre a prevenção de úlcera de pressão em agências “home care” na Holanda, ou seja, para avaliar até que ponto eles estavam de acordo com as orientações holandesa baseadas em evidências (CBO 2002) e na mais recente pesquisa (Defloor et al. 2004).
<b>PALAVRAS CHAVE</b>	Base de evidências; <i>home-care</i> ; Países Baixos; enfermagem; úlcera de pressão; prevenção; protocolos; qualidade de atendimento.
<b>PARTICIPANTES</b>	Agências de assistência domiciliária de prestação de cuidados de enfermagem na Holanda com protocolo para a prevenção de úlceras de pressão. (N= 24)
<b>INTERVENÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- As equipas de enfermagem das agências de cuidados no domicílio foram contactadas em 2008 por <i>e-mail</i> e telefone, repetidamente, se necessário. Das 41 agências contactadas, 6 não responderam. Seis disseram que não tinham o seu protocolo atualizado e não o enviaram, e 4 não têm um protocolo próprio. Receberam 24 protocolos de 24 agências “home care”.</li> <li>- Utilização de uma lista de verificação estruturada, com base nas Orientações</li> </ul>

	<p>Holandesas baseadas em evidências (CBO 2002) e desenvolvida pelo primeiro autor, em conformidade com a evidência mais recente (Defloor et al. 2004, Wilborn et al. 2006, Torra i Bou et al. 2007).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Esta lista foi usada para avaliar a parte do protocolo que aborda a prevenção de úlceras de pressão. Num anterior estudo, a utilização da lista de controlo de nove investigadores em trios alternando mostrou concordância em 89,4%.</li><li>- A lista teve três partes principais: <u>integralidade</u> (se foram ou não abordados aspetos relevantes), <u>qualidade do conteúdo</u> (se as recomendações foram, de acordo com a mais recente evidência) e <u>qualidade do documento</u> (se o protocolo estava de acordo com as regras gerais de qualidade para tais documentos).</li><li>- A lista de verificação continha perguntas com <u>respostas dicotómicas</u> (não presente / presente ou correto / incorreto). "Presente" foi usado para itens necessários nos protocolos. "Correta" foi utilizado quando as recomendações no protocolo estavam de acordo com a Orientação CBO 2002 (CBO 2002) ou evidência mais recente (Defloor et al. 2004).</li><li>- Cada item foi dado um peso (1-10) com base na sua importância na prevenção de úlceras de pressão. Os pesos foram atribuídos por dois pesquisadores, que discutiram qualquer discordância até consenso. Tanto os scores ponderado e não ponderado podem ser calculados. <u>Integralidade</u> continha 11 itens e teve uma pontuação máxima ponderada de 30. A <u>qualidade do conteúdo</u> continha 10 itens e teve uma pontuação máxima ponderada de 40 e a <u>qualidade do documento</u> continham 11 itens e tinha um placar máximo de 30. A pontuação máxima ponderada para um protocolo de prevenção foi portanto 100.</li></ul> <p><b>A análise dos dados</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- O primeiro autor reviu todos os 24 protocolos utilizando a lista de verificação desenvolvida. As respostas das <i>checklists</i> foram colocados em um arquivo de computador para a pontuação e análise. Quando um item não foi completo o componente foi classificado como 'não está presente' ou 'não correto'. Todos os protocolos foram marcados por um segundo revisor e as inconsistências foram discutidas até o acordo ser atingido. Foi utilizado a estatística descritiva (média, e padrão desvio) para analisar os dados (SPSS 12.0; SPSS Inc, Chicago, IL, EUA).</li></ul>
<b>RESULTADOS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Os 24 protocolos de prevenção de úlceras de pressão tiveram uma qualidade média ponderada com uma pontuação de 63.38 pontos de um máximo de 100.</li><li>- A importância de se observar a pele em pontos de risco de pressão, pelo menos, uma vez por dia foi enfatizada em 75% dos protocolos. Apenas 42% advertiu corretamente contra o uso de materiais que eram "menos eficazes ou que poderiam causar danos".</li><li>- Advertências contra o uso de materiais menos eficazes ou que poderiam causar danos não eram sempre incluídos ou nem sempre corretas.</li><li>- Apesar de novas evidências estarem disponíveis numa diretriz, uma em cada seis agências não atualizaram o seu protocolo num período de 6 anos.</li><li>- Verificou-se que os protocolos não asseguram que a prática está de acordo com o conhecimento científico atual.</li></ul>
<b>DISCUSÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Uma clara distinção entre zonas de pressão e outras condições que podem causar lesões na pele (tais como incontinência e queimaduras) o que exigiria medidas diferentes foi feita em 25% dos protocolos. 75% enfatizou a importância de se observar a pele nos pontos de pressão, pelo menos, uma vez por dia.</li><li>- Apenas 42% incluíram corretamente a advertência contra o uso de materiais que eram menos eficazes ou que poderiam causar danos. Em mais de um terço (38%) dos protocolos, a ineficácia de medidas como (tratamento com gelo; massagem; pele de carneiro ou calor local) não foi abordada.</li><li>- Apenas 48% dos protocolos estavam de acordo com o conhecimento científico atual.</li><li>- Os resultados na verificação se os protocolos asseguram que a prática está de acordo com o conhecimento científico atual, as pontuações identificadas mostram que os resultados em 2008 são melhor do que os de um estudo</li></ul>

	<p>semelhante em 2004, mas sugerem que é necessário uma melhoria nos conteúdos com base em evidências.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- As medidas preventivas para reduzir a quantidade e / ou duração de pressão e de fricção, de acordo com as orientações Holandesas (CBO) fazem parte em apenas 70% dos protocolos.</li></ul>
<b>CONCLUSÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- A prevenção de úlceras de pressão comanda uma quantidade razoável de atenção nos cuidados em casa, mas a incidência de úlceras de pressão e a falta de um consistente documento padronizado para o uso na prática, indica a necessidade de implementação sistemática de padrões nacionais na prevenção de úlceras de pressão na Holanda para garantir uma adesão aos protocolos estabelecidos.</li><li>- Mesmo em 2008 e apesar de uma diretriz nacional emitida em 2002, os protocolos em uso em agências “<i>home care</i>” na Holanda não estão em total conformidade com essa diretriz, nem com a evidência mais recente.</li><li>- Os protocolos sobre prevenção de úlceras de pressão em agências “<i>home care</i>” na Holanda podem ser melhorados. Tanto na disponibilidade, como para o conteúdo baseada em evidências. As orientações holandesas para a prevenção de úlcera de pressão têm levado a uma melhoria nos cuidados.</li><li>- Os itens que estão mais de acordo com as evidências são aqueles que lidam com a diferenciação na avaliação do risco entre úlceras de pressão e outras lesões e a inclusão de medidas ineficazes ou prejudiciais.</li></ul>
<b>REPRESENTATIVIDADE</b>	<p>Os autores não podem afirmar que os dados possam ser representativos, pois as agências não foram escolhidas ao acaso. A amostra foi derivada a partir de organismos que participaram num estudo anterior.</p>
<b>IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA</b>	<p>Tanto a disponibilidade e qualidade baseada em evidências nos conteúdos dos protocolos de prevenção de úlceras de pressão em agências de “<i>home-care</i>” podem ser melhoradas.</p>

QUADRO 5 – Análise do estudo n.º 3

ESTUDO n.º3	
<b>TÍTULO</b>	<p>“Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice.”</p> <p>Tradução: “Adesão às diretrizes na prevenção de úlceras de pressão em assistência domiciliária: um levantamento das práticas atuais”.</p> <p>- Enviado para publicação a 22 de junho de 2006 Aceito para publicação a 16 de maio de 2008.</p>
<b>AUTORES</b>	Louis Paquay, Renild Wouters, Tom Defloor, Frank Buntinx, Roseline Debaille, Ludo Geys
<b>MÉTODO</b>	<p>- Qualitativo situado no nível IV de evidência, segundo Sistema de classificação para a Hierarquia de Provas (<i>De Melnyk e Fineout-Overholt, 2005</i>)</p> <p>- O presente estudo foi concebido como um estudo transversal da prevalência e adesão às orientações na prevenção de úlceras de pressão. Foi realizada em uma amostra aleatória de 2779 clientes de nove departamentos regionais de enfermagem em Flandres, Bélgica. As orientações para a prevenção de úlceras de pressão Belgas foi o padrão de referência para a avaliação da adesão às diretrizes.</p>
<b>OBJETIVO</b>	<p>- Investigar três aspectos dos cuidados na prevenção de úlcera de pressão em pacientes com cuidados domiciliários:</p> <p>1 Qual a prevalência e quantos pacientes estão em risco de desenvolverem úlceras de pressão em uma população de pacientes num lar de idosos?</p> <p>2 Até que ponto são as medidas e materiais, aplicados na prevenção de úlceras de pressão, de acordo com o BGPPU?</p> <p>3 Qual é o papel dos cuidadores informais na prevenção de úlceras de pressão?</p>
<b>PALAVRAS CHAVE</b>	Diretrizes; enfermeiro; enfermagem; úlcera de pressão; atenção primária; qualidade no atendimento.
<b>PARTICIPANTES</b>	- Pessoas idosas de nove departamentos regionais de enfermagem que beneficiavam de cuidados domiciliários na prevenção de úlceras de pressão (N=2779)
<b>INTERVENÇÃO</b>	<p>- Uma avaliação formal das <u>atividades de vida diária (AVD)</u> foi realizada, utilizando o Índice belga da ADL (BIA) (Arnaert &amp; Delesie 1999), que é uma adaptação do índice de ADL (Katz et al. 1963).</p> <p>A ferramenta de avaliação adaptada avalia seis domínios originais do <u>Índice da ADL</u>: <u>banho (pessoal higiene)</u>, <u>de vestir</u>, <u>de transferência</u>, <u>toileting</u>, <u>continência</u>, <u>e comer (alimentação)</u>.</p> <p>- Um item questionado o <u>status orientação</u> do sujeito em três categorias: "não há problema com a orientação", "às vezes um problema", "sempre desorientado". Para a análise do item de orientação, "às vezes um problema" e as categorias "sempre desorientado" foram fundidos, o que resultou numa pontuação dicotômica <u>'nenhum problema'</u> e <u>'tendo problemas com orientação'</u>.</p> <p>- No presente estudo, foram utilizados <u>dois critérios para a identificação de pessoas com risco de desenvolver úlceras de pressão</u>.</p> <p>1- Primeiro, uma tradução holandesa por Defloor et al. (2002) da <u>escala de Braden</u> (Bergstrom et al. 1987) foi usado para estimar o <u>status</u> risco do sujeito. A escala de Braden é composta de seis subclasses: <u>percepção sensorial</u>, <u>atividade</u>, <u>mobilidade</u>, <u>humidade</u>, <u>fricção / cisalhamento</u> e <u>nutrição</u>. Cada subclasse é pontuada de 1-4, com a exceção de fricção / cisalhamento, que é marcado 1-3. As contagens somadas podem variar de 6-23. As pontuações mais baixas indicam um risco crescente de desenvolver úlceras de pressão. A pontuação total ≤18 foi usada como ponto de corte para classificar temas como "de risco" (Ferrell et al. 2000, Bergquist &amp; Frantz 2001, Bergquist 2005).</p> <p>2- Em seguida, um item adicionalmente questionado foi o <u>julgamento clínico da enfermeira sobre o risco</u> em duas categorias: <u>"em risco"</u> ou <u>"nenhum risco"</u>. Segundo Goodridge et al. (1998), a utilização de uma escala de avaliação de risco não foi suficiente para determinar o risco</p>

de úlcera de pressão com precisão. O julgamento clínico e experiência dos enfermeiros foi exigido na prestação de informações complementares aos instrumentos padrão de medição. Para a análise do presente estudo, foi considerado como "em risco" de acordo com pelo menos um dos dois critérios: a avaliação usando a escala de Braden e / ou julgamento clínico das enfermeiras.

- As características das úlceras de pressão foram avaliadas usando os critérios EPUAP de classificação de úlceras de pressão: grau 1, eritema não branqueável da pele e intacta; grau 2, flictena, parcial perda de espessura da pele envolvendo a epiderme, derme ou ambas; grau 3, úlcera superficial, perda da espessura total da pele envolvendo necrose e danos do tecido subcutâneo; grau 4, úlcera profunda com extensa destruição, necrose dos tecidos, ou danos do músculo, osso ou estruturas de apoio, com ou sem perda total da espessura da pele.

- Foi elaborada uma lista de verificação das medidas preventivas aplicadas, incluindo os materiais utilizados e as intervenções dos enfermeiros de cuidados domiciliários e cuidadores informais. O BGPPU foi utilizado como padrão de referência para avaliar a eficácia das medidas preventivas aplicadas. A lista incluiu perguntas sobre a participação dos cuidadores informais na prevenção de úlceras de pressão. Todos os enfermeiros participantes foram treinados pelos investigadores ou enfermeira responsável do departamento, sobre o diagnóstico de úlceras de pressão e da pontuação da escala de Braden. Todos receberam uma cópia das instruções para fazer a avaliação segundo a escala de Braden.

- Com base na combinação de um conjunto de materiais e medidas na prevenção, um algoritmo SAS (Tabela 2) foi desenvolvido pelos autores, foi utilizado para gerar um resumo da contagem de avaliação em uma das três categorias sobre a adesão à diretriz da prevenção de úlcera de pressão para os itens:

1 **Aderência**: Todas as medidas e os materiais presentes na situação específica do paciente para a prevenção de úlceras de pressão estavam de acordo com o BGPPU.

2 **Não adesão**: Algumas ou todas as medidas e materiais presentes na situação específica do paciente para a prevenção de pressão de úlceras, não eram de acordo ou não recomendadas conforme o BGPPU.

3 **Não prevenção**: Não houve medidas ou materiais na prevenção de úlceras de pressão da situação específica do paciente.

## RESULTADOS

- Havia 744 pessoas com risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão.  
- A prevalência de úlceras de pressão para a população total da amostra foi 6.8%.

- Dos 744 indivíduos em risco, 33 (4.4%) receberam medidas preventivas, que estavam de acordo com as orientações belgas na prevenção de úlceras de pressão, 482 pessoas (64.8%) foram administrados medidas que não se incluíam nas orientações belgas na prevenção de úlceras de pressão e em 229 indivíduos (30.8%) em risco de desenvolver úlceras de pressão, a prevenção faltava.

- A proporção de 22.2% dos pacientes em risco e seus cuidadores informais foram informados e motivados pela enfermeira para participar na prevenção de úlceras de pressão. Sendo a participação efetiva dos cuidadores informais de 21.4% na prevenção em tendo em consideração todos os casos de risco.

## DISCUSSÃO

- A baixa prevalência de úlcera de pressão pode ter sido devido à subnotificação. Pode ter havido quatro causas para a subnotificação:

1. Problema potencial na sua definição no domicílio, porque os enfermeiros não podem executar a avaliação da pele sobre todas as proeminências ósseas em cada visita domiciliária e os pacientes podem esquecer de relatar uma lesão suspeita durante a visita domiciliária (Bergquist & Frantz, 2001).

2. Os dados não foram colhidos por assistentes neutros à pesquisa, mas pelas enfermeiras que estavam a executar os cuidados de enfermagem

	<p>diariamente. A baixa prevalência de úlceras de pressão pode também resultar de respostas socialmente desejáveis dadas pelos enfermeiros.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3. A avaliação imprecisa do risco de úlceras de pressão pode ter sido uma terceira fonte de subnotificação. BENBOW (2004) relatou este fenômeno, afirmando que 57% dos pacientes com úlceras de pressão não foram identificados como estando em risco.</li><li>4. Poder ter sido difícil para os enfermeiros distinguir úlcera de grau 1 (eritema não branqueável) de eritema branqueável (ALLCOCK et al. 1994).</li></ol> <ul style="list-style-type: none"><li>- Apenas uma muito pequena proporção de pacientes em situação de risco foram administradas medidas preventivas conforme o BGPPU. Na maior parte dos casos em situação de risco, na prevenção de úlceras de pressão foram utilizadas medidas que não eram recomendados pelo BGPPU. A prevenção de úlceras de pressão faltava numa importante proporção de pacientes em risco.</li><li>- Para indivíduos com pelo menos uma úlcera de pressão, as proporções foram: de aderência 4.8%, 76.6% não adesão e 18.6% não prevenção.</li><li>- Um dos méritos do estudo foi que a atenção foi atraída para o papel do paciente e os cuidadores informais. Embora a importância da sua contribuição para a prevenção de úlcera de pressão ser usualmente aceite, só uma pequena parte dos pacientes em risco e seus cuidadores informais foram informados e motivados pela enfermeira a participar ativamente na prevenção. Tendo havido uma baixa participação na prevenção.</li></ul>
<b>CONCLUSÕES</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- É altamente recomendável que as organizações de cuidados domiciliares desenvolvam e implementem estratégias educacionais na prevenção de úlceras de pressão para profissionais, pacientes e cuidadores informais.</li><li>- A aderência dos enfermeiros e pacientes para o BGPPU foi baixa.</li><li>- Enfermeiros e clientes com cuidados domiciliares não estavam familiarizados com o BGPPU.</li></ul>
<b>IMPLICAÇÃO PARA A PRÁTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- O estudo demonstra uma avaliação detalhada de adesão à orientação para prevenção de úlceras de pressão em uma situação individual do paciente, com especial atenção para os materiais e medidas, que não são adequados e não recomendado pela Orientação belga para a Prevenção de Úlceras de Pressão.</li></ul>

### **PARTE III – ANÁLISE SOBRE A PRÁTICA**

#### **1- ANÁLISE CRÍTICA COM BASE NA EVIDÊNCIA CIENTÍFICA, COMPETÊNCIAS E ELEMENTOS ESPECÍFICOS (DOS ENUNCIADOS DESCRITIVOS) DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA**

No plano de Ação da UCCE fazem parte diferentes projetos de intervenção desenvolvidos para dar resposta aos principais problemas de saúde da população, bem como os fatores condicionantes, as causas e os recursos existentes. Neste enquadramento emerge o projeto ECCI, desenvolvido para dar resposta aos objetivos da intervenção com base no conhecimento da realidade da população do Entroncamento, conferindo-lhe o realismo necessário para a concretização dos mesmos.

A intervenção da mestranda teve como fio condutor a metodologia de planeamento em saúde, e centrou-se com pessoas idosas em situação de dependência no domicílio e famílias/cuidadores informais, inserida num projeto de intervenção domiciliária da UCCE. Compete a esta equipa prestar cuidados de proximidade e equidade na resposta a necessidades em saúde deste grupo específico. A sua intervenção fundamenta-se na avaliação integral e multidisciplinar com a identificação das necessidades do utente e cuidador principal, dos objetivos mensuráveis a atingir, dos recursos envolvidos, das atividades a desenvolver com a atribuição de áreas de responsabilidade de cada área profissional.

A equipa na sua intervenção tem como foco a avaliação do risco que as pessoas em situação de dependência têm em desenvolver úlceras de pressão no domicílio. Integrada na equipa a mestranda utilizou como estratégia em cuidados de saúde a visita domiciliária, identificando que das 20 pessoas acompanhadas pela equipa, 17 tinham risco de desenvolver úlceras de pressão. Para este grupo a identificação do problema de saúde foi através da apreciação de dados recolhidos com a aplicação do instrumento de avaliação integrada (biopsicossocial) (Bio: sexo, idade, queixas de saúde, IMC, cintura, queda, locomoção, autonomia física (escala de Katz), autonomia instrumental (escala de Lawton). Psico: queixas emocionais, estado cognitivo. Social: estado social, hábitos); Avaliação de enfermagem; Úlceras de pressão quando presente (15/15 dias); risco de úlcera de pressão (escala de Braden). (ANEXO I)

A implementação do projeto corresponde a outra etapa do planejamento em saúde de forma a dar resposta aos problemas de saúde encontrados. Consiste em delimitar objetivos, as estratégias, as atividades e instrumentos de avaliação, que são os indicadores. Faz parte das competências do Enf.<sup>o</sup> Esp.<sup>a</sup> em Enfermagem Comunitária empregar a metodologia do planejamento em saúde na organização de intervenções orientadas para os problemas de saúde pública.

A intervenção visa capacitar os cuidadores informais na prevenção de úlceras de pressão com pessoas idosas em situação de dependência no domicílio. As estratégias e recursos definidos estão expostos no quadro N.º6.

Para a avaliação da capacidade dos cuidadores na prevenção de úlceras de pressão no domicílio com pessoas idosas em situação de dependência foi construída uma grelha de avaliação. O respectivo instrumento continha diferentes fases de observação para ser aplicada no domicílio. Contudo os indicadores de avaliação não estão expostos porque esta etapa do projeto não foi concretizada pela mestrandia.

Na elaboração do presente Relatório a metodologia pela RSL para refletir a prática baseada na evidência os estudos encontrados revelam sobretudo estratégias de intervenção fundamentais para a prática de enfermagem na abordagem do problema de saúde identificado, como: implementação de um programa de educação com base na evidência científica; estratégias educacionais; participação dos cuidadores informais; utilização de um instrumento de avaliação da situação de risco.

Também o Código Deontológico do Enfermeiro o artigo 80º refere-se ao - Do dever para com a comunidade. "O enfermeiro, sendo responsável para com a comunidade na promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem, assume o dever:

- ✓ Conhecer as necessidades da população e da comunidade onde está inserido;
- ✓ Participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados;
- ✓ Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade" (DECRETO-LEI n.º 111/2009).

Os cuidados de enfermagem na comunidade, quer seja ao indivíduo e/ou grupos populacionais visa o seu envolvimento concreto nos seus objetivos e tomada de decisão em processos de desenvolvimento comunitário. Porque "sendo a saúde cada vez mais entendida como assunto que respeita aos próprios indivíduos, com direitos e responsabilidade, a participação ativa de uma comunidade bem informada e fortemente motivada é indispensável para a realização do objetivo comum" (OE, 2003).

O cuidar de uma forma especializada exige competências específicas e o Enf.º em Saúde Comunitária obtém a aprendizagem assumindo “Um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de uma forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidades), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (DECRETO-LEI n.º 128/2011).

A afirmação anterior do Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, coaduna com o artigo 88º do Código Deontológico do Enfermeiro – Da excelência do exercício – O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever: (entre outras alíneas) - Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (DECRETO-LEI n.º 111/2009).

Tal como o anterior documento refere, as competências clínicas especializadas objetivam um enquadramento regulador para o reconhecimento de competências e pretendem transmitir aos cidadãos o que esperar dos profissionais formados nesta área do conhecimento na prestação de cuidados de enfermagem.

Também os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária estabelecem um referencial para o exercício profissional. Foram identificados os elementos específicos aos cuidados especializados nas sete categorias de enunciados descritivos: Satisfação dos clientes; promoção da saúde; prevenção de complicações; bem-estar e auto cuidado dos clientes; readaptação funcional; organização dos cuidados de enfermagem; planeamento em saúde e vigilância epidemiológica.

Os enunciados descritivos de qualidade formam uma ferramenta que permite diferenciar o papel do enfermeiro. Ou seja, para os enfermeiros no exercício da profissão, os enunciados descritivos de qualidade “Visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem (...). Trata-se de uma representação dos cuidados que deve ser conhecida por todos os clientes/grupos/comunidades” (OE, citando BEDNAR, 1993).

QUADRO 6 - Mobilização dos critérios de avaliação de competências e elementos específicos (nos enunciados descritivos) dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária

<p><b>Critérios de avaliação de competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (DECRETO-LEI n.º 128/2011)</b></p>	<p>G2.1.2. Pesquisa e diagnostica problemas e fatores de risco de saúde de comunidades específicas. G2.1.3. Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde. G2.1.4. Concebe, planeia e implementa programas e projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais. G2.1.6. Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades. G2.2.1. Concebe e planeia programas de intervenção no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde em diferentes contextos, tendo em conta o diagnóstico realizado. G2.3.1. Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e <i>marketing</i> em saúde. G2.3.3. Usa modelos e estruturas conceptuais do âmbito da promoção e educação para a saúde. G2.3.4. Utiliza abordagens ativas na definição de estratégias de promoção e educação para a saúde. G2.3.5. Sistematiza e documenta os projetos de intervenção comunitária.</p>
<p><b>Elementos específicos (enunciados descritivos) dos cuidados de enfermagem especializados em enfermagem comunitária. (OE)</b></p>	<p><u>Satisfação do cliente</u> – Respeita as capacidades, crenças, valores e desejos dos grupos e comunidades na conceção de intervenções com vista à resolução de problemas identificados. <u>Promoção da saúde</u> – Lidera, integra e avalia processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos da saúde coletivos. <u>Prevenção de complicações</u> - Identifica precocemente problemas potenciais nos grupos alvo, definindo intervenções antecipatórias, tendo em conta a gestão do risco. <u>Bem-estar e o autocuidado</u> – Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades. <u>Planeamento em saúde e vigilância epidemiológica</u> – Definição de estratégias para o processo de capacitação de grupos e comunidades, incluindo a educação e a advocacia em saúde; o estabelecimento de programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.</p>
<p><b>Atividades do projeto de intervenção</b></p>	<p><b>Contributo da evidência para a ação</b></p>
<p>Visita Domiciliária para prestação de cuidados à população alvo. - Consulta do plano de cuidados - Aplicação do instrumento de avaliação integrada (biopsicossocial) De acordo com RNCCI: <u>Bio</u>: sexo, idade, queixas de saúde, IMC, cintura, queda, locomoção, autonomia física (escala de Katz), autonomia instrumental (escala de Lawton). <u>Psico</u>: queixas emocionais, estado cognitivo. <u>Social</u>: estado social, hábitos. - Avaliação da presença de úlceras de pressão. - Avaliação do risco de úlcera de pressão (escala de Braden) - Proceder ao tratamento dos dados no aplicativo informático <i>Gestcare</i>: (aplicativo de monitorização da RNCCI)</p>	<p>No estudo n.º1 (cf. p.28) “o julgamento das enfermeiras sobre o estado de risco do paciente foi o fator mais importante para a aplicação de medidas preventivas. (No projeto de intervenção apenas foi executado a avaliação do risco utilizando a escala de Braden).  Achados do estudo n.º1 (cf. p.28) suportam a conclusão de que o efeito da aplicação da diretriz observou-se, principalmente, em pessoas que foram consideradas em risco de desenvolver úlceras de pressão  A identificação do grupo populacional alvo está de acordo com o que nos dizem os autores ao referirem que “A administração de medidas preventivas foi significativamente associada às características dos sujeitos em risco. Indivíduos em risco com prevenção eram mais velhos, com maior nível de dependência no desempenho das atividades de vida diária, piores condições da pele e mais úlceras de pressão do que os indivíduos de risco sem prevenção. (estudo nº1, cf. p. 28)  A intervenção na prática justifica-se, pelo conhecimento efetivo e condições reais dos utentes em questão. Os autores do</p>

Prevenção de úlceras de pressão com pessoas idosas em situação de dependência no domicílio:  
A prática baseada na evidência

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar o plano de cuidados no aplicativo SAPE.</li> <li>- Discussão em equipa (ECCI)</li> </ul>	<p>(estudo n.º1, cf. p.28) citam (FLORIN et al. 2006) ao referir que “Nos cuidados domiciliários o enfermeiro só pode gastar o tempo limitado (...), para implementar a participação do paciente na prevenção de úlceras de pressão, o enfermeiro deve identificar, facilitar e apoiar as preferências dos pacientes para a participação na tomada de decisão clínica, promovendo um meio para adequar os cuidados de enfermagem de forma individualizada”.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ação de Educação para Saúde com os cuidadores informais.</li>   <li>- Guia orientador sobre a prevenção de úlceras de pressão em pessoas em situação de dependência no domicílio.</li>   <li>- Na elaboração do guia orientador para os cuidadores informais optou-se por utilizar 2 documentos com referência a orientações baseadas na evidência (Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e o Guia de referência rápida – Prevenção <i>European Pressure Ulcer Advisory Panel &amp; National Pressure Ulcer Advisory Panel 2009</i> (EPUAP-NPUAP). Devido ao contexto e filosofia de cuidados optou-se por utilizar também um outro documento da RNCCI (Orientações de abordagem em cuidados continuados integrados - prevenção de úlceras de pressão).</li> </ul>	<p>O estudo n.º1 (cf. p. 28) refere que a “Implementação do BGPDU teve efeito positivo a curto e médio prazo sobre a adesão e orientação dos enfermeiros e pacientes”</p> <p>O estudo n.º2 (cf. p.30) indica que “Mesmo em 2008 e, apesar de uma diretriz nacional emitido em 2002, os protocolos em uso em agências “<i>home care</i>” holandesas não são totalmente em conformidade com essa diretriz, nem com a evidência mais recente”.</p> <p>O estudo n.º 2 (cf. p. 30) indica que “Os itens que estão mais de acordo com as evidências, são aqueles que lidam com a diferenciação na avaliação do risco, entre úlceras de pressão e outros ferimentos e a não utilização de medidas ineficazes ou prejudiciais.”</p> <p>No estudo n.º2 (cf. p. 30) conclui que a prevenção de úlceras de pressão comanda uma quantidade razoável de atenção nos cuidados domiciliários, mas que a incidência de úlceras de pressão e a falta de um documento consistente padronizado para uso na prática, indica a necessidade de implementação sistemática de padrões nacionais na prevenção de úlceras de pressão.</p>
<p>Avaliação acerca de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilização de medidas e materias na prevenção de úlceras de pressão</li> <li>- A capacidade de realizar procedimentos na prevenção de úlceras de pressão.</li> </ul>	<p>No estudo n.º 3 (cf. p. 33) os autores referem um achado importante “Um dos méritos do estudo revela que a atenção foi atraída para o papel do paciente e dos cuidadores informais. A importância da sua contribuição para a prevenção de úlcera de pressão é comumente aceite. No entanto, apenas uma proporção limitada dos pacientes em risco e seus cuidadores informais foram informados e motivados pela enfermeira a participar ativamente na prevenção de úlceras de pressão. Verificando-se que a efetiva participação na prevenção foi baixa. Esses achados confirmam publicações anteriores de (AYELLO et al. 1997, CANTRELL, 1998), sobre as restrições vivenciada por enfermeiros do distrito e a baixa prioridade que é dado para a educação do paciente pelo enfermeiro.</p> <p>No estudo n.º1 (cf. p. 28) cujo objetivo era investigar o efeito da implementação com pacientes de um programa de educação para a prevenção de úlceras de pressão, uma das conclusões foi que a “Adesão às orientações mudou significativamente após a implementação do programa de educação.”</p>

## **2 - PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO EM PESSOAS IDOSAS NO DOMICÍLIO: REFLETIR A AÇÃO BASEADA NA EVIDÊNCIA**

Foram vários os pontos transversais aos estudos que orientaram a reflexão sobre a intervenção na prevenção de úlceras de pressão com pessoas idosas em situação de dependência no domicílio que os estudos da RSL apresentam, nomeadamente: O problema das úlceras de pressão nas pessoas idosas em situação de dependência no domicílio; a intervenção na prevenção; melhores práticas na prevenção; papel do cuidador informal.

As úlceras de pressão constituem um problema relevante e que exige altos custos em recursos humanos e materiais e em alguns países, como demonstra um dos estudos, na Holanda, as úlceras de pressão são o quarto mais caro problema de saúde. Causam dor e sofrimento desnecessários para as pessoas e está associado a um aumento de morbidade e até mesmo de mortalidade. O *European Pressure Ulcer Advisory Panel* (EPUAP) revela dados sobre úlceras de pressão colhidos na Bélgica, Itália, Portugal, Suécia e Reino Unido, em 2001. A prevalência global de úlceras de pressão foi 18.1%, com alguma variação entre os países (VANDERWEE et al. 2007). A prevenção deve ser uma grande preocupação para todos os organismos que prestam cuidados de saúde e organizações nacionais de apoio social.

Aumentar a qualidade na prevenção em pessoas com risco de desenvolver úlceras de pressão é atualmente um dos principais focos de atenção de muitos profissionais de saúde. Para o enfermeiro, a promoção da saúde na prevenção de úlceras de pressão com as pessoas em situação de dependência no domicílio constitui um domínio fulcral de intervenção, uma vez que, segundo relatos este problema varia entre 6.0-21.3% no domicílio (BERGQUIST & FRANTZ 1999, MEEHAN et al. 1999, FERRELL et al. 2000, HALFENS et al. 2001, HALFENS e BOURS 2002) (Estudo n.º 3 cf. p. 33)

É a tomada de consciência pela pessoa da necessidade de adotar um comportamento de mudança para fazer face ao risco de desenvolver úlceras de pressão, que leva à utilização dos conhecimentos adquiridos ou procurar estratégias junto de instituições comunitárias de saúde. Onde o enfermeiro é um elemento dotado de conhecimentos científicos que permite a capacitação da mesma para impedir que o stressore exerça influencia no seu normal bem-estar, que é representado pela linha

normal de defesa e que corresponde à estabilidade do sistema. Isto remete-nos para a relação das variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e de desenvolvimento) que podem influenciar o grau pelo qual a pessoa é capaz de usar a sua linha flexível de defesa contra a uma possível reação ao fenómeno. No entanto nem todo este processo se concretiza assim de uma forma tão fácil de interpretar, até porque dentro das variáveis, as condições ou características são diferentes de pessoa para pessoa. Sendo que perante o fenómeno (risco de desenvolver úlceras de pressão) a pessoa pode introduzir mudança no seu comportamento que a capacite para fazer face ao problema. Ao estar dotado de um conjunto de ferramentas necessárias para a concretização de resultados que espera de uma forma consciente vai lavá-lo a um estado de equilíbrio, transmitindo uma harmonia entre as partes do sistema, tal como NEUMAN define bem-estar.

Ainda numa perspetiva sistémica, pode-se dizer que a adaptação da pessoa deriva de fatores extrapessoais que pertencem ao ambiente externo, como são as orientações do enfermeiro que podem interferir de forma positiva e reforçar as linhas de resistência. Que na mesma concepção podemos mobilizar os níveis de prevenção também referidos por NEUMAN. É com este olhar sistémico que se pode enquadrar a intervenção do estudo n.º 1 (cf. p. 28). Onde o elemento chave da intervenção destinou-se a informar e motivar todos os envolvidos no cuidado com pessoas com risco em desenvolver úlceras de pressão: sensibilização e formação de enfermeiros; treino na adoção de medidas na prevenção conforme o BGPDU (*Belgian guidelines for Prevention of decubits ulcers*) nas agências de atendimento em cuidados de enfermagem; um folheto (projetado e testado por especialistas em cuidados com feridas e no ensino, baseado no BGPDU) para informar os pacientes e o cuidador informal.

#### **EVIDÊNCIAS DOS ESTUDOS QUE CORROBORAM A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

- A implementação do BGPDU (*Belgian guidelines for Prevention of decubits ulcers* – DEFLOOR et al. 2002, 2004) teve efeito positivo a curto e médio prazo sobre a adesão e orientação de enfermeiros e pacientes.
- Estes achados suportam a conclusão de que o efeito da aplicação da diretriz observou-se, principalmente, em pessoas que foram consideradas em risco de desenvolver úlceras de pressão.
- O julgamento das enfermeiras sobre o estado de risco do paciente foi o fator mais importante para a aplicação de medidas preventivas. O estudo também sugere que pode ter havido inconsistências no julgamento das enfermeiras sobre o risco dos pacientes em desenvolverem úlceras de pressão.

- Melhor processo de cuidados com indicadores que foram associados pela menor prevalência de úlceras de pressão e lesões menos graves da pele.

A prevenção como intervenção e perante o significado de “intervenção de enfermagem” segundo NEUMAN remete para outro componente do seu Modelo, que são os três níveis de prevenção. A mesma autora refere-se aos três níveis, embora atualmente se define também a prevenção quaternária apresentada por JAMOULLE (2000), que segundo GÉRVAS e FÉRNANDEZ (2003) CITADO por ALMEIDA (2005) visa “Evitar ou atenuar o excesso de intervencionismo médico associado a atos médico desnecessários ou injustificados; por outro lado, pretende-se capacitar os utentes ao fornecer-lhe a informação necessária e suficiente para poderem tomar decisões autónomas (...) conhecendo as vantagens e os inconvenientes dos métodos terapêuticos propostos”.

Sem esquecer um dos principais propósitos da intervenção como especialista em Enfermagem Comunitária que na promoção da saúde visa essencialmente através da capacitação (*empowerment*) dos indivíduos e comunidades o desenvolvimento de habilidades pessoais e ambientes benéficos à saúde. Para alcançar resultados na relação terapêutica com a pessoa é essencial demonstrar competências que motivam a sua ação na prevenção de úlceras de pressão, cujo a abordagem de enfermagem é intencional e se enquadra na conceptualização dos níveis de prevenção que o modelo de NEUMAN apresenta, nomeadamente na prevenção primária. A Enfermagem como disciplina integra o conhecimento e a intervenção baseia-se na evidência científica. Para o *Outcome* (prevenção de úlceras de pressão no domicílio) o estudo n.º 2 (cf. p.30) pretendeu avaliar se a qualidade dos protocolos sobre a prevenção de úlceras de pressão em agências “*home care*” na Holanda estavam de acordo com as evidências mais recentes. Para determinar a qualidade dos protocolos sobre a prevenção de úlcera de pressão em agências “*home care*” na Holanda, foi elaborado uma lista de verificação estruturada com base nas orientações Holandesas baseadas em evidências. A lista evidenciava três pontos principais: Integralidade (se foram ou não abordados aspetos relevantes); qualidade do conteúdo (se as recomendações foram, de acordo com a evidência mais recente); qualidade do documento (se o protocolo estava de acordo com as regras gerais de qualidade para tais documentos).

Para a eficácia da intervenção, a integração da qualidade dos cuidados nas medidas de prevenção de úlceras de pressão nos processos de atendimento com o grupo é fundamental. A existência de recomendações padronizadas para a prática e formulação de orientações para a prevenção de úlceras de pressão torna-se cada vez

mais evidente. Estudos citados nos artigos, orientados para a qualidade dos cuidados de enfermagem com pessoas em risco de desenvolverem úlceras de pressão, revelou que as medidas raramente eram concordantes com as orientações baseadas em evidências e que havia inúmeras oportunidades para melhorar os cuidados relacionados com a prevenção (BAIER et al. 2003, BATES-JENSEN et al. 2003, SALIBA et al. 2003, WIPKE-TEVIS et al. 2004) (Estudo n.º 3, cf. p. 33)

Como existem numerosos estudos sobre a prevenção de úlcera de pressão, diretrizes e protocolos são instrumentos importantes para a prática. Assim, para garantir qualidade, a utilização de protocolos de prevenção de úlceras de pressão para orientar a prática de enfermagem recomenda-se.

Protocolos baseados em evidências são destinados a ajudar os profissionais a tomar decisões de acordo com o estado atual do conhecimento, e também servem para estabelecer uma maior uniformidade na prática. O resultado final é melhorar os resultados na prevenção: o uso de protocolos baseados em evidências pode levar a uma redução de 50% de úlceras de pressão (CUDDIGAN et al. 2001). Para alcançar resultados ideais os protocolos devem ser consistentes com as evidências mais recentes e deve ser atualizado regularmente, como também devem levar em conta as práticas locais (DEFLOOR et al. 2003). (Estudo n.º 2, cf. p. 30)

Contudo os dados do estudo n.º 2 (cf. p. 30) revelam que os protocolos disponíveis eram frequentemente de baixa qualidade ou não atualizados de acordo com as últimas diretrizes. Frequentemente, os profissionais de saúde não receberam uma introdução formal do protocolo de cuidados.

#### **EVIDÊNCIAS DOS ESTUDOS QUE CORROBORAM A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

---

- A prevenção de úlceras de pressão comanda uma quantidade razoável de atenção nos cuidados domiciliários, mas a incidência de úlceras de pressão e a falta de um consistente documento padronizado para o uso na prática indicam a necessidade de implementação sistemática de padrões nacionais na prevenção de úlceras de pressão na Holanda para garantir uma adesão aos protocolos estabelecidos.
- Mesmo em 2008, apesar de uma diretriz nacional emitida em 2002, os protocolos em uso em agências “*home care*” holandesas não são totalmente em conformidade com essa diretriz, nem com a evidência mais recente.
- Os protocolos sobre prevenção de úlceras de pressão em agências “*home care*” na Holanda podem ser melhorados. Tanto na disponibilidade, como para o conteúdo baseada em evidências. As orientações holandesas para a prevenção de úlcera de pressão têm levado a uma melhoria nos cuidados.

- Os itens que estão mais de acordo com as evidências são aqueles que lidam com a diferenciação na avaliação do risco entre úlceras de pressão e outras lesões e a inclusão de medidas ineficazes ou prejudiciais.

Todo o processo de intervenção especializada com este grupo só se torna possível com uma parceria com diversas entidades/instituições na comunidade que estão direcionadas para o seu acompanhamento. Os cuidadores informais são um eixo marcante de todo o processo. Para além disso, nos cuidados de enfermagem com este grupo no domicílio, o tempo empregue é limitado. É fundamental implementar a participação da pessoa e cuidador nas medidas de prevenção de úlceras de pressão. Portanto, o enfermeiro deve identificar, facilitar e apoiar as preferências das pessoas para a participação na tomada de decisão clínica de forma a adequar as recomendações com evidência científica de forma individualizada e com sucesso terapêutico.

Diversos estudos relataram problemas no que respeita ao conhecimento dos cuidadores informais na prevenção de úlceras de pressão que recebem das instituições de saúde. Num preliminar levantamento de opiniões dos utilizadores sobre o desenvolvimento de úlceras de pressão em um departamento de emergência de um hospital, poucos inquiridos (27%) estavam cientes de que as úlceras de pressão podem ser evitadas e poucos estavam cientes de que o paciente acamado em uma cama de hospital (10%) pode aumentar o risco (GOULD et al. 2000). (Estudo n.º 3 cf. p. 33)

O entendimento da pessoa face às decisões que toma poderá ser o ponto transversal em todas as partes do sistema no alcance do equilíbrio tendo como meta o seu bem-estar. Na prevenção de úlceras de pressão no domicílio a pessoa e seu cuidador informal são parceiros nas decisões que levam à harmonia do sistema. Todas as questões relacionadas com forças internas e externas, como a perceção que têm do problema de saúde, as suas crenças, características, influenciam a pessoa e estão relacionadas com o conceito de ambiente conceptualizado no Modelo de NEUMAN. Nos estudos analisados pode-se inferir alguns dos pontos de reflexão:

No estudo n.º 3 (cf. p. 33) o objetivo foi investigar três aspetos na prevenção de úlceras de pressão, nomeadamente a prevalência, se as medidas e materiais aplicados estavam de acordo com a norma e o papel dos cuidadores informais. Como intervenção foi feita uma avaliação formal: das atividades de vida diária (adaptação do índice ADL de KATZ, et al. 1963); o estado de orientação do indivíduo; o risco da pessoa em desenvolver úlceras de pressão (escala de BRADEN); julgamento clínico do enfermeiro; grau das úlceras de pressão (usando os critérios EPUAP). Neste estudo foi elaborado uma lista de verificação das medidas preventivas que incluía os materiais utilizados e as

intervenções dos enfermeiros de cuidados domiciliários e cuidadores informais. O BGPPU foi utilizado como padrão de referência para avaliar a eficácia das medidas preventivas aplicadas. A lista incluiu perguntas sobre a participação dos cuidadores informais na prevenção de úlceras de pressão. Todos os enfermeiros participantes foram treinados pelos investigadores ou enfermeira responsável do departamento, no diagnóstico de úlceras de pressão e da pontuação da escala de BRADEN. Com base na combinação de um conjunto de materiais e medidas na prevenção foi desenvolvido um algoritmo pelos autores e utilizado para gerar um resumo da contagem de avaliação em uma das três categorias sobre a adesão à diretriz da prevenção de úlcera de pressão (adesão, não adesão e não existência de medidas preventivas)

#### **EVIDÊNCIAS DOS ESTUDOS QUE CORROBORAM A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM**

---

- A adesão dos enfermeiros e pacientes para as *guidelines* Belgas na prevenção de úlceras de pressão (BGPPU) foi baixa.
- É altamente recomendável que as organizações de cuidados domiciliários desenvolvam e implementem estratégias educacionais na prevenção de úlceras de pressão para profissionais, pacientes e cuidadores informais.
- Enfermeiros e clientes com cuidados domiciliários não estavam familiarizados com o *guidelines* Belgas na prevenção de úlceras de pressão (BGPPU).

### 3 - OUTRAS ATIVIDADES NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Como já referenciado o projecto de intervenção (ANEXO III) da mestranda foi desenvolvido em contexto dos cuidados prestados pela ECCI. Contudo o processo de desenvolvimento de competências enquanto Enf.<sup>a</sup> Esp.<sup>a</sup> foi transversal a outros projetos implementados na UCCE, o que permitiu experienciar um profissionalismo próprio em contexto comunitário e adquirir conhecimentos substanciais. Para melhor compreender a intervenção serão apresentados esses mesmos projetos que fazem parte da carteira de serviços da UCCE.

A organização da ECCI depende das características geodemografias no contexto de cuidados, pressupõe um ajustamento a cada realidade local, tendo também de haver uma adequação das competências da equipa para a prestação de cuidados com uma filosofia específica. A pertinência da criação da ECCI na UCCE assenta numa situação real de saúde e demográfica da população do Entroncamento identificada no seu Plano de Ação, como consequência:

Do envelhecimento demográfico da população que veio residir para o Entroncamento, por razões de desenvolvimento da via ferroviária e pelo facto dos filhos que residem no Entroncamento (cidade dormitório para outros locais de emprego das famílias), trazerem os seus familiares, com expressão na população muito idosa com necessidades em saúde particulares, como também nas características do contexto geográfico (grande concentração e dificuldade de acesso, devido à falta de regras na construção urbana – prédios de 3 e 4 andares sem elevadores) e nas realidades sociais, nomeadamente, forte emigração, famílias com um número reduzido de elementos e em idade ativa, condicionando a resposta tradicionalmente assegurada pela família. (Plano de Ação da UCCE, 2010)

Na ECCI a **população alvo** são as pessoas em situação de dependência ou em risco de perder a sua autonomia, e/ou com deficiência, com necessidade de cuidados continuados integrados (saúde e social). O número total são 45, que para o seu cálculo foi considerado a população com mais de 65 anos porque constitui um maior número em relação a outras faixas etárias. Além das pessoas em situação de dependência, são tidas em conta as famílias. Atualmente a sua capacidade máxima são de 20 utentes.

Os **objetivos** são vários:

- Proteger e promover a saúde do Cliente;
- Prevenir complicações decorrentes do seu estado de saúde;
- Responder às necessidades de saúde identificadas, percebidas e expressas;
- Facilitar a manutenção e desenvolvimento da autonomia do cliente;
- Promover a (re) inserção social;
- Participar na execução do esquema terapêutico prescrito;
- Estimular os clientes na adoção de novas capacidades promovendo o seu autocuidado;
- Promover a participação da família e outros recursos no processo de Cuidar;
- Proporcionar a permanência do idoso na sua habitação com mais qualidade;
- Fomentar a articulação entre os vários serviços intervenientes;
- Proporcionar à família a diminuição da sobrecarga de prestação de cuidados;
- Participar na formação de técnicos, ajudantes domiciliários, voluntários e outros;
- Dar suporte à família no processo de luto.

Importa assim definir o que são **cuidados continuados integrados**:

O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, ativo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social. (DECRETO-LEI n.º 101/2006)

As **estratégias** também são diversas e assentam na prestação de cuidados à população no domicílio, permitindo, tal como refere o Plano de Ação da UCCE representar maior acessibilidade e equidade na resposta às necessidades do cidadão, como também oferecer cuidados de proximidade atentos às realidades socioculturais locais. Na base desta perspetiva a intervenção assenta num modelo de cuidados continuados integrados domiciliários. Além de todos os aspetos anteriormente citados, estão também identificados os parceiros comunitários. Na vertente de avaliação do desempenho da ECCI foram definidos indicadores, nomeadamente: Autonomia do utente à entrada e à saída da ECCI de acordo com o índice de Katz e a escala de Lawton; incidência de úlceras de pressão; avaliação sistemática da dor; resposta da ECCI nas primeiras 48 horas; taxa de ocupação da ECCI.

Contudo a riqueza de experiências numa perspetiva de desenvolvimento de competências de Enf.º Esp.ª em Enfermagem Comunitária foi transversal a outros projetos, nomeadamente: Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco – CPCJR; Rede Social; Gestão do Regime Terapêutico - projetos de intervenção a pessoas em risco, vulnerabilidade e dependência e suas famílias/cuidadores; Promoção do

Conforto e Acesso – Gestão de Ajudas Técnicas; Projeto de Promoção de Estilos de Vida Saudável ao Longo do Ciclo – REVIVER.

QUADRO 7 – Caracterização dos projetos da UCCE anteriormente referidos segundo o grupo alvo, objetivos e estratégias

<b>CPCJR</b>	<p><b>POPULAÇÃO ALVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrange todos os menores até aos 18 anos de idade, residentes no Concelho do Entroncamento que se encontrem em estado de delinquência e para delinquência prevista no artigo 13 da Organização de Tutela de Menores, e menores vítimas de maus tratos, abandono, desamparo, ou que se encontrem em situação de poderem por em perigo a sua saúde, segurança e educação ou moralidade e jovens até aos 21 anos que dêem o seu consentimento. N=134</li> </ul> <p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o bem-estar, segurança, proteção e desenvolvimento global das crianças e jovens do Concelho;</li> <li>- Colaborar na avaliação diagnóstica e acompanhamento de situações de crianças e jovens em perigo que dêem origem a processos na CPCJ;</li> <li>- Encaminhar as situações referenciadas pela CPCJ com necessidade de intervenção na área da saúde para os vários técnicos de saúde de acordo com a situação identificada;</li> <li>- Integrar a CPCJ na modalidade alargada.</li> </ul> <p><b>ESTRATÉGIAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participação nas reuniões da Comissão Alargada;</li> <li>- Participação nas reuniões da Comissão Restrita;</li> <li>- Atender e informar as pessoas que se dirijam à comissão de proteção;</li> <li>- Instaurar processos de promoção de direitos e de proteção;</li> <li>- Apreçar liminarmente as situações através de entrevistas (criança ou jovem, pais ou responsáveis, outros familiares, elementos da comunidade,...);</li> <li>- Efetuar visitas domiciliárias;</li> <li>- Realizar deslocações a estabelecimentos de ensino ou estruturas de apoio à infância e juventude;</li> <li>- Solicitar parecer e colaboração de técnicos ou de outras pessoas e entidades públicas ou privadas;</li> <li>- Contactar e reunir com os serviços da comunidade;</li> <li>- Decidir a aplicação, acompanhamento e revisão das medidas de promoção e proteção;</li> <li>- Registrar e organizar os processos individuais.</li> </ul>
<b>Rede Social</b>	<p><b>POPULAÇÃO ALVO</b></p> <p>A Rede Social abrange toda a população residente no Concelho do Entroncamento. N=21 751.</p> <p><b>OBJETIVOS</b></p> <p>Participar nas ações constantes no Plano de Ação da Rede Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolidação da Rede Social;</li> <li>- Melhorar a qualidade de vida dos cidadãos, nomeadamente crianças, jovens, adultos, idosos, famílias, grupos sociais no Concelho do Entroncamento;</li> <li>- Elaborar instrumentos de diagnóstico da comunidade para uma compreensão global e planeamento a curto, médio, longo prazo das ações que irão beneficiar a população como um todo;</li> <li>- Intervir nas situações de grande pobreza e exclusão social referenciadas pelos cidadãos.</li> </ul>
<b>Gestão do Regime Terapêutico</b>	<p><b>POPULAÇÃO ALVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pessoas adultas ou idosas com doença crónica (diabetes, hipertensão, DPOC, SIDA, AVC, Alzheimer, outras doenças demenciais) e ou com doença mental e psiquiátrica com alta hospitalar com referência de enfermagem que</li> </ul>

	<p>não integrem a USF. N=49 - Pessoas que efetuam a toma de narcóticos de substituição em programa na Equipa de Tratamento de Abrantes (ETA) do Instituto da Droga e da Toxicodependência. (IDT). N=13</p> <p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a adesão ao regime terapêutico;</li> <li>- Prevenir precocemente agudizações ou agravamento do estado de saúde e aparecimento de sequelas devido à interrupção ou sobredosagem da terapêutica;</li> <li>- Validar, administrar e ou supervisionar o tratamento farmacológico;</li> <li>- Intervir no tratamento não farmacológico:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento Psicossocial de longa duração – Controle dos estímulos externos;</li> <li>• Intervenções psico-educativas de longa duração - Controle dos estímulos externos;</li> <li>• Gerir o programa no Centro de Saúde através da articulação com a Equipa de Tratamento de Abrantes e Santarém e todas as Unidades Funcionais (Toma das doses e resultados das análises, alterações terapêuticas, articulação terapeuta de referência, gestão da calendarização das análises e tomas, suporte dos familiares);</li> </ul> </li> <li>- Supervisionar a toma dos narcóticos de substituição ao indivíduo;</li> <li>- Promover a relação de confiança com o indivíduo e família;</li> <li>- Assegurar a privacidade e confidencialidade;</li> <li>- Articular com outros parceiros da comunidade para encaminhamento.</li> </ul>
<p><b>Gestão de Ajudas Técnicas</b></p>	<p><b>POPULAÇÃO ALVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50 Pessoas, das quais se pretende abrangerem 100%.</li> <li>- Pessoas com necessidade de ajudas técnicas para melhorar a sua autonomia nos contextos de vida diária e atividades instrumentais e / ou promover a qualidade de vida das pessoas em situação de dependência.</li> </ul> <p><b>OBJETIVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a autonomia do utente e a sua acessibilidade.</li> </ul> <p><b>ESTRATÉGIAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover o ensino, a instrução e o treino na utilização das ajudas técnicas do próprio e / ou dos cuidadores formais ou informais;</li> <li>- Promover a optimização da ajuda técnica;</li> <li>- Colaboração com a câmara municipal do Entroncamento para a colocação de rampas.</li> </ul>
<p><b>REVIVER</b></p>	<p><b>POPULAÇÃO ALVO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrange todos os adultos a partir dos 45 anos e idosos sem limite de idade desde que tenha alguma capacidade funcional, residentes no Concelho do Entroncamento. Teve início com uma classe com 34 pessoas e atualmente estão em programa 225 Pessoas (2,5%).</li> </ul> <p><b>OBJETIVOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a qualidade de vida nas pessoas adultas e idosas;</li> <li>- Diminuir o isolamento social;</li> <li>- Promover atividades que contribuam para um bom equilíbrio psico- motor;</li> <li>- Fomentar atividades de ocupação dos tempos livres;</li> <li>- Criar hábitos de exercício físico;</li> <li>- Prevenir doenças, nomeadamente as cardiovasculares;</li> <li>- Promover convívio saudável interpares e intergeracional;</li> <li>- Sensibilizar para os aspetos sócio culturais;</li> <li>- Sensibilizar a comunidade para a prática de exercício físico.</li> </ul>

Faz parte da carteira de serviços, além dos anteriores mencionados outros projetos em desenvolvimento: Programa Nacional de Saúde Escolar; Preparação para a

Parentalidade; Recuperação Pós-parto; Creches Familiares; Programa de Intervenção Precoce – PIPE; Rendimento Social de Inserção – RSI. Existem outros projetos que por falta de recursos humanos e efetividade integral dos profissionais em horário completo não são possíveis desenvolver. A UCCE perspetiva o acompanhamento da comunidade ao longo do ciclo de vida, sendo que este fato se reflete nos seus projetos.

Segue-se uma análise que assenta nas atividades decorrentes da participação nos mesmos.

### **Participação nas atividades desenvolvidas pelo projeto de promoção de estilos de vida saudáveis ao longo do ciclo de vida (REVIVER)**

Tal como referido no Plano Nacional de Saúde 2012-2016, a abordagem pelo ciclo de vida em saúde permite:

Promover uma organização e intervenção integrada e continuada que inclui cuidados primários, hospitalares e continuados integrados, sobre os fatores protetores, de risco e outros, assim como sobre os determinantes biológicos, comportamentais, sociais, entre outros, desde o planeamento familiar e nascimento até á morte. (PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direção Geral de Saúde, 2012)

Também as autoras STANHOPE e LANCASTER (2011, p.573) introduziram na sua obra um capítulo que aborda a promoção da saúde em populações alvo ao longo do ciclo de vida, onde referem que “Os principais problemas de saúde dos indivíduos podem ser identificados e relacionados com as fases do seu desenvolvimento (...). Os enfermeiros podem influenciar as ações e reações face à saúde de todos os indivíduos da comunidade desde o nascimento ao envelhecimento”. Na população idosa, visa sobretudo a promoção da qualidade de vida e da longevidade, através de estratégias para lidar com o aumento do tempo médio de vida e com as consequências que esse fator carrega.

No ano de 2012, também foram desenvolvidas iniciativas nos países europeus, no âmbito do “Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações” para mostrar o interesse do papel das pessoas idosas para a sociedade e incitar os responsáveis políticos e todas as entidades interessadas a tomarem medidas para construir condições para um envelhecimento ativo e o fortalecimento da solidariedade entre gerações.

Com a finalidade de promover a qualidade de vida das pessoas adultas e idosas na área demográfica do concelho do Entroncamento, foi criado em 1997, uma parceria entre a Câmara Municipal do Entroncamento, o Clube de Lazer Aventura e Competição

do Entroncamento (CLAC), Associação dos Lares Ferroviários, Lar Fernando Eiró e Centro de Saúde do Entroncamento, Junta de Freguesia São João Batista e Nossa Senhora de Fátima. Cada parceiro do projeto tem ações delineadas, comuns e específicas, ao Centro de Saúde cabe:

Realização de ações de informação e formação, panfletos e cartazes; promoção de atividades físicas dirigidas; rastreio na população; participação na semana municipal do idoso nas atividades e promoção do projeto; afixação de cartazes no centro de saúde para divulgação do projeto; divulgação à população em geral, na comunicação social relativa ao tema promoção do exercício físico e outros; referência pelos profissionais de saúde, das pessoas para as diferentes modalidades do programa; colaborar na reestruturação e avaliação do projeto; triagem de casos pelo enfermeiro de reabilitação e ou fisioterapeuta e orientação articulada com outros profissionais de saúde; participação nas reuniões. (PORTUGAL. Ministério da Saúde. UCCE, 2011)

As atividades onde a mestrandia participou foi no âmbito da promoção da atividade física através da organização e implementação de uma caminhada “Caminhada do Bem-estar”. Também na “Semana municipal do idoso”, onde foram promovidas intervenções recreativas na promoção da cidadania (plantação de uma árvore, grupo de cantares e recitação de poemas originais e de outros autores pelas pessoas idosas). Todas as atividades foram desenvolvidas pelos diferentes parceiros.

### **Participação nas atividades desenvolvidas pela comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ)**

Tal como descrito no Plano de Ação da UCCE, a Comissão de Protecção de Menores e Jovens do Entroncamento foi criada pela PORTARIA n.º 503/96, de 25/09/1996, do Ministério da Justiça e entrou em funcionamento a 22 de novembro de 1996. É uma instituição oficial não judiciária com autonomia funcional que propõem-se a promover os direitos da criança e do jovem e precaver ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. É constituída por várias entidades parceiras, desde a área da educação, emprego, autarquia, saúde, área social e solidariedade social. A intervenção por parte do centro de saúde, mais especificamente no papel da UCCE, centrando-se sobretudo: reuniões da comissão alargada; atendimento individual e integrado às crianças e jovens e suas famílias pelos parceiros; visitas domiciliárias; acompanhamento nas

institucionalizações; articulação com núcleo de ação a crianças e jovens em risco (NACJR).

Um grupo populacional vulnerável pode ser definido como um grupo da população que tem “Maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde como resultado da exposição ao risco, ou de ter piores resultados desses problemas de saúde do que o resto da população (...). As intervenções de enfermagem têm como objetivo ajudar a quebrar o ciclo de vulnerabilidade” (SEBASTIAN, em STANHOPE; LANCASTER, 2011, p.747,748).

A participação incidiu na organização de um evento “Feirinha” com atividades de educação e lúdicas utilizando temas relacionados com a saúde (ao ar livre e com diferentes parceiros da comunidade); elaboração de um cartaz com os direitos das crianças e folhetos no âmbito da promoção da saúde para as crianças e pais. O objetivo desta intervenção foi promover o bem-estar, segurança e desenvolvimento global das crianças e jovens do concelho. “O enfermeiro pode influenciar a saúde das crianças através da influência nos comportamentos parentais saudáveis, apreciação dos fatores de risco, comportamentos de promoção da saúde e intervenções adequadas à idade” (STANHOPE, LANCASTER, 2011, p.573).

Uma afirmação que substancia a ação com este grupo populacional em específico está na obra das autoras STANHOPE e LANCASTER (2011). “Walt Disney identificou a mente das crianças como o maior recurso natural de qualquer nação. O futuro do mundo depende de quão bem este trata a juventude. Quando se pretende que a população seja bem-sucedida, esta deve ser educada num ambiente adequado” (COWAN, 2011, p.632).

### **Gestão do regime terapêutico: pessoa em situação de descontinuidade e com incapacidade para gerir a toma da terapêutica**

Os cuidados de enfermagem neste foco de atenção está cada vez mais a ganhar expressão, e são os enfermeiros em cuidados de saúde primários orientados para os cuidados na comunidade que melhor podem dar resposta à necessidade de gerir o regime terapêutico.

Os critérios de intervenção com este grupo populacional específico são vários. As situações acompanhadas foram sobretudo por descontinuação de forma reiterada da toma da terapêutica e por não saberem ler, levando a uma incapacidade para gerir a toma da medicação. A intervenção foi essencialmente: Instruir e treinar o próprio e família na gestão do regime terapêutico; intervenção integrada com outras instituições da comunidade. Os objetivos deste acompanhamento foram: Promover a adesão ao regime

terapêutico; prevenir precocemente agudizações ou agravamento do estado de saúde e aparecimento de sequelas devido à interrupção ou sobredosagem da terapêutica; validar, administrar e ou supervisionar o tratamento farmacológico.

A gestão do regime terapêutico é definido como um “Tipo de comportamento (...) cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações (...) para atingir objetivos específico de saúde, integrar atividades para tratamento ou prevenção da doença (..) (CONCELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM, 2001, p.58).

Um conceito que assume relevância na gestão do regime terapêutico é a “Adesão”. É emprego porque pressupõem concordância do utente com as recomendações de um profissional de saúde. A adesão pode ser definida como “A medida em que o comportamento de uma pessoa – tomar a medicação, seguir uma dieta e/ou executar alterações ao estilo de vida, corresponde às recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde” (OE. Cadernos OE. Catálogo CIPE p. 31). Para compreender o fenómeno “Adesão” é necessário saber os fatores que influenciam o comportamento de adesão ou não adesão e combinar estratégias comportamentais e educativas na abordagem deste fenómeno. A adesão traduz melhores resultados em saúde com efetiva melhoria na qualidade de vida. Relativamente aos comportamentos relacionados com a adesão os exemplos são vários:

Adquirir os medicamentos prescritos; tomar a medicação de forma apropriada; obter imunizações; comparecer às consultas de seguimento; adotar modificações comportamentais dirigidas ao controlo do peso, (...), tabagismo, contraceção, comportamentos sexuais de risco, dieta pouco saudável e níveis insuficientes de atividade física. (OE. Cadernos OE. Catálogo CIPE p. 31)

A educação como estratégia é relevante para melhorar a adesão, no entanto não se pode negligenciar a motivação e o estímulo na adesão.

### **Participação nas ações do Plano de Ação da Rede Social do Entroncamento**

No Plano de Ação da Rede Social do Entroncamento estão identificadas as várias áreas de intervenção social, apresentando a priorização das atividades/ações em função das necessidades e expetativas. Constitui um instrumento para uma melhor eficácia nas respostas sociais do concelho.

Os eixos de intervenção e a finalidade nas diferentes áreas são:

- i. Famílias - Aumentar as competências pessoais, sociais e parentais nas famílias com baixos rendimentos;
- ii. Educação e Cidadania - Contribuir para o desenvolvimento bio-psico-social dos jovens/adolescentes;

- iii. Qualificação e Emprego- Diminuir a taxa de desemprego no concelho;
- iv. Habitação, Urbanismo e Reabilitação - Melhorar as condições de habitabilidade das famílias carenciadas;
- v. Terceira Idade e Envelhecimento - Melhorar o bem-estar dos idosos;
- vi. Equipamentos Sociais - Não se aplica;
- vii. Saúde - Garantir o acesso à prestação de cuidados de saúde primários a todos os cidadãos residentes no Entroncamento;
- viii. Voluntariado - Dinamizar o voluntariado;
- ix. Desenvolvimento Rede Social - Consolidar a Rede Social (parceiros) do concelho.

A mestranda participou em reuniões com vista à atualização do diagnóstico social, especificamente nas atividades correspondentes ao eixo “Saúde”. O objetivo, neste eixo, é o de aumentar o acesso aos cuidados de saúde, social e psicológico à população em situação de risco, vulnerabilidade e dependência de pessoas, famílias, grupos e comunidade. Através da prestação de cuidados integrados com as pessoas com os critérios mencionados.

### **Intervenção no âmbito do Apoio Domiciliário Integrado (ADI) em parceria com outras instituições da comunidade**

O DESPACHO conjunto n.º 407/98 emanado pelos Ministérios da Saúde do Trabalho e da Solidariedade corresponde à intervenção articulada de apoio social e dos cuidados de saúde continuados dirigidos às pessoas em situação de dependência. Este documento enuncia que “O apoio domiciliário integrado é um serviço que se concretiza através de um conjunto de ações e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio”. Os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar nomeadamente, cuidados de saúde (de enfermagem e médicos) e a prestação de apoio social indispensável à satisfação das necessidades da população.

“A prestação de cuidados no âmbito do apoio domiciliário integrado tem por base a situação de dependência avaliada pela equipa de cuidados integrados que analisa e determina o tipo de dependência, os cuidados a prestar e a sua periodicidade” (DESPACHO conjunto nº 407/98).

Com a criação da RNCCI surgiu novas tipologias de resposta em cuidados de saúde e de apoio social, particularmente em regime de internamento, de unidades de dia e equipas de cuidados continuados integrados de apoio domiciliário. Na UCCE a ECCI realiza mensalmente momentos para o planeamento de intervenção com os diferentes

parceiros. A mestranda participou nessas reuniões com os parceiros da comunidade (CERE, Lar dos Ferroviários, Santa Casa da Misericórdia e Serviço Social). No âmbito da articulação entre instituições de apoio social e a equipa de cuidados continuados integrados, onde se discute o conjunto de ações e cuidados pluridisciplinares, com as pessoas em situação de dependência no domicílio.

### **Intervenção com pessoas em situação de risco, vulnerabilidade, dependência que vivem sós.**

Segundo SEBASTIAN, na obra de STANHOPE e LANCASTER (2011, p.769) os cuidados de enfermagem com as populações mais vulneráveis na comunidade são: educação para a saúde, aconselhamento, prestação de cuidados diretos, gestão de casos, advocacia, planeamento de programas de saúde e participação no desenvolvimento de políticas de saúde. Um outro aspeto onde se fundamenta a intervenção comunitária com o grupo diz respeito a outro pressuposto que os enfermeiros “Colocam os clientes em contato com os recursos da comunidade e monitorizam os resultados de saúde para garantir que os encaminhamentos comunitários sejam eficazes” (SEBASTIAN em STANHOPE e LANCASTER, 2011, p.769).

Na intervenção em concreto foram acompanhadas duas pessoas que viviam sós, com condição habitacional desfavorecida devido à presença de parasitas. Foi feito um encaminhamento com diferentes instituições. Numa articulação de ações com vista à eliminação do fator de risco.

Também houve a oportunidade de colaborar na identificação das pessoas idosas que vivem sós, para desenvolvimento de um projeto de acompanhamento e vigilância, que está em fase de construção. Considera-se um grupo vulnerável. É do conhecimento que as populações vulneráveis têm maior probabilidade de desenvolver problemas de saúde resultantes da exposição ao risco. O levantamento deste dado relativo à população idosa alicerça-se numa preocupação a nível nacional, e que o concelho do Entroncamento não difere. O número de pessoas idosas que vivem sós aumentou 29% em Portugal, na última década. O número de idosos a viver exclusivamente com outros idosos registou crescimento idêntico (28%) segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (Censos de 2011).

#### 4 - CONCLUSÃO

A prática constitui um contexto essencial para a formação ao promover o desenvolvimento de competências e a consequente preparação profissional que faz do enfermeiro não apenas um executor de técnicas, mas alguém munido de um conjunto de oportunidades de reflexão, momentos de análise e partilha. É na procura da excelência profissional que o Enf.º Esp.<sup>a</sup> se torna um sujeito ativo na sua formação específica e na aprendizagem de competências.

Tendo como suporte o objetivo da RSL que comporta a análise de que modo a intervenção do enfermeiro na visita domiciliária contribui para a prevenção de úlceras de pressão nas pessoas idosas em situação de dependência, apresentam-se as conclusões que emergiram dos estudos que corroboram a intervenção no estágio e que acrescentam mais-valias para o planeamento de estratégias nesta situação clínica específica. Para tal são estruturadas segundo os contributos para a área da formação e competências; gestão; investigação.

Para a **formação** o contributo foi sem dúvida a aprendizagem de **competências** e desenvolvimento curricular numa área de ensino que potencializa uma proximidade com a comunidade. As competências adquiridas foram de natureza científica, técnica e humana de caráter especializado, onde a comunidade foi participante num projeto de intervenção. Prevaleceu o envolvimento no conhecimento das necessidades da comunidade para melhor responder às suas necessidades em saúde e a sua participação para a resolução de um problema de saúde. Outro aspeto relevante foi a visibilidade/reconhecimento do mandato social da profissão pela comunidade, através do papel desempenhado enquanto enfermeira especialista, na implementação de um projeto no âmbito da promoção da saúde com vista a capacitação de um grupo populacional na consecução de um objetivo comum.

Os contributos dos estudos na área da formação e competências para a intervenção foram:

- ✓ Implementação de um programa de educação para a saúde na prevenção de úlceras de pressão com pessoas em situação de dependência no domicílio;
- ✓ Implementação de estratégias educacionais na prevenção de úlceras de pressão para profissionais, utentes e cuidadores informais;
- ✓ Participação dos cuidadores informais na prevenção de úlceras de pressão;

- ✓ Para implementar a participação da pessoa na prevenção de úlceras de pressão, o enfermeiro deve identificar, facilitar e apoiar as preferências dos pacientes para a participação na tomada de decisão clínica, promovendo um meio para adequar os cuidados de enfermagem de forma individualizada;
- ✓ Implementação de um programa de educação teve efeito positivo a curto e médio prazo sobre a adesão e orientação dos enfermeiros e utentes;
- ✓ Utilização de um instrumento de avaliação da situação de risco da pessoa em desenvolver úlceras de pressão;
- ✓ Utilização de medidas preventivas associada às características das pessoas, de acordo com os fatores de risco identificados;
- ✓ As medidas e materiais aplicados na prevenção de úlceras de pressão, têm de estar de acordo com as diretrizes nacionais e evidências mais recentes.

As mais-valias na área da **gestão** sobressaem na abordagem que é feita sobre os protocolos elaborados com base na evidência científica e programas de educação para a saúde na capacitação por parte da população alvo. Reconhecendo-se a importância dos protocolos que orientam decisões de acordo com estado atual do conhecimento científico e estabelecem uniformidade na prática para se obter resultados que se traduzem por indicados positivos. Considera-se que os projetos de intervenção comunitária que tenham em conta estes princípios são um instrumento de relevo na prática clínica, traduzindo processos de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Os contributos dos estudos na área da gestão para a intervenção foram:

- ✓ Melhor processo de cuidados com indicadores que foram associados pela menor prevalência de úlceras de pressão e lesões menos graves da pele;
- ✓ Menor prevalência de úlceras de pressão após a aplicação de um programa de educação na prevenção de úlceras de pressão para profissionais e cuidadores informais;
- ✓ Implementação de um protocolo de prevenção de úlceras de pressão com pessoas em situação de dependência no domicílio elaborado de acordo com as diretrizes nacionais e evidências mais recentes.

Para a **investigação** o principal contributo foi a visibilidade que a mesma assumiu em todo o trabalho, na medida em que a interpretação, análise e divulgação dos dados da evidência científica sustentou a prática clínica. Possibilitou o entendimento das respostas humanas aos processos de vida e problemas de saúde comunitária. Os resultados e conclusões dos estudos são o produto da investigação científica, de que o conhecimento foi possível através da metodologia pela RSL com a formulação da pergunta PI[C]O após

a clarificação dos conceitos da área temática. Como tal considera-se que os contributos dos estudos na área de investigação são todos os já referidos.

No domínio do desenvolvimento pessoal e profissional, o mais significativo contributo foram os resultados da investigação e sua aplicação no processo de cuidados, pois a enfermagem como disciplina incorpora conhecimentos possíveis de alcançar através da formação e atualização.

Os fatores facilitadores foram sem dúvida o envolvimento de toda a equipa da UCCE nos momentos de aprendizagem, à existência de diferentes projetos implementados que permitiu o desenvolvimento das competências, a imagem extremamente positiva da comunidade do Entroncamento acerca do trabalho da equipa, a dinamização que a equipa oferece em parceria com outras instituições da comunidade e acima de tudo a relação que foi construída com a população no seu ambiente familiar.

Os fatores dificultadores deveram-se sobre tudo, à pouca experiência nesta área e à ideia que teve de ser construída sobre a promoção da saúde em contexto comunitário. No entanto estes fatores acabaram por ser positivos, porque impulsionaram à pesquisa e maior envolvimento na área de cuidados de saúde primários.

Para a elaboração deste relatório prevaleceu o entusiasmo e a aposta ganha ao querer completar a formação profissional na área da Saúde Comunitária. Com a consciência da não perfeição, considera-se com toda a humildade, estar mais perto dela.

## PARTE IV

### 1 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Lúcio – Da prevenção primordial à prevenção quaternária. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. Vol.23, N.º 1 (2005) p. 91-96

AMENDOEIRA, José – **A formação em enfermagem. Que conhecimento? Que contextos?** Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 1999. Dissertação de mestrado.

ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA (2011) **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros

BOLANDER, Verolyn Barnes – Sorensen e Luckmann- **Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta,. 1ª edição. 1998.

CHAVES, Lidice; GRYPDONCK, Mieke; DEFLOOR, Tom - Protocols for pressure ulcer prevention: are they evidence-based? **Journal of Advanced Nursing**. [Em linha]. Volume 66 (2010) [Consult. 2013-02-23]. Disponível em www: URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b176c880-6c06-4b0a-af42-11e7a63c7dbb%40sessionmgr15&vid=8&hid=9>

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (versão 2), [EM LINHA] Portugal [consulta, 2012-02-02] disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (2001) **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão beta 2**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa: Lusodidata.

CONSELHO INTERCIONAL DE ENFERMEIROS (2005) – **Classificação intencional para a prática de enfermagem: versão 1.0**. Geneva: International Council of Nurses. ISBN 978-85-60187-04-1 Lisboa: Lusodidacta.

CONSELHO INTERCIONAL DE ENFERMEIROS (2010) – **Classificação intencional para a prática de enfermagem: versão 2.0**. Geneva: International Council of Nurses. ISBN 978-92-95094-35-2. Lisboa: Lusodidacta.

CRAIG, J.; SMYTH, R. (2004). **Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros**. Camarate: Lusociência. 326 p. ISBN 978-972-8383-61-9

DECRETO-LEI 101/2006 “DR I Serie”. 109 (2006-06-06) 3856

**DECRETO-LEI 111/2009 “DR I Serie”. 180 (2009-09-19) 6528**

DECRETO-LEI 128/2011 “DR II Serie”. 35 (2011-02-18) 8667

DESPACHO conjunto nº 407/98. “D. R. II Série”, 138 (1998-06-18) 8328

DICENSO, Alba; CULLUM, Nicky; CILISKA, Donna – Implementação de enfermagem baseada em evidência: alguns equívocos. **Evidence-Based Nursing**. [Em linha]. (1998) [Consult. 2013-03-18]. Disponível em WWW: URL: <http://ebn.bmj.com/content/1/2/38.long>

EANES, Eugenia - **Prevenção de úlceras de pressão. In Congresso de Saúde do Nordeste - AVC, Preparados?**. [Em linha]. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, 2008. [Consult. 2013-03-18]. Disponível em WWW: URL: <http://hdl.handle.net/10198/5039>

EUROPEAN PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL AND NATIONAL PRESSURE ULCER ADVISORY PANEL - **Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide**. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

FIGUEIREDO, H. – **Enfermagem de família: um contexto do cuidar**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. 2009. Tese de Doutoramento

FREESE, B.T. – Betty NEUMAN: Modelo de Sistemas. In **Teóricas de enfermagem a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. Loures: Lusociência. 2004. P. 335-376

GONÇALVES, Cristina; CARRILHO, Maria José – Envelhecimento crescente mas espacialmente desigual. **Revista de estudos demográficos, Lisboa: INE**. [Em linha]. N. 40, (2007) [Consult. 2013-03-22]. Disponível em [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_estudos&ESTUDOSest\\_boui=56496766&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=56496766&ESTUDOSmodo=2&xlang=pt)

IMPERATORI, E. GIRALDES, M. (1993) – **Metodologia do Planeamento em Saúde**. 3ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA – **Censos 2001**. Lisboa: INE, 2003. ISBN 972-673-602-1

JEREMIAS, ROSA CRISTINA; RODRIGUES, MOREIRA FÁTIMA – O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade. **Nursing**. Novembro 2010. p. 12-17 ISSN 0871-6196

LUZ, Deolinda Antunes - **Do fazer ao ser: representação social do enfermeiro para o aluno de enfermagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 2005. p. 31-37. Dissertação de Doutoramento

MESH BROWSER, Nacional Library of Medicine Medical Subject Headings, [Em linha] [Consultado em 2012-06-18]. Disponível em < URL: [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowtmiser](http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowtmiser)>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários**. Conselho Jurisdicional. Lisboa: Autor

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2006). **Tomada de posição - Investigação em enfermagem**. Lisboa: Autor

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2007). **Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório de dados da saúde**. Lisboa: Autor

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro**. Lisboa. Autor

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Cadernos OE., série II. **Catálogo da CIPE - Estabelecer Parcerias com os Indivíduos e as Famílias para Promover a Adesão ao Tratamento**. Lisboa: Autor.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - **Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde**. 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa. 1986

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde**. 4ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde. Jacarta. 1997 p. 6

PAQUAY, Louis; VERSTRAETE, Sabine; WOUTERS, Renild; BUNTINX, Frank; VANDERWEE, Katrien; DEFLOOR, Tom; VAN GANSBEKE, Hendrik - Implementation of a guideline for pressure ulcer prevention in home care: pretest – post-test study. **Journal of Clinical Nursing**. [Em linha]. Volume 19 (2010) [Consult. 2013-02-23]. Disponível em  
www: URL: http:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b176c880-6c06-4b0a-af42-11e7a63c7dbb%40sessionmgr15&vid=8&hid=9>

PAQUAY L., WOUTERS R., DEFLOOR T., BUNTINX F., DEBAILLIE R., GEYS L. - Adherence to pressure ulcer prevention guidelines in home care: a survey of current practice. **Journal of Clinical Nursing**. [Em linha]. Nº 17 (2008) [Consult. 2013-02-23]. Disponível em  
www: URL: http:  
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b176c880-6c06-4b0a-af42-11e7a63c7dbb%40sessionmgr15&vid=8&hid=9>

PEARSON, Alan; WIECHULA, Rick; COURT, Anthea, LOCKWOOD, Craig - O modelo de cuidados de saúde baseado na evidência do Instituto Joanna Briggs. **Revista de Enfermagem Referências**. [Em linha]. Nº12 (2010) [Consult. 2013-03-18]. Disponível em  
WWW: URL: <http://www.index-f.com/referencia/2010/r12-123133.php>.

PEREIRA, C.; FERNANDES, L.; TAVARES, M.; FERNANDES, O – Empowerment: modelo de capacitação para uma nova filosofia de cuidados. **Nursing: revista de formação contínua em enfermagem**. ISSN 0871-6196. Ano 23, N.267 (2011) p. 8-15

PEREIRA, Rui; CARDOSO, Maria José; MARTINS, Maria Alice - Atitudes e barreiras á práticas de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário. **Revista de Enfermagem Referências**. Coimbra. ISSN 0874-0283 Série III, n.7 (2012), p. 55-62

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – **Programa Nacional de Saúde Pessoas idosas**. Lisboa: DGS. 2006.ISBN 972-675-155-1.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Unidade Missão Cuidados Saúde Primários - **Orientações de Abordagem em Cuidados Continuados Integrados – úlceras de pressão prevenção”** Lisboa: Ministério da Saúde. 2007.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Unidade Missão Cuidados Saúde Primários - **Equipa de Cuidados Continuados Integrados: orientação para a sua constituição nos centros de saúde**. Lisboa: Ministério da Saúde. 2007.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados **Cuidados continuados desafios**. Lisboa: Ministério da Saúde. 2009.

PORTUGAL, Ministério da saúde: Unidade de missão para cuidados continuados – **Cuidados Continuados-Desafios (RNCCI)**. Lisboa: Ministério da Saúde. 2009

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Direção-Geral de Saúde – Departamento da Qualidade na Saúde. [Em linha]. Lisboa: Direção-Geral de Saúde, 2009. [Consult. 2013.03.24]. Disponível em <URL: <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&access=0>

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Observatório Português dos Sistemas de Saúde – **Relatório Primavera 2009**. Lisboa. 2011

PORTUGAL. Ministério da saúde: Direção-Geral de Saúde - **Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Lisboa: Ministério da saúde. 2011. 14, 130, 132 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde: Direcção Geral de Saúde – **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. Lisboa: Ministério da Saúde. 2012.

REDE SOCIAL. Concelho local de ação social do Entroncamento - **Plano de Ação 2011**. 2011. Acessível na Unidade de Cuidados de Saúde do Entroncamento, Portugal

SILVA, Mário João Ribeiro – O ser-humano e a adesão ao regime terapêutico: um olhar sistémico sobre o fenómeno. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2008. Dissertação de mestrado

SQUIRE, A. (2005). **Saúde e bem-estar para pessoas idosas – Fundamentos básicos para a prática**. Loures. Lusociência

STANHOPE, M. & LANCASTER, J. (2011) – **Enfermagem de Saúde Pública**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta

TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – **Teóricas de Enfermagem e sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)**. 5ªed., Loures: Lusociência, 2004, p. 335-355

## ANEXO III PROTOCOLO DE PESQUISA

Limitadores /condições de pesquisa

Base de dados	Limitadores/condições de pesquisa
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto completo</li> <li>• Janeiro 2007 a Janeiro 2012</li> </ul>
<u>CINAHL Plus with Full Text</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo disponível</li> <li>• Prática baseada na evidência</li> <li>• Qualquer autor enfermeiro</li> <li>• Texto completo em pdf</li> </ul>
<u>MEDLINE with Full Text</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resumo disponível</li> </ul>
<u>Nursing &amp; Allied Health Collection: Comprehensive</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto completo em pdf</li> </ul>
<u>MedicLatina</u>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto completo em pdf</li> </ul>

Histórico de pesquisa (conforme a base de dados)

Monday, 18 June 18, 2012 4:04:48 PM				
#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S1	<b>Nurs*</b>	Limitadores - Texto completo; Data de publicação de: 2007/01/01-2012/01/31; Resumo disponível; Prática baseada em evidências; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF; Resumo disponível; Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Plus with Full Text;MEDLINE with Full Text;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;MedicLatina	76882
S2	<b>Home care</b>	Limitadores - Texto completo; Data de publicação de: 2007/01/01-2012/01/31; Resumo disponível; Prática baseada em evidências; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF; Resumo disponível; Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa visual Base de dados - CINAHL Plus with Full Text;MEDLINE with Full Text;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;MedicLatina	3365
S3	<b>Elderly</b>	Limitadores - Texto completo; Data de publicação de: 2007/01/01-2012/01/31; Resumo disponível; Prática baseada em evidências; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto	Interface - EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa visual Base de dados - CINAHL Plus with Full Text;MEDLINE with Full Text;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;MedicLatina	15489

		completo em PDF; Resumo disponível; Modos de pesquisa - Booleano/Frase		
S4	<b>Pressure ulcers</b>	Limitadores - Texto completam; Data de publicação de: 2007/01/01-2012/01/31; Resumo disponível; Prática baseada em evidências; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF; Resumo disponível; Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa visual Base de dados - CINAHL Plus with Full Text;MEDLINE with Full Text;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;MedicLatina	848
S5	<b>Nurs* AND home care</b>	Limitadores - Texto completo; Data de publicação de: 2007/01/01-2012/01/31; Resumo disponível; Prática baseada em evidências; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF; Resumo disponível; Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Plus with Full Text;MEDLINE with Full Text;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;MedicLatina	1308
S6	<b>Nurs* AND home care AND elderly</b>	Limitadores - Texto completo; Data de publicação de: 2007/01/01-2012/01/31; Resumo disponível; Prática baseada em evidências; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF; Resumo disponível; Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Plus with Full Text;MEDLINE with Full Text;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;MedicLatina	403
S7	<b>Nurs* AND home care AND elderly AND pressure ulcers</b>	Limitadores - Texto completo; Data de publicação de: 2007/01/01-2012/01/31; Resumo disponível; Prática baseada em evidências; Humano; Qualquer autor é enfermeira; Texto completo em PDF; Resumo disponível; Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Plus with Full Text;MEDLINE with Full Text;Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive;MedicLatina	5

Critério de inclusão/ exclusão para selecção dos artigos a estudar

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
- Incluídos artigos publicados entre Janeiro de 2007 a Janeiro de 2012.	- Excluídos artigos publicados antes de 2007
- Incluídos artigos publicados cuja população alvo seja pessoas idosas em situação de dependência.	- Excluídos artigos publicados cuja população alvo não se encontre dentro da população idosa em situação de dependência.
- Incluídos artigos publicados que abordem a intervenção do enfermeiro no âmbito da prevenção de úlceras de pressão.	- Excluídos artigos publicados que não abordem a intervenção do enfermeiro no âmbito da prevenção de úlceras de pressão.
- Incluídos artigos publicados que mencionem estudos qualitativos ou quantitativos e revisões da literatura.	- Excluídos artigos publicados que mencionem outros tipos de estudos.

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
2º MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ANO LETIVO 2011/12  
UNIDADE CURRICULAR- ESTÁGIO E RELATÓRIO  
3º SEMESTRE**



## **Projeto de Estágio na UCC do Entroncamento**

Elaborado por:  
Susana Ramos N.º 100431015

Entroncamento  
Fevereiro de 2012



**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM  
2º MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA  
ANO LECTIVO 2011/12  
UNIDADE CURRICULAR- ESTÁGIO E RELATÓRIO  
3º SEMESTRE**



## **Projeto de Estágio na UCC do Entroncamento**

Professora titular: Prof.ª Isabel Barroso  
Professora orientadora: Prof.ª Rosário Machado  
Enfermeiras cooperantes: Sónia Pereira e Isabel Mendes

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	3
<b>1-ENQUADRAMENTO</b>	6
<b>2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA, NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA VISITA DOMICILIÁRIA Á PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE DEPENDENCIA E SUA FAMÍLIA/CUIDADOR.</b>	10
<b>3-PLANO DE ATIVIDADES</b>	13
<b>4-CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	19
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	20
<b>ANEXOS</b>	
Anexo I- Cronograma das atividades	

## INTRODUÇÃO

Com a consciência das mudanças decorrentes no âmbito social, económico, demográfico, ocorrem cada vez mais situações de desafio para os profissionais na área da saúde. O que leva a uma necessidade constante de atualização e desenvolvimento de competências para uma intervenção especializada com vista á melhoria do estado de saúde das populações. Outro fator cada vez mais evidente é a tomada de consciência da população das responsabilidades face ao seu estado de saúde, tornando-se uma vantagem para o processo de mudança, pois a participação consciente e informada é aliado do sucesso de uma intervenção na comunidade. Outras condições se sobrepõem nomeadamente:

“O envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico e na estrutura de comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa, bem como as ameaças emergentes à saúde das comunidades, determinam novas necessidades em saúde para as quais urge organizar respostas adequadas, de forma personalizada, de qualidade e em proximidade” (ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE), 2011)

Portanto o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária desenvolve a sua ação decorrente das suas habilitações com ênfase na comunidade, onde a sua atividade centra-se nas respostas humanas ao processo de vida e aos problemas de saúde. Para o desenvolvimento da identidade profissional na área especialidade em Enfermagem Comunitária, é a aquisição de competências específicas que conferem o grau de Especialista. Espera-se assim, que o enfermeiro adquira competências que lhe permita “participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista á capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania” (REGULAMENTO N.º 128/2011).

O projeto é desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular Estágio e Relatório a decorrer no ACES Serra d’Aire, no Centro de Saúde do Entroncamento, na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), durante o período de 18 semanas, sendo que o tempo de presença no campo de estágio será de 15 semanas.

Assim, para a elaboração do projeto e para responder à necessidade de formação, o planeamento das atividades teve como suporte as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, os objetivos de estágio e dos projetos e programas da Unidade de Cuidados na Comunidade do Entroncamento (UCCE). Após a consulta do Plano de Ação da UCCE e com a concordância da Enfermeira Coordenadora desta Unidade Funcional, a área de intervenção com maior ênfase recai na Equipa de Cuidados Continuados Integrados

(ECCI). Vai ser nesta área que incide a intervenção, cuja temática será no âmbito da promoção da saúde na visita domiciliária à pessoa idosa em situação de dependência e sua família/cuidador. Formulando-se uma questão de partida: Quais as intervenções na visita domiciliária à pessoa idosa em situação de dependência e família/cuidador que contribuem para a promoção da saúde?

No entanto de forma a integrar a organização e funcionamento da UCCE, outras áreas serão desenvolvidas, como descrito no planeamento das atividades. Outro ponto relevante do presente estágio, tem a ver com a realização do relatório final decorrente do mesmo no âmbito do Mestrado, cujo os objetivos específicos terão de se refletir no presente projeto. Foram assim, definidos os seguintes objetivos:

- ✓ Integrar a estrutura física, organizacional e funcional do Centro de Saúde do Entroncamento;
- ✓ Conhecer a comunidade da área de abrangência da UCC do Entroncamento, identificando necessidades em cuidados especializados em enfermagem comunitária e recursos de saúde;
- ✓ Aprofundar o desenvolvimento de competências visando uma enfermagem avançada às pessoas em processos de doença na comunidade;
- ✓ Desenvolver um projecto de intervenção com base na metodologia do Planeamento em Saúde, no âmbito da ECCI;
- ✓ Desenvolver programas e projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e/ou comunidade, tendo em conta as suas especificidades culturais;
- ✓ Refletir acerca das situações de cuidar numa perspetiva de melhoria da qualidade dos cuidados (intervenção/resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem) e no âmbito ético-deontológico;
- ✓ Analisar de forma crítica os momentos vividos, tendo em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, desenvolvidas;
- ✓ Mobilizar as competências desenvolvidas em ação e os resultados do projeto desenvolvido, sustentando-as na natureza da evidencia científica.

A estruturação terá por base o enquadramento teórico tendo por base a área temática; a contextualização da área temática; planeamento das atividades; cronograma das atividades; nota conclusiva.

## 1 - ENQUADRAMENTO

Existe um reconhecimento em geral da essência dos cuidados de saúde primários que assumem um papel preponderante no sistema de saúde. “Na verdade, os centros de saúde constituem o primeiro acesso dos cidadãos á prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença e ligação a outros serviços para a continuidade de cuidados.” (DECRETO-LEI N.º 28/2008)

O Centro de Saúde do Entroncamento está inserido na Administração de Saúde Lisboa e Vale do Tejo, no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Médio Tejo I- Serra d’Aire, juntamente com os Centros de Saúde de Alcanena, Fátima, Ourém e Torres Novas (este sede do ACES). As unidades funcionais que fazem parte do mesmo são a unidade de saúde familiar (USF), unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) e a unidade de cuidados na comunidade (UCC). Esta última será onde vai ser desenvolvido o presente projeto, não esquecendo a articulação com as restantes unidades, só assim será possível a perceção integral da organização estrutural e o funcionamento do Centro de Saúde. A esta unidade em particular assume um compromisso que transparece na sua missão.

- 1) “A UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população do Concelho do Entroncamento, área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim, de um modo directo, para o cumprimento da missão do ACES em que se integra.
- 2) A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos de risco e/ou em situação de vulnerabilidade, e/ou dependência que requeiram acompanhamento próximo e na integração em redes de apoio à família e a grupos. Atua no âmbito da promoção da saúde, proteção específica, tratamento da doença, reabilitação e reinserção social.
- 3) A UCC participa na formação dos diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases: pré -graduada, pós -graduada e contínua”. (PLANO DE AÇÃO DA UCCE, 2010)

Não descurando os restantes porque também eles são fundamentais, destaca-se um dos princípios orientadores da UCCE que de certo modo permite o enquadramento do presente estágio

“Os cuidados de saúde prestados pela UCC, foram contextualizados face ao diagnóstico e as estratégias de intervenção definidas no Plano Nacional de Saúde (PNS) e centrando a sua organização numa coordenação efetiva entre os programas em desenvolvimento. Os programas e projetos da carteira de serviços integram -se no plano de ação do ACES, em estreita articulação com as unidades de saúde familiar (USF), as unidades de cuidados de saúde personalizados (UCSP), a unidade de saúde pública (USP) e com a equipa coordenadora local, no âmbito da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), e em consonância com as orientações técnicas definidas pelo conselho clínico e Director Executivo”. (PLANO DE AÇÃO DA UCCE, 2010)

Para o pleno funcionamento, da UCC no trabalho com a comunidade do Entroncamento, faz parte uma equipa multidisciplinar que trabalha interdisciplinar e transdisciplinarmente. Os profissionais que trabalham em continuidade são enfermeiros, nutricionista, assistente técnica, psicóloga. Outros com cooperação parcial, nomeadamente, médica, higienista oral, técnica de cardiopneumologia.

Tendo em conta a natureza multidisciplinar dos cuidados em saúde comunitária urge falar de um processo que é transversal e necessário para dar resposta aos objetivos do projeto que tem a ver com o planeamento em saúde. É considerado uma ferramenta que permite compreender a realidade. Segundo IMPERATORI E GIRALDES (1993) o planeamento da saúde é visto “como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de Saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos.” Fazem parte deste, o diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional, avaliação. O planeamento em saúde fornece os instrumentos para a tomada de uma decisão fundamentada. Para este trabalho constitui um roteiro que se perspetiva a responder a necessidades de saúde da população, através de uma efetiva participação comunitária, tendo como ponto de partida os problemas identificados no diagnóstico de situação de saúde da comunidade do concelho do Entroncamento. Como também para a elaboração do projeto de intervenção na área identificada. Esta metodologia será empregue no decorrer do estágio com a identificação da população alvo; finalidade da intervenção; objetivos; estratégias; atividades e indicadores de avaliação.

Assim o projeto que faz parte da carteira de serviços da UCCE, cuja integração terá maior ênfase é: Projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores: Equipa de Cuidados Continuados Integrados – ECCI cujo projeto de qualidade da UCC é o Projeto de Intervenção Nutricional à Pessoa dependente e família;

A equipa de cuidados continuados integrados da UCCE, foi criada á luz da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), que é constituída por “unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, presta cuidados de saúde á pessoa no domicílio”. (DECRETO-LEI N.º 101/2006)

A pertinência da sua criação assenta numa situação real de saúde e demográfica da população do Entroncamento identificada no Plano de Ação da UCCE, como consequência:

“Do envelhecimento demográfico da população que veio residir para o Entroncamento, por razões de desenvolvimento da via ferroviária e pelo facto dos filhos que residem no Entroncamento (cidade dormitório para outros locais de emprego das famílias), trazerem os seus familiares, com expressão na população muito idosa com necessidades em saúde particulares, como também nas características do contexto geográfico (grande concentração e dificuldade de acesso,

devido à falta de regras na construção urbana – prédios de 3 e 4 andares sem elevadores) e nas realidades sociais, nomeadamente, forte emigração, famílias com um número reduzido de elementos e em idade activa, condicionando a resposta tradicionalmente assegurada pela família” (PLANO DE AÇÃO DA UCCE, 2010)

A população alvo são as pessoas com dependência ou em risco de perder a sua autonomia, e/ou com deficiência, com necessidade de cuidados continuados integrados (saúde e social). O número total são 45, que para o seu cálculo foi considerado a população com mais de 65 anos porque constitui um maior número em relação a outras faixas etárias. Além das pessoas em situação de dependência, são tidas em conta as famílias.

Os objetivos são vários:

- Proteger e promover a saúde do cliente;
- Prevenir complicações decorrentes do seu estado de saúde;
- Responder às necessidades de saúde identificadas, percecionadas e expressas;
- Facilitar a manutenção e desenvolvimento da autonomia do cliente;
- Promover a (re) inserção social;
- Participar na execução do esquema terapêutico prescrito;
- Estimular os clientes na adoção de novas capacidades promovendo o seu autocuidado;
- Promover a participação da família e outros recursos no processo de Cuidar;
- Proporcionar a permanência do idoso na sua habitação com mais qualidade;
- Fomentar a articulação entre os vários serviços intervenientes;
- Proporcionar à família a diminuição da sobrecarga de prestação de cuidados;
- Participar na formação de técnicos, ajudantes domiciliários, voluntários e outros;
- Dar suporte à família no processo de luto.

Importa assim definir o que são cuidados continuados integrados:

“O conjunto de intervenções sequenciais de saúde e ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrados na recuperação global entendida como o processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo, que visa promover a autonomia melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social.” (DECRETO-LEI N.º 101/2006)

As estratégias também são diversas que assentam na prestação de cuidados á população no domicílio permitindo, tal como refere o Plano de Ação da UCCE representar maior acessibilidade e equidade na resposta às necessidades da comunidade, como também oferecer cuidados de proximidade atentos às realidades socioculturais locais. Na base desta perspectiva a intervenção assenta num modelo dos cuidados continuados integrados domiciliários. Além de todos os aspetos anteriormente citados, estão também identificados os parceiros comunitários. Na vertente de avaliação do desempenho da ECCI foram definidos indicadores, nomeadamente: Autonomia do utente à entrada e à saída da ECCI de acordo com o índice de Katz e a escala de Lawton; incidência de úlceras de pressão; avaliação sistemática da dor; resposta da ECCI nas primeiras 48 horas; taxa de ocupação da ECCI.

No que respeita á população do concelho do Entroncamento, era de 18174 habitantes em 2001 com um aumento para 21751 habitantes em 2008. Relativamente à população residente em 2008 o número de mulheres (11233) é superior ao dos homens (10518). Através da análise da pirâmide etária do concelho do Entroncamento é possível verificar que a população é maioritariamente adulta (35-55 anos).

Os dados referentes aos indicadores demográficos do Concelho do Entroncamento descritos no Plano de Ação da UCCE revela que comparativamente “À Taxa de Fecundidade, esta encontra-se ligeiramente acima da média nacional sendo de 45,3%. Quanto ao índice de envelhecimento que é de 106,2%, pode-se dizer que é o concelho que apresenta uma taxa mais baixa do médio Tejo.” (PLANO DE AÇÃO DA UCCE, 2010)

Outro ponto refere que cerca de 50% da população do concelho do Entroncamento, encontra-se ativa, e 14% de reformados. Existe uma fatia elevada de população não ativa que conta com 26%. Quanto ao nível de dependência o índice é de 53.1% sendo o índice de dependência de idosos de 27,7%.

Outro dado relevante refere-se às instituições de cariz de Ação Social, cujos habitantes do concelho podem usufruir: Associação de Lares Ferroviários – Lar do Entroncamento; Santa Casa da Misericórdia – Lar Fernando Eiró Gomes; Câmara Municipal – Serviços Sociais; CERE; Diversas associações de voluntariado como a AVASOCIAL, Conferencia de São João Batista e os grupos de ajuda da Segurança Social como a Caritas.

Para a abordagem da comunidade, no conhecimento das suas necessidades é essencial compreender um conjunto de dados referentes ao contexto sociocultural da mesma, bem como os recursos existentes, para assim desenvolver o planeamento em saúde. No Plano de Ação da UCCE estão estruturados segundo os subsistemas da comunidade.

Perante o exposto e numa metodologia de integração no plano de ação da unidade onde decorre o presente estágio, nasce este projeto que visa contribuir para a melhoria do nível de saúde da população com diabetes da área geográfica abrangência da UCC do Entroncamento, numa perspetiva de prestação de cuidados de enfermagem integrados, articulados, diferenciados e de grande proximidade, a pessoas com gestão do regime terapêutico ineficaz.

## **2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA NO ÂMBITO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA VISITA DOMICILIÁRIA Á PESSOA IDOSA EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA E SUA FAMÍLIA/CUIDADOR.**

Neste ponto o que se pretende é a contextualização dos conceitos inerentes á área temática, no âmbito da promoção da saúde na visita domiciliária á pessoa idosa em situação de dependência e sua família/cuidador.

Como **dependência** entende-se a “situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária”. (DECRETO-LEI N.º 101/2006)

O foco dos cuidados recai nas **pessoas idosas** em situação de dependência, tal como já mencionado, são consideradas as com idade superior a 65 anos. Ser idoso não é um problema, mas sim possuir características fisiológicas específicas que correspondem a um processo com várias mudanças de ordem orgânica e funcional. Pode-se dizer que ser idoso é um estágio da vida, é uma sequência do “Envelhecimento fisiológico que se refere às mudanças biológicas sofridas pela pessoa ao longo do tempo, após o processo de crescimento ter terminado” (SQUIRE, 2005).

Como é conhecido muitos dos idosos perdem a capacidade de se movimentarem, tornando-os pessoas em situação de dependência. Esta pode ocorrer por diversos motivos, desde a inatividade, doença, ou simplesmente por envelhecimento fisiológico da pessoa. Também a Organização Mundial de Saúde define como idosas as pessoas com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento e com mais de 65 anos nos países desenvolvidos.

O contexto e as estratégias para os cuidados de saúde com idosos em situação de dependência também está consagrado nos órgãos institucionais, cujo Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, visa a manutenção da autonomia, independência, qualidade de vida e recuperação global das pessoas idosas, prioritariamente no seu domicílio e meio habitual de vida, exigindo uma ação multidisciplinar dos serviços de saúde, em estreita articulação com a Rede de Cuidados Continuados de Saúde criada pela Lei nº. 281/2003 de 8 de Novembro. (PORTUGAL. Ministério da saúde. Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, 2004)

Tal como referido, a ECCI presta cuidados sobretudo em contexto domiciliário, constituindo assim a **visita domiciliária** uma estratégia em cuidados de saúde. Assim o “

Serviço de saúde no domicílio é aquele componente dos cuidados globais de saúde através do qual se proporciona cuidados a indivíduos e famílias na sua habitação, com o fim de promover, manter ou restaurar a saúde ou minimizar os efeitos da doença ou incapacidade”(MCNAMARA citado por BOLANDER, 1998, p. 493). Segundo SANHOPE e LANCASTER, (2011, p.621) a visita domiciliária assenta em algumas vantagens, nomeadamente: Eficácia na promoção da saúde; conveniência para o cliente; controlo do cliente sobre o ambiente; opção para os clientes que não podem deslocar-se; ambiente natural para expor problemas e necessidades. Segundo as mesmas autoras, dentro das finalidades encontra-se o facto de permitir ao enfermeiro trabalhar diretamente com o cliente para adaptar as intervenções associadas aos recursos e contribuir para o controlo e participação ativa da família na satisfação das suas necessidades.

Contudo para que tal aconteça, a visita domiciliária comporta um conjunto de ações sistematizadas, que pressupõem uma preparação antes de ocorrer e contínua após o seu ato. A concretização da mesma requer o uso de técnicas de entrevista e de observação sistematizada, sendo um processo dinâmico e com carácter de prossecução é essencial definir objetivos, conteúdos, ter planeamento.

Como vem sendo referido ao longo do trabalho, neste processo de cuidados estão inerentes a **família**. Pode ser definida como “ dois ou mais indivíduos, que dependem um do outro para dar apoio emocional, físico e económico. Os membros da família são autodefinidos”. (HANSON, 2005, p, 6). Segundo a CIPE versão 2 a família insere-se no eixo “cliente” é definida como um “Grupo: unidade social ou todo colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes”(OE, 2010).

A abordagem conceptual irá centralizar-se na comunidade como cliente baseada no Modelo de sistemas de cuidados de saúde de NEUMAN. Este modelo proporciona a “estruturação, organização e orientação para as intervenções de enfermagem e é suficientemente flexível para lidar de forma adequada com a complexidade do global” (NEUMAN, 1995).

Torna-se pertinente neste ponto abordar outro conceito essencial, que é a **promoção da saúde**. A Organização Mundial de Saúde , define “Promoção da saúde como um processo de capacitar as pessoas para aumentar o seu controlo sobre os fatores determinantes da saúde e, por conseguinte, melhorem a sua saúde.” (ICN *on Mobilising Nurses for Health Promotion*). Na promoção da saúde, a “Capacitação significa atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde através de mobilização de recursos humanos e materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competência pessoais (...) a fim de promover e proteger a sua saúde.” (OE, 2011). O *empowerment* “Para a saúde pode ser social, cultural, psicológico ou político, em que os indivíduos e grupos sociais são capazes de expressar as suas necessidades, demonstrar as suas

preocupações, elaborar estratégias de participação na tomada de decisão e levar a cabo ações políticas, sociais e culturais para atender às suas necessidades.” (OE, 2011).

Tendo em conta a população alvo e a área temática, a abordagem na promoção da saúde será a de *empowerment* comunitário. Nesta abordagem o processo de capacitação “ implica que, nos casos em que as competências precisam ser aprendidas, são melhor aprendidas num contexto real em vez de programas artificiais onde todos, incluindo a própria pessoa que aprende, sabem que é realmente o perito responsável.” (STROEBE, 2001)

### 3-PLANO DE ATIVIDADES

**Objetivos de estágio:** - Aprofundar a análise de situações de saúde/doença no contexto de enfermagem comunitária

- Conceber estratégias de intervenção em cuidados especializados após a análise de situações de saúde/doença da família /comunidade em contexto transdisciplinar.

OBJETIVOS	UNIDADES DE COMPETENCIA	ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS	QUEM/QUANDO
A- Integrar a estrutura física, organizacional e funcional do Centro de Saúde do Entroncamento		A.1-Apresentação á Coordenadora da UCCE do grupo de estagiárias do Mestrado de Enfermagem Comunitária.	Reunião	Alunas e Enfermeira Sónia Pereira (14/01/2012)
		A.2-Visita às instalações do Centro de Saúde nas diferentes unidades funcionais (UCC, USF e UCSP) para conhecimento do espaço físico, equipa de profissionais, organização e funcionamento.	Visita ao centro de saúde do Entroncamento	Alunas e enfermeira Sónia Bouça (22/02/2012)
		A.3-Conhecimento do organograma funcional do ACES Serra D'Aire.	Suporte bibliográfico e documentos do serviço	Aluna na 1ª semana
		A.4- Participação nas consultas de enfermagem no âmbito da vigilância (Saúde Infantil e Juvenil; Planeamento Familiar; Consulta Pré-concepcional; Saúde materna) A.4- Participação em consulta de enfermagem no âmbito de vigilância de problemas de saúde (Consulta a diabéticos e Hipertensos; Consulta a Idosos)	Aluna num período a determinar na USF	
B- Conhecer a comunidade da área de abrangência da UCC do Entroncamento, identificando necessidades em		B.1- Consulta do Plano de Ação da UCCE B.2- Conhecimento em relação aos projetos e programas em desenvolvimento na UCCE B.3- Elaboração do projeto de estágio.	Suporte bibliográfico Documentos do serviço	Aluna na 1ª e 2ª semana

<p>cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e recursos de saúde.</p> <p>C- Aprofundar o desenvolvimento de competências visando uma Enfermagem Avançada às pessoas em processos de doença na comunidade</p>		<p>B.4- Discussão do projeto com a enfermeira Cooperante e Coordenadora da UCCE</p> <p>C.1 Consulta de documentos na área da saúde de órgãos institucionais (OMS, DGS, OE, PNS, ICN, RNCCI), de importância internacional e nacional no sentido de fundamentar a pertinência da temática do estudo.</p> <p>C.2 Realização de revisão sistemática tendo em conta uma área temática.</p>	<p>Reunião</p> <p>Proceder a pesquisa bibliográfica e documentos no âmbito da temática em estudo.</p> <p>Consulta das bases de dados em saúde e programas de saúde</p>	<p>Aluna e enfermeiras Sónia Pereira e Isabel Mendes (28/02/2012)</p> <p>Aluna na 2ª e 3ª semana</p> <p>Aluna na 2ª e 3ª semana</p>
<p>D- Desenvolver um projeto de intervenção em Enfermagem Comunitária, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, no âmbito da ECCI</p> <p>Procede á elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade</p> <p>Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade</p>		<p>D.1- Integração na ECCI.</p> <p>D.2- - Acompanhamento de pessoas idosas em situação de dependência com necessidade de cuidados continuados integrados no domicílio e sua família/cuidador.</p> <p>D.3- Avaliação de acordo a RNCCI (encaminhamento para ECCI, admissão (primeiras 24 horas); aos 15 dias de início dos cuidados e depois mensalmente)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dados pessoais;</li> <li>- Contatos privilegiados;</li> <li>- Aplicação do instrumento de avaliação integrada (biopsicossocial) <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Bio: sexo, idade, queixas de saúde, IMC, cintura, queda, locomoção, autonomia física (escala de Katz), autonomia instrumental (escala de Lawton).</li> <li>✓ Psico: queixas emocionais, estado cognitivo.</li> <li>✓ Social: estado social, hábitos.</li> </ul> </li> <li>- Avaliação de enfermagem:</li> <li>- Úlceras de pressão quando presente (15/15 dias);</li> <li>- Risco de úlcera de pressão (escala de Braden);</li> <li>- Avaliação da dor;</li> <li>- Risco de quedas (escala de Morse);</li> </ul>	<p>Prestação de cuidados no domicílio da pessoa com dependência e família/cuidador</p>	<p>Aluna e ECCI ao longo de todo o estágio</p>

	<p>- Estabelece programas e projetos de intervenção com vista á resolução dos problemas identificados.</p> <p>- Formula objetivos e estratégias face á priorização das necessidades em saúde estabelecidas</p> <p>- Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, ciências humanas e sociais.</p> <p>- Lidera processos comunitários com vista á capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.</p>	<p>D.4 Introdução dos dados no aplicativo informático <i>Gestcare</i> CCI: Aplicativo de Monitorização da RNCCI</p> <p>D.5- Prestação de cuidados numa perspetiva global com:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de diagnósticos</li> <li>• Elaboração do Plano individual de intervenção (PII) em colaboração com a equipa</li> <li>• Discussão do (PII) entre a equipa, pessoa e família/cuidador.</li> <li>• Prestação de cuidados de acordo com (PII) na área especializada em enfermagem comunitária.</li> <li>• Atualização do (PII) de acordo com as respostas humanas da pessoa/cuidador.</li> </ul> <p>D.6- Proceder ao tratamento de informação nos suportes de registo em vigor na UCC.</p> <p>D.7- Participação, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde. (CERE, Lar dos Ferroviários, Santa Casa da Misericórdia e Serviço Social)</p> <p>D.7- Apresentação de um estudo de caso relacionado com uma das pessoas idosas com dependência e sua família/cuidador.</p> <p>D.8 - Intervenção no âmbito da promoção da saúde na prevenção de úlceras de pressão aos cuidadores da pessoa idosa em situação de dependência integradas na ECCI</p>	<p>Aplicativo Informático (<i>Gestcare</i> CCI)</p> <p>Prestação de cuidados</p> <p>Aplicativo informático (SAPE)</p> <p>Reunião no âmbito do apoio domiciliário integrado (mensal)</p> <p>Em reunião da UCCE</p> <p>Estratégias a identificar</p>	<p>Aluna, ECCI a partir da 3ª semana</p> <p>Aluna, ECCI a partir da 3ª semana</p> <p>Aluna, ECCI a partir da 3ª semana</p> <p>Aluna, parceiros no apoio domiciliário integrado mensalmente</p> <p>Aluna na 15ª semana</p> <p>Aluna, cuidadores, colaboração da Nutricionista da UCCE</p>
--	--	---	--	--

<p>E- Desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à consecução de projetos de saúde de grupos e/ou comunidade, tendo em conta as suas especificidades culturais</p>	<p>Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.</p> <p>Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.</p> <p>Procede à gestão da informação em saúde aos grupos e comunidades</p> <p>Participa na coordenação, promoção implementação e monitorização das</p>	<p>E.1 - Participação nas ações do Plano de Ação da Rede Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com vista à reformulação e atualização do Pré-diagnóstico social no eixo – Saúde.</li> <li>• Sessão formativa sobre os cuidados de higienização, alimentação.</li> </ul> <p>E.2 - Participação nas atividades desenvolvidas pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Feirinha.</li> </ul> <p>E.3-Participação nas atividades desenvolvidas pelo Projeto de Promoção de Estilos de Vida Saudáveis ao Longo do Ciclo (REVIVER):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organizar uma caminhada: “Caminhada do Bem-estar”, a negociar com os parceiros comunitários;</li> <li>• Participação em atividades recreativas na promoção da cidadania.</li> </ul> <p>E.4 - Participação nas atividades do Plano de Formação das Creches Familiares:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentação no 1º ano de vida e Diversificação Alimentar;</li> <li>• Prevenção de Acidentes;</li> <li>• Vigilância de Saúde na criança, sinais de doença e farmácia caseira;</li> <li>• Estilos de vida saudáveis e Higiene e conforto;</li> </ul>	<p>Reuniões de trabalho na UCCE e visitas domiciliárias</p> <p>Reuniões de trabalho na UCCE e Câmara Municipal do Entroncamento;</p> <p>Caminhada ao Parque Natural Bonito;</p> <p>Ação de formação no Centro Paroquial do Entroncamento.</p>	<p>Alunas do Mestrado em enfermagem comunitária Dra. Sandra Pascoal (14/03)</p> <p>Alunas do Mestrado em enfermagem comunitária Enfª Sónia Bouça (05/05/2012)</p> <p>Alunas do Mestrado em enfermagem comunitária Enfª Sónia Bouça Enfª Isabel (21/05)</p> <p>Alunas do Mestrado em enfermagem comunitária Enfª Hélia (28/02)</p>

**Objetivo de Estágio:**

- Criticar os resultados das intervenções de enfermagem no contexto dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de saúde familiar.

OBJETIVOS	UNIDADES DE COMPETENCIAS	ATIVIDADES	ESTRATÉGIAS	QUEM/QUANDO
<p><b>F - Refletir acerca das situações de cuidar numa perspectiva de melhoria da qualidade dos cuidados (intervenção/resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem) e no âmbito ético-deontológico.</b></p> <p><b>G - Analisar de forma crítica os momentos vividos, tendo em conta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, desenvolvidas.</b></p>	<p><b>- Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados</b></p>	<p><b>F.1- Reflexão crítica acerca do percurso feito com recurso à metodologia pela revisão sistemática da literatura.</b></p> <p><b>F.2- Auto-análise profissional acerca da prática desenvolvida durante o ensino clínico</b></p> <p><b>G.1 - Avaliação intermédia, e ponto de situação de execução face aos objetivos.</b></p> <p><b>G.2 - Avaliação final, preenchimento da folha de avaliação.</b></p> <p><b>G.3 - Seminário intermédio para partilha de Informação.</b></p> <p><b>G.4 - Seminário final para apresentação do percurso desenvolvido no Estágio</b></p>	<p><b>Bibliografia de suporte</b></p> <p><b>Através do relatório de atividades</b></p> <p><b>Reunião de avaliação</b></p> <p><b>Bibliografia de suportes dados decorrentes do estágio e apoio informático (data show)</b></p>	<p><b>Aluna a partir da 3ª semana</b></p> <p><b>Aluna ao longo do estágio</b></p> <p><b>Aluna, enfermeiras cooperantes e orientadora)</b></p> <p><b>Aluna, enfermeiras cooperantes e orientadora restantes elementos da turma na ESS de Santarém (27/04 e 18/06)</b></p>

<p><b>H - Mobilizar as competências desenvolvidas em ação e os resultados do projeto desenvolvido, sustentando-as na natureza da evidencia científica</b></p>		<p><b>H.1 - Elaboração do Relatório de acordo com os objetivos específicos propostos para o efeito e entrega.</b></p> <p><b>H.2 - Apresentação e discussão pública do relatório</b></p>	<p><b>Bibliografia de suporte Documentação desenvolvida. Suporte informático (data show)</b></p>	<p><b>Aluna a partir da 3ª semana e discussão sem data.</b></p>
---	--	---	--	---

;

#### **4-CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O desenvolvimento do presente trabalho pretende de uma forma pedagógica e profissional a consciencialização de tomada de decisões fulcrais para o desenrolar do ensino clínico em contexto da comunidade, no âmbito da especialização em Enfermagem Comunitária. Constitui o ponto de partida de um processo que permite a aquisição de capacidades de tomada de decisão e na gestão de cuidados bem como aplicar competências cognitivas, técnicas e relacionais interrelacionando conhecimentos teórico-práticos das diferentes unidades curriculares.

O Planeamento em Saúde constitui um método para o desenvolvimento do projeto de intervenção cujo eixo central, neste caso, é a comunidade. As propostas apresentadas têm como objetivo contribuir para a minimização das atuais necessidades, capacitação das pessoas e conseqüentemente, para a melhoria da sua qualidade de vida, alertando todos os intervenientes para a sua responsabilidade e empenho nesta causa.

O desafio que se segue passa pela operacionalização numa perspetiva de desenvolver competências no âmbito da Enfermagem Comunitária e posterior prática reflexiva, sustentado os cuidados prestados às pessoas no seu domicílio na natureza da evidência científica.

Como fatores facilitadores da elaboração foram a disponibilidade da enfermeira cooperante e restantes elementos na integração na ECCEI, e os dados provenientes do Plano de Ação da UCCE. Relativamente aos de constrangimento, deveu-se sobretudo á pouca experiência nesta área. Contudo ciente e com vontade de um envolvimento que permita responder aos objetivos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA (2011) **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros
- BOLANDER, Verolyn Barnes – Sorensen e Luckmann- **Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica**. Lisboa: Lusodidacta,. 1ª edição. 1998.
- CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM (versão 2), [EM LINHA] Portugal [consulta, 2012-02-02] disponível em:  
<http://www.ordemenfermeiros.pt/browserCIPE/BrowserCIPE.aspx>
- COSTA, M. (2005). **O idoso, a doença e o hospital – o impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas**. Loures. Lusociência.
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas**. Lisboa: DGS, 2006. ISBN 972-675-155-1.
- ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SANTARÉM (2012). *Documento Orientador: Unidade Curricular – Estágio e Relatório*. Santarém. Autor
- IMPERATORI, E. GIRALDES, M. (1993) – **Metodologia do Planeamento em Saúde**.3ªed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- HANSON, Shirley May Harmon; (2005) – **Enfermagem de cuidados de saúde á família – Teoria, prática e investigação** (2ªed.) Lusociência. Loures.
- M.S. Stroebe,& W. Stroebe, (2001). In R.O. Hansson, & H. Schut (Eds.).*Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* (pp. 517-539).

- **ORDEM DOS ENFERMEIROS - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados: Referencial do Enfermeiro.** Conselho de Enfermagem. Lisboa. 2009b.
- **PORTUGAL. Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários (2007). Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários.** Lisboa. Ministério da Saúde
- **PORTUGAL. Ministério da Saúde: Unidade Cuidados na Comunidade de Entroncamento - Plano de Acção.** Entroncamento. 2010.
- **REGULAMENTO nº. 128/2011, de 18 de Fevereiro. Diário da República- II série n.º35 - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária.**
- **SQUIRE, A. (2005). Saúde e bem-estar para pessoas idosas – Fundamentos básicos para a prática.** Loures. Lusociência.
- **STANHOPE, M. & LANCASTER, J. (2011) – Enfermagem de Saúde Pública. 7ª ed.** Loures: Lusodidacta.
- **TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Martha Raile – Teóricas de Enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem).** 5ªed., Loures: Lusociência, 2004, p. 335-355