



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado Em Enfermagem Comunitária

Relatório Estágio

“Um Parceiro Em cada Cuidador Informal”

Sónia Margarida Dias Marques Malaca

Orientador:
Prof. Ilda Ribeiro

Março de 2011

Mestrado Em Enfermagem Comunitária

Relatório Estágio

“Um Parceiro em cada Cuidador Informal”

Sónia Margarida Dias Marques Malaca

Orientador:
Prof. Ilda Ribeiro

Resumo:

“Um Parceiro em cada Cuidador Informal”

O projecto “Um Parceiro em cada Cuidador Informal” surgiu no Serviço de Medicina III do Hospital Distrital de Santarém, após identificação da necessidade de planear de forma sistemática a alta hospitalar e integrar os cuidadores informais no processo de cuidados. Esta integração reforça as suas capacidades e competências para cuidar da pessoa dependente no domicílio.

O presente relatório descreve o trabalho desenvolvido: o Manual de Boas Práticas no Planeamento da Alta; o Manual do Cuidador Informal; a comunicação apresentada à Equipa de Enfermagem para preparação do projecto e os contactos desenvolvidos para a sua implementação.

Os cuidadores informais são agentes fundamentais na prestação de cuidados de saúde devendo constituir uma prioridade para as políticas de saúde, ao direccionarmos a nossa atenção, para esta problemática facilitamos a adaptação quer da pessoa dependente quer do cuidador a esta nova realidade capacitando-os para a prestação de cuidados no domicílio.

Abstract

"A Partner in each Informal Caregiver"

The project "A Partner in each Informal Caregiver" begins in the Department of Medicine III, Hospital District of Santarém, after identifying the need to plan systematically the discharge from hospital and to integrate the informal caregivers in the care process. This integration enhances their capabilities and skills to care for the dependent person in his home.

This report describes the work developed: the Manual of Good Practice in Discharge Planning; the Informal Caregiver's Manual; the paper presented to the Nursing Team for the project preparation and the contacts developed for its implementation.

Informal caregivers are important people in the provision of healthcare and therefore they should be a priority for health policy. By directing our attention to this issue, we may facilitate the adaptation of the dependent person or the caregiver to this new reality, enabling them to care at home.

“Aqueles que usam muitas
vezes a palavra impossível
têm pouca sorte na vida.”

Carlyle

Especialmente dedicado...

Aos amores da minha vida:

Pedro, por estares sempre comigo, e para mim;

António, simplesmente por existires.

(16 de Março de 2011, 39 semanas de gestação)

Agradecimentos:

A concretização deste relatório resultou de um esforço pessoal, que só foi possível graças a um grupo de pessoas que me acompanharam, encorajaram e ajudaram. A todos o meu muito obrigada.

À Professora Ilda Ribeiro, minha orientadora, pela confiança, apoio e disponibilidade, bem como por todos os ensinamentos e orientações durante toda esta caminhada.

Aos cuidadores informais que partilhando comigo as suas experiências, foram a fonte de inspiração para o projecto. Sem eles, este trabalho não teria sido possível.

À minha família pelo estímulo, pela paciência e pela compreensão da minha pouca disponibilidade.

A todos os amigos, pela ajuda nos momentos mais difíceis, pelo apoio e carinho. Vocês sabem quem são...

SIGLAS:

ABVD - Actividades Básicas de Vida Diárias

ACIPI - Associação de Cuidadores Informais da Pessoa Idosa

AVC - Acidente Vascular Cerebral

HDS EPE. - Hospital Distrital de Santarém Entidade Pública Empresarial

INE - Instituto Nacional de Estatística

SCML - Santa Casa da Misericórdia de Lisboa

SNS – Sistema Nacional de Saúde

USF - Unidade de Saúde Familiar

ÍNDICE GERAL:	Fl's.
1 – INTRODUÇÃO	11
2 – ANÁLISE DE CONTEXTO	13
2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	20
2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	24
2.3 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	25
3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	28
3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES	28
3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO	30
3.3 – ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO	32
3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO	33
4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS	35
4.1 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	36
4.2 – OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO	37
5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	39
5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	39
5.2 – METODOLOGIA	45
5.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS	47
5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	48
5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	50
5.6 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	51
5.7 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	52
6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	53
6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS	53
6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	55
6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS	55
7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	57
8 – CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICE 1 – Manual de Boas Práticas na Preparação da Alta da Pessoa Dependente nas Actividades Básicas de Vida Diárias.	66
APÊNDICE 2 – Manual do Cuidador Informal.	91
APÊNDICE 3 – Comunicação em Power Point dirigida à equipa de Enfermagem do serviço de Medicina III.	116
APÊNDICE 4 – Resumo da reunião como a Enfermeira Chefe e Enfermeira Coordenadora do serviço de Medicina III do HDS EPE.	127
APÊNDICE 5 – Resumo da reunião como a Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Coruche.	130
APÊNDICE 6 – Resumo da reunião com o proprietário da empresa Ortoribatejana.	133
APÊNDICE 7 – Resumo dos contactos desenvolvidos com a Associação Cuidadores Informais da Pessoas Idosa.	135
APÊNDICE 8 – Cronograma de actividades do projecto “Um Parceiro em cada Cuidador Informal”.	137

ÍNDICE DE QUADROS	FL`s.
QUADRO Nº 1 - Índice de Barthel – Actividades Básicas de Vida Diárias (ABVD)	19
QUADRO Nº 2 - Níveis de dependência nas ABVD por cortes de pontos no índice de Barthel.	20
QUADRO Nº 3 - Indicadores de população, em Portugal e nos concelhos de influência do Hospital Distrital de Santarém EPE. no ano de 2008 segundo o INE (2009).	22

1 – INTRODUÇÃO

A mudança é palavra de ordem nos tempos que correm, sendo que ninguém ou nada se pode afirmar imune aos seus efeitos.

Apesar de, até há bem pouco tempo, haver uma maior preocupação com a cura da doença do que com a sua prevenção, a promoção da saúde, a prevenção da doença e a manutenção do mais elevado nível de saúde e bem-estar dos indivíduos, das famílias e da comunidade constituem o objectivo primordial do Enfermeiro de Saúde Comunitária (STANHOPE e LANCASTER, 1999).

O planeamento da alta hospitalar e a participação dos cuidadores informais no processo de cuidados, apoiando-os e integrando-os na dinâmica do plano, de forma a reforçar as suas capacidades e competências para cuidar da pessoa dependente no domicílio, apresenta-se como uma estratégia a desenvolver, no sentido de promover a continuidade e a dignidade do cuidar, até a sua recuperação máxima (AUGUSTO, [et al.], 2005). O enfermeiro tem um papel fundamental no processo de planeamento da alta, pois é considerado o profissional mais próximo à pessoa internada e o elo de ligação entre os outros membros da equipe multiprofissional.

A temática do projecto de estágio final “Um Parceiro em cada Cuidador Informal” está relacionada com o planeamento da alta da pessoa com dependência nas Actividades Básicas de Vida Diárias (ABVD), nomeadamente, com a formação/informação do cuidador informal. Surge da necessidade e interesse manifestados pela Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina III do Hospital Distrital de Santarém Entidade Pública Empresarial (HDS EPE.), bem como de alguns elementos da equipa de enfermagem, em planear de forma sistemática a alta, respondendo as reais necessidades das pessoas dependente nas ABVD e do cuidador informal, que regressam ao domicílio.

A literatura preconiza que o planeamento da alta hospitalar deve iniciar-se, a partir do momento em que a pessoa é admitida na instituição e desenvolvido durante todo o período de internamento (ANDRADE, 1993). Na prática clínica, no Serviço de Medicina III do HDS EPE., a orientação para a alta hospitalar é dada apenas no momento da saída da pessoa da unidade. Nessa ocasião são fornecidas varias orientações, com o agravante de não serem realizadas por escrito, dificultando a compreensão da pessoa e

do cuidador informal e propiciando a ocorrência de erros. Na maioria das vezes, estas informações são realizadas de forma mecânica e apressada, não considerando as condições e as necessidades de cada pessoa / cuidador informal. Desta forma, considero pertinente o desenvolvimento de um projecto de intervenção nesta área, com o objectivo geral de capacitar 75% dos Cuidadores Informais das pessoas com dependência nas ABVD internados no Serviço de Medicina III do HDS EPE., cujo destino após a alta seja o domicílio.

O presente relatório é um trabalho de descrição e reflexão pormenorizada, das actividades desenvolvidas no âmbito profissional do estágio efectuado no Serviço de Medicina III de HDS EPE., com a operacionalização do projecto “Um Parceiro em cada Cuidador Informal” e será alvo de defesa pública perante um júri. Compreende as actividades realizadas de Setembro a Dezembro de 2010, período após o qual iniciei a elaboração do mesmo.

Este relatório está organizado de acordo com o Anexo I do Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem, na parte relativa à Estrutura do Relatório de Mestrado em Enfermagem, da Universidade de Évora. Está dividido em oito capítulos, sendo eles, Introdução; Análise de contexto; Análise de população/utente; Análise reflexiva sobre os objectivos; Análise reflexiva sobre as intervenções; Análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo; Análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas e Conclusão. Foi elaborado e formatado segundo as normas portuguesas.

2 – ANÁLISE DE CONTEXTO

Neste capítulo vou realizar uma análise do contexto do desenvolvimento do projecto “Um Parceiro em cada Cuidador Informal” alvo de relatório.

A necessidade de cuidados e a relevância dos cuidadores informais, numa sociedade cada vez mais envelhecida e dependente e a necessidade de avaliação rigorosa da(s) dependência(s) da pessoa nas suas ABVD, por forma, a programar intervenções individualizadas, vão ser alvo de análise.

O projecto desenvolve-se junto dos cuidadores informais das pessoas dependentes nas ABVD, internadas no Serviço de Medicina III do HDS EPE. que regressam ao seu domicílio (no concelho de Coruche), seguindo-se deste modo uma breve caracterização do ambiente de realização do estágio: do Serviço de Medicina III do HDS EPE.; do Concelho de Coruche; do Centro de Saúde de Coruche nomeadamente da Unidade de Saúde Familiar (USF) - Vale do Sorraia. Descrevo ainda os recursos materiais e humanos envolvidos e o processo de aquisição de competências.

Cuidar é uma prática milenar, universal e de todos os tempos. Desde que a vida existe, existem cuidados, na medida em que se torna necessário tomar conta da vida, para que esta possa permanecer. Em todas as acções do cuidado verifica-se um interesse e uma preocupação com o bem-estar de outra pessoa, conduzindo este objectivo ao desenvolvimento de determinadas acções.

Tradicionalmente associado à mulher, mãe, filha e esposa o cuidar deve ser entendido como algo que permite o desenvolvimento e a continuidade da vida.

As mulheres e os homens prestam diferentes tipos de cuidados, condizentes com padrões de divisão sexual do trabalho, apesar de actualmente a tendência evidenciar sinais de mudança (RIBEIRO, 2005). As mulheres prestam cuidados pessoais e realizam tarefas domésticas e os homens ficam responsáveis por tarefas como o transporte da pessoa dependente e a gestão financeira (NENO, 2004).

A participação dos amigos nos cuidados limita-se a pequenas tarefas, companhia, compras, ajuda pontual em situações de emergência, isto quando não se pode recorrer de outro tipo de apoio familiar ou social, ou quando o que é preciso é apenas “deitar um olhar”. No entanto, considerar amigos e vizinhos como um recurso,

faz com que a estimulação da sua solidariedade constitua uma tarefa essencial do cuidado.

O cuidado informal é definido como a prestação de cuidados a pessoas dependentes por parte da família, amigos ou vizinhos, que não recebem qualquer remuneração pelo trabalho desenvolvido, considerando-se cuidador principal, a pessoa que presta a maior parte dos cuidados e apoio diário a uma pessoa dependente e que requer ajuda para o desenvolvimento das actividades da vida diária, sem receber remuneração (LAGE, 2005).

A designação de cuidador informal surge por oposição aos profissionais de saúde, que formalmente assumem o exercício de uma profissão, para a qual optaram de livre vontade e tiveram formação académica e profissional (SANTOS, 2008).

Perante uma doença crónica as redes informais têm um papel crucial enquanto apoio e suporte do cuidador informal (principal), estas são constituídas por familiares, amigos e vizinhos, podendo ser designados de cuidadores secundários.

Os cuidadores secundários são geralmente familiares que colaboram, pontualmente, na prestação de cuidados com maior ou menor regularidade. Apesar do seu inegável valor este recurso tem limitações principalmente nas fases avançadas da doença (SANTOS, 2008).

Os cuidadores informais assumem um papel de primordial importância na sociedade, com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos. Para SEQUEIRA (2010), desta constatação emerge uma conclusão óbvia direccionada para a necessidade de otimizar o papel do cuidador informal como via de preservação da pessoa, para a melhoria do seu desempenho e para a promoção / manutenção da qualidade de vida do cuidador e da pessoa dependente.

Em muitas situações, estes cuidados são implementados por uma pessoa sem formação específica no cuidar, pelo que a prestação de cuidados pode não apresentar um rigor técnico e científico adequado, mas representar um valor simbólico e humano elevado, envolvendo vínculos afectivos e peculiares da história de vida de cada família.

O impacto da doença na família altera os planos de futuro, o papel que cada um representa, e todos acabam por ficar sobrecarregados, agravando-se por vezes os problemas financeiros. Segundo ROLIM e SILVA (2010), o sucesso do treino é fazer do cuidador informal uma pessoa segura e pronta para assumir os cuidados básicos. Para tal, é necessário que ele comece a ser treinado enquanto a pessoa estiver sob

cuidados de enfermagem 24 horas por dia e dar continuidade com o apoio do enfermeiro comunitário.

O enfermeiro tem portanto que estar com a sua atenção orientada para o grupo familiar mas principalmente para o cuidador informal para que este tenha o máximo de efectividade e o mínimo de repercussões sobre a sua saúde.

O reconhecimento de que os cuidadores informais são agentes fundamentais na prestação de cuidados de saúde à pessoa com dependência de longo prazo deve constituir uma prioridade para as políticas de saúde, atendendo ao envelhecimento demográfico da população portuguesa e ao aumento da prevalência das doenças crónicas associadas a maior longevidade, de modo a que quem cuida não fique por cuidar.

Neste sentido, SEQUEIRA (2010), afirma que os profissionais de saúde devem ter como alvo da sua atenção a pessoa dependente e o cuidador informal, de modo a intervirem, de forma efectiva, na relação de prestação de cuidados, facilitando a adaptação de ambos a esta nova realidade (dependência/cuidador).

Para que seja possível a continuidade do cuidado em casa, os cuidadores devem iniciar, ainda durante o internamento, o desenvolvimento da capacidade de cuidar. Isso significa a realização de uma efectiva preparação para a alta hospitalar, onde o enfermeiro esteja verdadeiramente comprometido com esse propósito e esclareça as possíveis dependências da pessoa e os cuidados que o cuidador informal deverá assumir ou supervisionar, assumindo com ele uma relação de cooperação e apoio (PERLINI e FARO, 2005).

As estimativas sobre o envelhecimento demográfico vêm colocar também novos desafios às famílias. Estas têm um papel fundamental na assistência e na manutenção da pessoa idosa no seu contexto habitual. É necessário repensar novas formas de apoio, de modo a que o cuidar de uma pessoa idosa dependente não se transforme num “fardo”, mas, pelo contrário, constitua um momento de satisfação e prazer.

Na actualidade, as políticas de saúde em Portugal tendem a privilegiar a manutenção das pessoas dependentes no domicílio, devido ao aumento crescente do número de idosos, à insuficiência e inadequação das respostas formais às necessidades dos idosos dependentes, às vantagens ao nível da autonomia, às vantagens na promoção na qualidade de vida com a sua permanência no ambiente habitual e a constatação das potencialidades da família na prestação de cuidados, o que implica uma função

acrescida, na qual o cuidador informal assume uma maior relevância (LEUSCHNER, 2005).

À semelhança dos países desenvolvidos, o número de pessoas idosas em Portugal tem apresentado um aumento significativo. As projecções sobre a população portuguesa sugerem um aumento continuado do envelhecimento da população, essencialmente em consequência da manutenção das baixas taxas de natalidade e do previsível aumento da esperança de vida [INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE), 2002].

Segundo o INE, desde 2000, a esperança média de vida à nascença aumentou 2,46 anos para os homens e 2,05 anos para as mulheres, estimando-se para o período 2006-2008 uma esperança média de vida à nascença de 75,49 anos para homens e 81,74 para mulheres. O resultado é uma população mais envelhecida. A população residente em Portugal a 31 de Dezembro de 2008 era composta por 15,3% de jovens (com menos de 15 anos de idade), 17,6% de idosos (65 e mais anos de idade) e 67,1% de população em idade activa (dos 15 aos 64 anos de idade). A relação entre o número de idosos e de jovens traduziu-se num índice de envelhecimento de 115 idosos por cada 100 jovens, que compara com 114 em 2007 (INE, 2009).

O envelhecimento da sociedade é uma realidade, fruto de uma maior longevidade humana, à qual se associam índices de dependência acrescidos, em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e de uma maior vulnerabilidade do idoso.

A transição para a dependência é um processo complexo, multidimensional e multicausal. O seu aparecimento implica a transição para uma nova vida, devido a um acontecimento, que pode surgir de forma abrupta [por exemplo, Acidente Vascular Cerebral (AVC), acidente] ou de forma progressiva, na maioria dos casos associados a uma diminuição das capacidades das estruturas ou funções do organismo (compromisso da mobilidade, da capacidade articular, capacidade instrumental, capacidade mental).

A dependência resulta habitualmente do declínio funcional da pessoa / idoso, em consequência do aparecimento da complicação de uma patologia ou devido a um acidente, ou ainda, agravada por outros factores a que as pessoas idosas estão expostas, como a polimedicação, uma alimentação deficitária, a falta de ajudas técnicas, ambientes inadequados. Constituindo um problema grave de saúde, interferindo na qualidade de vida da pessoa dependente e do cuidador informal pelo que requer a

tomada de medidas individuais, sociais, governamentais, devendo-se promover sempre a máxima autonomia, confiança e auto-valorização.

A avaliação precoce e a monitorização das limitações / défices das pessoas possibilitam a prescrição de intervenções, adequadas as suas necessidades reais. A utilização de instrumentos de medida é fundamental para um diagnóstico rigoroso, sempre associados à realização de uma entrevista para recolher dados mais subjectivos e mais específicos de cada caso, fundamentais para o planeamento das intervenções e para a continuidade dos cuidados prestados.

Uma das áreas mais relevantes na prestação de cuidados à pessoa dependente é a avaliação funcional, porque tem uma capacidade preditiva significativa, em termos de risco de institucionalização, deterioração física, necessidade de recursos de saúde e até de mortalidade. Dai a importância atribuída ao rigor diagnóstico, com recurso a instrumentos de medida devidamente estudados e validados para a população portuguesa.

Existem vários instrumentos de medida, para avaliar o grau de dependência da pessoa nas ABVD, os mais utilizados são o índice de Barthel e o índice de Katz. O índice de Katz foi desenvolvido para ser usado em pessoas institucionalizadas, com uso frequente em lares de idosos e casas de repouso, com o objectivo de caracterizar a necessidade de recursos materiais e humanos. Actualmente, o Índice de Barthel é o mais utilizado em Portugal, frequentemente utilizado na prática clínica e na investigação. Sendo o mais utilizado, apresenta-se igualmente como o mais testado para a população portuguesa (SEQUEIRA, 2010).

Neste projecto, para avaliar o grau de dependência das pessoas internadas no Serviço de Medicina III, optei pelo Índice de Barthel, não só por se apresentar como o mais utilizado e mais testado na população portuguesa, mas também pelas suas características e resultados de fidelidade e validade mais consistentes.

No contexto clínico o Índice de Barthel dá-nos informação importante não só a partir da pontuação total, que determina o grau de dependência de forma global, mas também de forma parcelar, a partir das pontuações parciais em cada actividade, porque permite conhecer quais as capacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades (ARAÚJO [et al.], 2007).

Dois indivíduos com a mesma pontuação global necessitam de cuidados diferenciados de acordo com a(s) actividade(s) para as quais demonstra maior incapacidade.

Para ARAÚJO [et al.] (2007), a fácil aplicação e interpretação, baixo custo de aplicação, o poder ser repetido periodicamente (o que permite monitorizações longitudinais) e o facto de consumir pouco tempo no seu preenchimento são algumas das características que fazem deste índice o mais utilizado na clínica e na investigação para avaliar o grau de dependência da pessoa para realizar as suas ABVD. Para além destas qualidades (PAIXÃO e REICHENHEIM, 2005), num estudo de revisão sobre 30 instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso confirmou que o Índice de Barthel é o que possui resultados de fidelidade e validade mais consistentes. Confirmaram ainda, que em contexto comunitário, o Índice de Barthel é um instrumento de óptima fidelidade.

O estudo das propriedades psicométricas do instrumento revela que é efectivamente um instrumento com um nível de fidelidade elevado (*alfa de Cronbach* de 0,96), apresentando os itens da escala correlações com a escala total entre $r = 0,66$ e $r = 0,93$, pelo que facilmente pode constituir uma estratégia de avaliação do grau de autonomia das pessoas, de uma forma objectiva, nos serviços de saúde, nomeadamente, no contexto comunitário (ARAÚJO, [et al.], 2007).

O índice de Barthel é um instrumento de avaliação das ABVD, que são definidas de modo sucinto como um conjunto de actividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem à pessoa viver sem necessidade de ajuda de outros, ou seja, com autonomia e independência elementares, incluindo actividades como: comer, uso de casa de banho, arranjar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, etc. São as actividades imprescindíveis para uma pessoa viver de forma independente (SEQUEIRA, 2010).

O índice de Barthel é composto por 10 ABVD. Cada actividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência, em que a pontuação 0 corresponde à dependência total, sendo a independência pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função dos níveis de diferenciação, de acordo com o quadro nº 1.

QUADRO Nº 1 - Índice de Barthel – Actividades Básicas de Vida Diárias (ABVD)

Itens	ABVD	Cotação
Alimentação	Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10
	Necessita de Ajuda (para cortar, levar á boca, etc.)	5
	Dependente	0
Vestir	Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	10
	Necessita de Ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	5
	Dependente	0
Banho	Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5
	Dependente	0
Higiene corporal	Independente (Lava a face, mãos e dentes, Faz a barba)	5
	Dependente	0
Uso da Casa de Banho	Independente (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	10
	Necessita de Ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	5
	Dependente	0
Controlo Intestinal	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-los sozinho)	10
	Incontinente Ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	5
	Incontinente Fecal	0
Controlo Vesical	Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-los sozinho)	10
	Incontinente Ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para o uso de sonda ou colector)	5
	Incontinente ou Algaliado	0
Subir Escadas	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	10
	Necessita de Ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir / descer escadas)	5
	Dependente	0
Transferência Cadeira-Cama	Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	15
	Necessita de Ajuda Mínima (Ajuda mínima e supervisão)	10
	Necessita de Grande Ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	5
	Dependente	0
Deambulação	Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas)	15
	Necessita de Ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	10
	Independente com Cadeira de Rodas (anda pelo menos 50 metros)	5
	Dependente	0

A sua cotação global oscila entre 0 e 100 pontos, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência de acordo com os seguintes pontos de corte, apresentados no quadro nº 2.

QUADRO Nº 2 - Níveis de dependência nas ABVD por cortes de pontos no índice de Barthel.

Pontuação	Nível de dependência
90 – 100	Independente
60 – 89	Ligeiramente Dependente
40 – 55	Moderadamente Dependente
20 – 35	Severamente Dependente
<20	Totalmente Dependente

2.1 – CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

Como referido anteriormente o projecto desenvolve-se junto dos cuidadores informais das pessoas dependentes nas ABVD, internadas no Serviço de Medicina III do HDS EPE. que regressam ao domicílio (no concelho de Coruche), seguindo-se deste modo uma breve caracterização do ambiente de realização do estágio: do Serviço de Medicina III do HDS EPE.; do Concelho de Coruche; do Centro de Saúde de Coruche e da USF - Vale do Sorraia.

O Hospital Distrital de Santarém em termos jurídicos reveste a forma de entidade pública empresarial (EPE), desde, 31 de Dezembro de 2005, com a publicação do Decreto-Lei nº. 233/2005 de 29 de Dezembro de 2005.

Situa-se na zona baixa e a norte da cidade de Santarém, tem uma área de 55 173m² e é constituído por um único edifício de 13 Pisos, incluindo os pisos técnicos, com uma lotação activa de 414 camas.

Esta estrutura cobre uma população estimada em cerca de 192.000 habitantes, numa distribuição mista de agregados populacionais e de uma dispersão rural muito acentuada, de populações envelhecidas e submetidas a um isolamento que nem as famílias nem as escassas estruturas de apoio social existentes conseguem evitar. A sua área de influência abrange os concelhos de Santarém, Almeirim, Alpiarça, Cartaxo, Chamusca, Coruche, Rio Maior e Salvaterra de Magos.

A taxa de ocupação do hospital em 2008 superou os 88%, o seu valor mais alto de sempre. O crescimento contínuo de internamentos no Departamento de Medicina tem exigido a introdução de alterações ao nível da gestão das camas para ultrapassar as limitações da sua capacidade.

De facto, em largos períodos do ano a ocupação do Departamento de Medicina ultrapassa os 130%, sendo a média anual dos Serviços de Medicina Interna de 118,75%, o que obriga a ocupação de camas no Departamento Cirúrgico.

O Serviço de Medicina III, incluído no Departamento Médico, está localizado no piso 8 é composto por 12 enfermarias, e uma capacidade total de 31 camas e seis macas, o horário de visitas é repartido por dois blocos, entre as 13 e as 14 horas e entre as 17 e as 19 horas 30 minutos, cada pessoa internada tem ainda direito a um acompanhante e este pode estar das 13 as 20 horas. O serviço recebe pessoas de todos os concelhos da área de influência do HDS EPE., com patologia do foro médico, incluindo o Concelho de Coruche.

Vários foram os factores que me levaram a iniciar o projecto, pelos cuidadores informais das pessoas dependentes com residência no Concelho de Coruche, nomeadamente: extensão do território e baixa densidade populacional; elevados índices de envelhecimento, de dependência de idosos e de longevidade; o facto do centro de saúde ser composto apenas por uma Unidade de Saúde Familiar e ainda o facto dos enfermeiros se organizarem por Enfermeiro de Família.

O Concelho de Coruche é situado na margem sul do Tejo, numa zona de transição do Ribatejo para o Alentejo, com uma superfície de 1120,2 km², é o maior em extensão do Distrito de Santarém e o décimo a nível nacional.

Com base nos Censos de 2001, residiam nesse ano no Concelho de Coruche 21 332 Habitantes, entre os quais 10 329 homens e 11 003 mulheres. Apresentando uma densidade populacional de 19 habitantes por Km², um valor muito inferior ao nacional, 112 habitantes por Km² (INE, 2002).

Fazendo a comparação entre a população residente em 2001 e a residente em 1991 (23 634 pessoas), ocorreu uma perda populacional com um decréscimo de 2302 pessoas, o que corresponde a uma taxa de variação negativa (INE, 2002).

No anuário estatístico da região do Alentejo 2008 esta tendência demográfica no Concelho de Coruche mantém-se, sendo a população estimada de 19 624 indivíduos, 9 425 Homens e 10. 199 Mulheres (INE, 2009).

Para além de se verificar esta tendência demográfica negativa, acresce também o fenómeno do envelhecimento demográfico, o que vem evidenciar a decrescente evolução da estrutura populacional do Concelho de Coruche.

O Concelho de Coruche como se pode observar no quadro nº 3, apresenta o índice de envelhecimento [número de idosos, (com 65anos ou mais), por cada 100 jovens, (dos 0 aos 14 anos)] mais elevado (233,0) dos concelhos abrangidos pela área de influência do HDS EPE. é igualmente elevado quando comparado com o valor nacional (115,5). Também o índice de dependência de idosos [quociente entre a população idosa (com 65 anos ou mais) e a população em idade activa (dos 15 aos 64 anos)] é o mais elevado dos 8 concelhos com um valor de 44,0, enquanto a nível nacional é de 26,3.

O índice de longevidade (nº de idosos com 75 ou mais anos, no total de população idosa) no Concelho de Coruche é (47,9) é igualmente mais elevado quando comparado com o valor a nível nacional (46,4).

QUADRO Nº 3 - Indicadores de população, em Portugal e nos concelhos de influência do Hospital Distrital de Santarém no ano de 2008 segundo o INE (2009).

	Índice de envelhecimento	Índice de dependência de idosos	Índice de longevidade
Portugal	115,5	26,3	46,4
Almeirim	138,4	32,0	47,7
Alpiarça	181,2	38,3	51,4
Cartaxo	140,4	30,0	46,7
Chamusca	230,4	38,5	49,1
Coruche	233,0	44,0	47,9
Rio Maior	133,3	28,7	45,8
Salvaterra de Magos	144,8	31,4	45,0
Santarém	152,1	32,6	50,1

O envelhecimento demográfico, associado a uma maior longevidade das pessoas, pode levar a uma maior incidência de incapacidades e de doenças crónicas, o que implica obrigatoriamente uma maior necessidade de cuidados de natureza física, emocional e / ou social (SEQUEIRA, 2010).

O Centro de Saúde de Coruche está incluído no Agrupamento de Centros de Saúde da Lezíria II.

Inserida no Centro de Saúde de Coruche, a USF – Vale do Sorraia consiste numa unidade funcional multiprofissional (11 médicos, 11 enfermeiros e 9

administrativos), com autonomia funcional e técnica, que presta cuidados de saúde primários personalizados, num quadro de contratualização interna, envolvendo objectivos de acessibilidade, adequação, efectividade, eficiência e qualidade.

Com 31 profissionais e uma população inscrita de 20.150 utentes, a USF - Vale do Sorraia é a segunda maior do país e, provavelmente, a primeira no que se refere à extensão do território que abrange. Os grupos de risco constituem uma das suas prioridades, a par do aumento da acessibilidade que se traduz, na organização de uma consulta aberta de segunda-feira a sábado (OLIVEIRA, 2010).

Das diversas actividades realizadas pela USF destaca-se a consulta de cessação tabágica, curso de preparação para a maternidade, a visitação domiciliária de enfermagem à puérpera e ao recém-nascido nos primeiros quinze dias de vida e a consulta do pé diabético. Está ainda perspectivada a criação de uma consulta específica para o adolescente e, eventualmente, uma consulta de anticoagulação oral (CEIA, 2010).

A USF – Vale do Sorraia participa também num programa de rádio semanal, com a duração de 15 minutos, em que são abordados temas relacionados com a saúde, dirigido à população em geral (CEIA, 2010).

“Apoiar a saúde da unidade familiar como um todo e encorajar as famílias a valorizarem e a incluírem a promoção da saúde nos seus estilos de vida, são componentes essenciais da prática da enfermagem de família” (HANSON, 2005, p.210). Na USF – Vale do Sorraia, o trabalho de enfermagem organiza-se segundo a filosofia do enfermeiro de família.

Da Declaração de Munique de 17 Julho de 2000, surgiu de forma clara uma nova figura de enfermeiro de saúde comunitária, «o enfermeiro de família», enquanto entidade imprescindível no quadro da Saúde 21.

A família é o centro de enfoque dos cuidados de saúde, é em volta da família e envolvendo-a no processo, que se efectua a mobilização articulada de recursos e é ainda por ela e com ela que se hão-de desenvolver novas competências científicas e relacionais.

O enfermeiro de família será então responsável por um grupo bem definido de famílias, (300 a 400) combinando actividades de promoção da saúde e de prestação de cuidados, actuando no seio da família e da comunidade, em articulação com todos os sectores. Exigindo uma intervenção de carácter domiciliário com delimitação de áreas geográficas. Este papel multifacetado e a proximidade das famílias colocam o

enfermeiro em situação privilegiada para constituir a *interface* entre todos os profissionais que intervêm no processo dos cuidados (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002).

O trabalho do enfermeiro apesar da sua dimensão prática, pressupõe uma suscita investigação sobre a realidade do que é a família numa sociedade em mudança acelerada, o que faz do enfermeiro não um apaga-fogos pontuais, mas um promotor de saúde, um preventor, um conselheiro, um colaborador, um formador, um interlocutor privilegiado das famílias com a equipa de saúde e os outros tipos de serviços (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002).

Mesmo em contextos semelhantes cada família tem as suas peculiaridades e diversos graus de desenvolvimento e funcionamento, o enfermeiro de família assume assim, um papel de relevo, ciente das características de cada família e dos seus problemas necessitados de resposta, ele pode trabalhar com as famílias, nomeadamente com a pessoa dependente e o seu cuidador informal, ajudando-as a identificar problemas e a mobilizar os seus próprios recursos.

2.2 – CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A identificação dos recursos materiais e humanos disponíveis é essencial, já que da sua determinação dependerá todo o processo de planeamento (TAVARES, 1990).

Segue-se uma breve caracterização dos recursos materiais e humanos disponíveis.

Como recursos materiais o Serviço de Medicina III, dispõem de equipamentos como: Computador com acesso a internet; Telefone; Impressora e Projector, dispõem igualmente de uma ampla sala para reuniões (antigo refeitório do piso) com respectivas cadeiras e mesas de apoio. Normalmente todos os consumíveis de escritório: resmas de papel; tinteiros para a impressora; dossiers e envelopes timbrados, quando solicitados pelo serviço são fornecidos pelo hospital.

Como recursos humanos, o serviço dispõem de uma equipa de 22 enfermeiros, com a seguinte formação: 1 elemento (enfermeira chefe) é Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, 1 elemento é Especialista em Enfermagem Comunitária, 1

elemento possui Mestrado em Psicogerontologia, 3 elementos frequentam o Mestrado em Saúde Familiar e os restantes, possuem a Licenciatura em Enfermagem.

A USF – Vale do Sorraia dispõem de recursos materiais como computadores, impressoras, telefones fixos e móveis, três viaturas para deslocação aos domicílios bem como malas de transporte de material clínico. Dispõem igualmente de uma sala de reuniões com capacidade de 25 lugares sentados, além de um gabinete individual para cada enfermeiro.

Como recursos humanos, a USF – Vale do Sorraia, dispõem de 11 elementos na equipa de enfermagem, todos possuem Licenciatura em Enfermagem e 1 frequenta o Mestrado em Saúde Familiar.

2.3 – DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A própria noção de competência foi evoluindo para se assumir hoje como um conjunto de saberes adquiridos, que suportam inferências, antecipações, generalizações, tomadas de decisão (PERRENOUD, 2000). Muitos autores convergem no sentido de definir a competência como o saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de acção perante uma situação concreta (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2009).

Entendendo a competência como a capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para fazer face a situações singulares, é fundamental que este mobilizar, integrar e orquestrar os recursos (saberes, saber-fazer e atitudes) seja realizado com carácter adaptativo e em situação, na urgência e na incerteza (PERRENOUD, 2000).

A definição de competência “refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003, p.11).

A expressão de um perfil de competências do Enfermeiro Especialista visa, por um lado, prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e, por outro lado, comunicar aos cidadãos os padrões de cuidados que podem esperar.

Pela certificação das competências clínicas especializadas assegura-se que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as

necessidades de saúde do grupo-alvo e actuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Segundo a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009), o conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de Cuidados Gerais e concretiza-se em competências comuns e específicas.

As **competências comuns** são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de concepção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, através de um suporte efectivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria.

As **competências específicas** são competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida, aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.

Uma competência mobilizada no desenvolvimento deste projecto entra no domínio da melhoria contínua da qualidade e é comum a todos os enfermeiros especialistas: Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade.

Esta competência será mobilizada ao longo de todo o projecto, pois a criação do “Manual Boas Práticas na Preparação da Alta da Pessoa com Dependência nas ABVD”, leva a uma uniformização dos cuidados, normalizando a actuação de toda a equipa de enfermagem, levando a uma melhoria da qualidade dos cuidados. Com a criação e distribuição do “Manual do Cuidador Informal”, melhora-se a qualidade de vida dos cuidadores informais e conseqüentemente a qualidade de vida das pessoas dependentes. “Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2002, p.10).

Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades é uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, neste projecto, uma competência amplamente mobilizada, pois todo o projecto visa capacitar os cuidadores informais para o desenvolvimento do seu papel.

STANHOPE e LANCASTER (1999, p.291) descrevem a promoção para a saúde como “...o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre e melhorar a sua saúde”. Considerando a saúde mais do que a ausência de doença, mas sim, um recurso para a vivência diária. Para que os indivíduos e as comunidades consigam o bem-estar físico, mental e social, eles devem ter consciência de, e aprender a usar os recursos pessoais e sociais disponíveis dentro do seu ambiente. Pretende-se que a acção dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Comunitária se conduza, de forma, a que as pessoas e comunidades se tornem conscientes dos seus recursos ou da falta destes e participem no planeamento para as suas próprias necessidades e actividades relacionadas com a saúde. São eles (pessoas e comunidades) que devem tomar as grandes decisões de como desenvolver e tornar disponíveis os recursos que necessitem para ir ao encontro das suas necessidades.

3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

A população-alvo deste projecto são os cuidadores informais, das pessoas dependentes nas ABVD, residentes no concelho de Coruche, neste capítulo será elaborada uma análise desta população. Será também realizada uma caracterização geral dos cuidadores informais, descritos cuidados e necessidades específicas destes, apresenta-se estudos efectuados e descreve-se a forma de recrutamento neste projecto.

3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

O cuidar de uma pessoa com dependência surge, em muitas situações, de forma inesperada, para o qual o cuidador habitualmente não tem formação prévia, nem se encontra preparado, pelo que o apoio e o contributo dos profissionais de saúde são fundamentais. Um apoio ao nível da informação, formação, treino de competências e habilidades possibilita ao cuidador oportunidades para um melhor desempenho. Na prática, deve verificar-se uma boa interacção entre profissionais e cuidadores, de modo, a que as acções de ambos se desenvolvam de forma concertada (MELO, 2005).

Assim, é imprescindível que o cuidador, à semelhança da pessoa dependente, seja considerado o alvo prioritário de intervenção para profissionais de saúde, com o intuito de avaliarem as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades que emergem do contexto, as estratégias que pode utilizar para facilitar o cuidado, a informação de que dispõe e a capacidade para receber e interpretar a informação. Os cuidadores formais devem elaborar um plano para o cuidador informal, com o objectivo de dota-lo dos requisitos necessários para a prestação de cuidados adequados.

SEQUEIRA (2010) afirma que, o estabelecimento de alianças com os cuidadores informais constitui uma via de eleição para optimização do seu papel, fundamental em termos económicos, sociais e familiares. RODRIGUES, PEREIRA e BARROSO (2005) verificaram que 80% dos cuidadores revelaram melhoria na prestação de cuidados após o apoio dos profissionais de saúde, essencialmente devido às

orientações proporcionadas, que possibilitam ao cuidador uma melhor informação e, conseqüentemente, uma maior segurança no desempenho de determinada tarefa.

O contexto de prestação de cuidados pode assumir duas formas distintas: no âmbito do cuidado formal (actividade profissional) e no âmbito do cuidado informal.

O cuidado formal é habitualmente executado por profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos), os quais são designados por cuidadores formais, uma vez que existe preparação específica para o desempenho deste papel e que estão integrados no âmbito da sua actividade profissional. Compreendem uma diversidade de profissionais remunerados e /ou voluntários em hospitais, lares, instituições comunitárias, etc.

O cuidado informal é outra forma que a prestação de cuidados pode assumir e está inserida na prestação de cuidados executados preferencialmente no domicílio e que habitualmente ficam sob a responsabilidade de elementos da família, de amigos, vizinhos e outros, sendo designados por cuidadores informais.

NERI e CARVALHO (2002) sugerindo, a existência de uma rede de cuidadores e não apenas um cuidador único, diferencia o cuidador informal em cuidador principal ou primário; cuidador secundário e cuidador terciário.

O cuidador primário ou principal é aquele sobre quem é depositada a responsabilidade pela prestação de cuidados, ou seja, tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou cuidar directamente a pessoa dependente que necessita de cuidados. Este cuidador realiza a maior parte dos cuidados.

O cuidador secundário é alguém que ajuda na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, mas não tem a responsabilidade de cuidar, ou seja, habitualmente são familiares que dão apoio ao cuidador principal. Este cuidador pode substituir o cuidador principal mas suas ausências ou em situações de emergência.

O cuidador terciário é alguém familiar, amigo ou vizinho próximo que ajuda muito esporadicamente ou apenas quando solicitado em situações de emergência, mas não tem qualquer responsabilidade no cuidar.

3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

O papel do cuidador informal é algo complexo, atendendo essencialmente ao número de funções novas com as quais se confronta e se vê na necessidade de realizar.

No decurso do processo de transição para o exercício do papel, o cuidador necessita de adquirir/desenvolver diversas competências, que podem ser agrupadas, segundo SILVA (2009), em três categorias: Informação, Mestria e Suporte.

A primeira área de competências está relacionada com o saber – competência que podemos rotular de cognitiva, centrada nas sínteses de informação necessárias para cuidar, ou seja, saber como aprender, como adquirir e/ou desenvolver conhecimentos.

Uma segunda área de competências está relacionada com a habilidade instrumental – mestria, ou seja, o saber fazer. Pretende-se deste modo que o cuidador desenvolva perícias, mestria na prestação de cuidados, no posicionar, no alimentar, etc.

Por último, uma terceira área de competências, centradas no saber ser – suporte, ou seja no desenvolvimento pessoal, envolvendo o saber relacionar-se e o saber cuidar-se.

O cuidar, consiste na prestação de cuidados directos, sendo de salientar, ao nível da ABVD, segundo SEQUEIRA (2010), as diferentes tipologias: **Preocupação; Supervisão; Orientação; Ajuda Parcial; Substituição.**

A **Preocupação** surge em situações em que existe possibilidade da pessoa não desempenhar correctamente uma determinada tarefa e daí resultem consequências negativas para a sua saúde.

A **Supervisão** é um tipo de vigilância necessária quando se verifica a possibilidade da pessoa ter dificuldades no desempenho correcto de uma determinada tarefa. Esta supervisão é habitualmente efectuada com o objectivo de precaução de segurança, evitando que da actividade da pessoa decorram acções que prejudiquem o seu estado de saúde. Contudo, neste caso, ainda existe capacidade que possibilite a sua execução.

A **Orientação** implica a existência de uma incapacidade para o desempenho de uma tarefa de forma autónoma, pelo que necessita de alguém que o ajude, não no sentido de o substituir, mas no sentido de lhe dizer como o fazer. Às vezes com pequenas orientações consegue manter-se a pessoa em actividade, estimulando as suas

capacidades e, simultaneamente, evitando um desempenho inadequado, prejudicial ao seu estado de saúde.

A **Ajuda Parcial** implica a substituição, em parte, de uma determinada tarefa. Este tipo de apoio só deve ser executado quando os tipos de ajuda anteriores deixarem de lhe ser a melhor resposta. A ajuda constitui um apoio complementar na realização de determinada função ou tarefa e é, habitualmente determinante para a manutenção do autocuidado, para a satisfação das necessidades da pessoa e para a estimulação das capacidades que ainda possui.

A **Substituição** é apenas desejável a partir do momento em que existe uma incapacidade total para o desempenho de uma determinada função, visando satisfação das necessidades da pessoa, de modo a proporcionar o máximo de bem-estar.

De salientar, que na maioria das situações, as diferentes tipologias de prestação de cuidados são necessárias em simultâneo, diferindo de acordo com as necessidades de cuidados que as pessoas dependentes apresentem.

CASTRO (2008) salienta que as necessidades de aprendizagem de cada cuidador informal variam de acordo com diferentes factores como, a fase da doença da pessoa dependente, tratamentos a que esta está sujeita, mas principalmente de acordo com o seu grau dependência nas diferentes ABVD. Assim o enfermeiro deve avaliar o nível de conhecimentos do cuidador, bem como suas experiências anteriores, que possam influenciar a suas necessidades de aprender. Um apoio ao nível da informação, formação, treino de competências e habilidades possibilita ao cuidador oportunidades para um melhor desempenho. Na prática, para MELO (2005), deve verificar-se uma boa interacção entre profissionais e cuidadores, de modo, a que as acções de ambos se desenvolvam de forma concertada.

Os cuidadores formais devem elaborar um plano para o cuidador informal, considerando-o um alvo prioritário de intervenção, com o objectivo de dota-lo dos requisitos necessários para a prestação de cuidados adequados (HAM, 1999).

3.3 – ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO

Após varias pesquisas em bases de dados e inclusive na biblioteca da Escola Superior de Saúde de Santarém e biblioteca da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, não encontrei estudos realizados com os cuidadores informais do concelho de Coruche, deste modo serão apresentados estudos realizados a nível nacional.

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (SCML) em 2008 realizou um “Estudo prospectivo sobre a adequação das respostas da SCML às necessidades dos Cuidadores Informais de idosos”, onde caracteriza o perfil dos cuidadores informais.

Neste estudo, foram realizadas 493 entrevistas directas e pessoais, revelando alguns traços comuns entre esta população. “Entre as características mais homogéneas, destaca-se um perfil maioritariamente feminino, ao qual se acrescenta uma ligação de grande proximidade com os idosos, mais frequentemente através de laços familiares. Homens e mulheres em diferentes fases da idade cuidam, predominantemente, dos seus progenitores ou dos seus cônjuges” (ROMÃO e PEREIRA, 2008, p. 41).

Em 2007 foi realizado um estudo com o propósito fundamental, de conhecer as condições sócio-demográficas dos cuidadores informais das pessoas vítimas de AVC no concelho de Coimbra, a colheita de dados foi efectuada nos Serviços de Neurologia dos Hospitais da Universidade de Coimbra e na Consulta Externa de Neurologia do referido hospital. A amostra é constituída por 50 cuidadores informais, predominantemente do sexo feminino, com média de idades de 61 anos, cônjuges da pessoa dependente com nível sócio económico médio baixo, a residir em meio rural no mesmo domicílio do familiar dependente. A maioria não partilha a responsabilidade na prestação de cuidados, e mais de metade dos inquiridos presta cuidados há mais de seis meses. Não receberam ensinamentos aquando da alta hospitalar da pessoa dependente, 27 cuidadores informais. Neste estudo os inquiridos não evidenciam uma sobrecarga muito acentuada, verificando-se, no entanto, que os cuidadores mais velhos tendem a apresentar menor sobrecarga global, menor implicação na sua vida pessoal e menor reacção às exigências; os cuidadores do sexo masculino evidenciam menor sobrecarga emocional, menores implicações na sua vida pessoal, menor sobrecarga financeira e maiores mecanismos de eficácia e controlo; os cuidadores cônjuges do doente evidenciam menor sobrecarga na prestação de cuidados e os cuidadores com um nível sócio económico mais elevado

evidenciam menor sobrecarga na prestação de cuidados; os cuidadores que residem no mesmo domicílio do doente tendem a apresentar menor sobrecarga emocional, menor reacção às exigências e maior satisfação com o seu papel e com o familiar (MARQUES, 2007).

O cuidador informal é normalmente alguém com uma relação de parentesco com a pessoa alvo de cuidados e que, na maioria das vezes, se encontra em co-habitação. Os amigos apenas participam em pequenas tarefas, podendo ficar com a responsabilidade de cuidar apenas na ausência de apoio familiar ou social (DE LA CUESTA, 2004).

3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Como referido anteriormente na caracterização do ambiente de realização do estágio, cada pessoa internada no Serviço de Medicina III tem direito a um acompanhante, muitas das vezes esse acompanhante é o futuro cuidador informal, uma pessoa com disponibilidade e uma relação de parentesco, muitas das vezes dividindo a mesma habitação, como referido nos estudos anteriores. Ora a forma de recrutamento mais pertinente será através de um convite informal, realizado durante a colheita de dados inicial/acolhimento da pessoa dependente e dos seus familiares no Serviço de Medicina III, ou nos primeiros contactos deste com o serviço.

Para SEQUEIRA (2010) o estabelecimento de alianças com os cuidadores informais, o mais precocemente possível, constitui uma via de eleição para a optimização do seu papel. Também HESBEEN (2000) refere que, a preparação para a alta deve iniciar-se o mais cedo possível, a partir do momento de admissão da pessoa. A mesma autora destaca ainda que este deve ser um processo contínuo e constante, desde o momento da admissão até a alta ou mesmo nas consultas pode haver necessidade de ensinar, este processo tem de se iniciar o mais cedo possível, para que as grandes dificuldades sejam resolvidas durante o internamento.

O papel da equipa de saúde é fundamental no envolvimento do cuidador informal nos cuidados à pessoa durante o internamento, exige mudanças de atitudes e comportamentos e sobretudo, encarar o cuidador informal como parceiro e receptor de cuidados. A humanização e qualidade dos cuidados, só se torna possível se as pessoas dependentes e os cuidadores informais, participarem nas decisões relativas aos seus

problemas, “implica trabalhar com e não para...”, levando-os a ajudarem-se a si próprios, colocando-os no centro dos cuidados e promovendo o auto cuidado na medida das suas possibilidades (SEQUEIRA, 2010, p.195).

Considerando o acolhimento uma etapa fundamental e decisiva em todo este processo o enfermeiro promove o desenvolvimento de uma relação aberta com o cuidador informal, compreendendo-o e aceitando-o, estabelecendo com ele laços de confiança que facilitem o envolvimento no processo de cuidados e conseqüentemente momentos de aprendizagem únicos (AUGUSTO, [et al.], 2005).

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

Um objectivo pode ser definido como um propósito ou um alvo que se pretende atingir. Tudo aquilo que se deseja alcançar através de uma acção clara e explícita, pode ser chamado de objectivo (MENEGOLLA e SANT`ANNA, 1993).

O objectivo geral do projecto é: - Capacitar 75% dos Cuidadores Informais da pessoa com dependência nas ABVD internados no Serviço de Medicina III do HDS EPE., cujo destino após a alta seja o domicílio.

Habitualmente a condição de dependência surge de forma inesperada, e o cuidador informal não possui informação/formação prévia, pelo que o apoio e contributo dos profissionais de saúde são fundamentais. “Um apoio ao nível da informação, formação, treino de competências e habilidades possibilita ao cuidador oportunidades para um melhor desempenho” (SEQUEIRA, 2010, p.181). Assim, é imprescindível que o cuidador informal, à semelhança da pessoa dependente, seja considerado o alvo prioritário de intervenções, com o objectivo de dotá-lo dos requisitos necessários para uma prestação adequada de cuidados.

Para o projecto de estágio final, foram igualmente delineados objectivos específicos. Elaborar dois documentos base para o desenvolvimento do trabalho prático diário da equipa de enfermagem, apresentava-se como o primeiro objectivo. A elaboração de manuais que, reúnam informação de maneira sistemática, orientando e padronizando a execução de acções, são considerados por SILVA (2009) uma ferramenta importante. Foi elaborado o “Manual de Boas Práticas na Preparação da Alta da Pessoa Dependente nas ABVD” (Apêndice nº 1), e o Manual do Cuidador Informal (Apêndice nº 2).

Elaborar uma comunicação sobre a importância do planeamento da alta, o papel do cuidador informal e a importância da carta de alta de enfermagem, apresentava-se como outro objectivo. Foi elaborada a referida comunicação que se encontra em anexo (Apêndice nº 3). Para conduzir uma equipa numa determinada direcção ou rumo e alcançar determinados objectivos previamente estabelecidos, acordados e específicos é necessário motiva-la. Trata-se de um processo de influência social, mobilizador e energético (SERRANO e FIALHO, 2005). Deste modo, apresenta-se como outro objectivo específico: incentivar a participação dos 22 elementos da

equipa de enfermagem do Serviço de Medicina III no correcto planeamento da alta até final de 2011;

Após a alta hospitalar, uma correcta articulação e continuidade de cuidados deve garantir que o plano de intervenção prossiga, isto é, não deverá haver quebra na prestação de cuidados e a sua qualidade deverá ser assegurada (MARTINS, 2003). Neste sentido, constituiu-se como objectivo específico, estabelecer um protocolo entre o HDS EPE. (Serviço de Medicina III) e a USF - Vale do Sorraia (Centro de Saúde de Coruche);

Garantir a continuidade de cuidados para MARTINS (2003), deverá ser uma constante preocupação dos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, o que implica trabalhar em parceria com a pessoa dependente e cuidadores informais. Formar os cuidadores informais das pessoas dependentes na ABVD internadas no Serviço de Medicina III que regressam ao domicílio, apresentava-se como outro objectivo específico.

Ainda segundo o mesmo autor, é através essencialmente da informação e da comunicação estabelecida entre os parceiros, que a continuidade dos cuidados com qualidade é assegurada. Deste modo, outro objectivo específico é uniformizar a carta de alta de enfermagem até ao final de 2011.

Monitorizar o desenvolvimento do projecto, apresenta-se igualmente como objectivo específico. Qualquer projecto segundo ANDER-EGG e IDÁÑEZ (2004), deve comportar uma monitorização, uma verificação contínua do desenrolar do projecto, apresentando-se como uma parte da avaliação que deve ser precisa e pertinente.

4.1 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Após serem traçados os objectivos gerais e específicos do estágio final, foram igualmente traçados objectivos da intervenção profissional do mestrando.

Um dos objectivos da intervenção profissional é a uniformização de procedimentos, no planeamento da alta das pessoas dependentes e de informação a fornecer aos cuidadores informais. Para este efeito, construi um “Manual de Boas Práticas no Planeamento da Alta da Pessoa Dependente nas ABVD” e um “Manual para o Cuidador Informal”.

A elaboração de manuais de admissão e planeamento da alta, constituem elementos fundamentais na promoção da melhoria contínua do desempenho nos cuidados de saúde (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003).

Motivar e envolver no projecto, os 22 elementos da equipe de enfermagem do Serviço de Medicina III, constitui outro objectivo da intervenção profissional, para o efeito, foi planeada e elaborada uma comunicação com os objectivos do projectos. Para MARTINS (2003), é fundamental que todos os elementos de uma equipa conheçam e partilhem os projectos e objectivos da mesma.

A continuidade dos cuidados é um direito de todas as pessoas, e assegura-la é um dever dos profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Deste modo, constitui-se como objectivo da intervenção profissional promover a elaboração de um protocolo entre o Serviço de Medicina III do HDS EPE. e o Centro de Saúde de Coruche, nomeadamente a USF – Vale do Sorraia. Para MARTINS (2003) a cooperação entre instituições, fundamental e necessária à continuidade dos cuidados, deve basear-se na circulação sistemática de informação, utilizando linguagem e instrumentos comuns. É também objectivo da intervenção profissional, como o assinar deste protocolo, delinear e uniformizar os canais de comunicação, com especial foco na uniformização da carta de alta de enfermagem.

4.2 – OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo deste projecto, como descrito anteriormente, é: os cuidadores informais, das pessoas dependentes nas ABVD, internadas no Serviço de Medicina III do HDS EPE. que regressam ao domicílio.

“O cuidar de uma pessoa dependente, surge em muitas situações, de uma forma inesperada, para a qual o cuidador habitualmente não tem formação prévia, nem se encontra preparado, pelo que o apoio e contributo dos profissionais de saúde são fundamentais” (SEQUEIRA, 2010, p.182). Segundo o mesmo autor, um apoio ao nível da informação, formação, treino de competências e habilidades possibilita ao cuidador oportunidades para um melhor desempenho.

Os objectivos a atingir com a população-alvo, vão ao encontro destas afirmações, é imperativo que estes se sintam preparados para o exercício do seu papel, fornecendo-lhes informação oral e escrita, formação, treino de competências e

habilidades e assegurando-lhes a continuidade dos cuidados. Estabelecer com os cuidadores informais uma aliança, otimizando o desempenho do seu papel, capacitando-os para melhor cuidar da pessoa dependente e de si, é fundamental em termos económicos, sociais e familiares.

A formação e a informação dos cuidadores, sobre a melhor forma de cuidar, poderá ajudar ambas as partes, quem cuida e quem é cuidado. As pessoas dependentes cuidadas por cuidadores a quem foi feito ensino, recorrerão certamente menos aos serviços de saúde por intercorrências relacionadas com o motivo do internamento (GONÇALVES, 2008).

5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Neste quinto capítulo, dividido em sete subcapítulos, realizei uma análise reflexiva sobre as intervenções planeadas e realizadas ao longo do estágio.

A execução de qualquer projecto pressupõe a concretização de uma série de intervenções, nenhum projecto se pode realizar sem uma sucessão de “que fazer” e de acontecimentos que têm o propósito de transformar certos recursos nos resultados previstos de um determinado período.

Com efeito, o que materializa a realização de um projecto é a execução sequencial e integrada de diversas intervenções. Isto implica que no desenho do projecto se tenha de indicar, de maneira concreta e precisa, quais são as actividades a executar para alcançar as metas e objectivos propostos. Para isso, deve explicar-se a forma como se organizam, sucedem, complementam e coordenam as diferentes intervenções, de tal modo que o encadeamento das mesmas não sofra desajustes graves que influenciem negativamente a realização do projecto (ANDER-EGG e IDÁÑEZ, 2004).

5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Seguidamente serão enumeradas e fundamentadas as intervenções realizadas e programadas.

Após a identificação pela Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina III do HDS EPE, e por alguns elementos da equipa de enfermagem, da necessidade de planear de forma sistemática a alta, respondendo às reais necessidades das pessoas dependentes nas ABVD e do seu cuidador informal, capacitando-os para o regresso ao domicílio, foi elaborado o projecto “Um Parceiro em cada Cuidador Informal” e posteriormente foi apresentado à Enfermeira Chefe e Enfermeira Coordenadora do referido serviço, numa reunião (resumo em anexo, Apêndice nº 4), com o objectivo geral de envolver a Enfermeira Chefe e Enfermeira Coordenadora do Serviço de Medicina III no desenvolvimento e operacionalização do projecto, nesta reunião foi apresentado o projecto, avaliada a pertinência do mesmo para o serviço, debatida a disponibilidade de

recursos e ainda, identificados pontos fortes e fracos do projecto, com vista à sua melhoria.

A preparação da alta começa logo após a entrada da pessoa no serviço, em que o enfermeiro deve fazer um levantamento de todas as necessidades reais e potenciais bem como a recolha de informação sobre recursos da pessoa, de forma, a poder planificar intervenções susceptíveis de a ajudar. Este primeiro momento, deve ser contínuo, organizado e sistemático, feito através da observação, exame físico da pessoa, ou recorrendo a outras fontes de informação como: familiares, cuidador informal, processo clínico e outros elementos da equipa. Para o efeito, geralmente nos serviços existem protocolos a seguir (HESBEEN, 2000). No Serviço de Medicina III, não existe qualquer documento sobre a preparação/planeamento da alta, considerei pertinente a elaboração de um “Manual de Boas Práticas na Preparação da Alta da Pessoa com Dependência nas ABVD”, (Apêndice nº 1) por forma, a uniformizar os procedimentos de actuação, de forma simples e sistemática, apresentando-se como um recurso para todas a equipa de enfermagem e contribuir para a integração de novos elementos.

Existem vários instrumentos de ensino disponíveis para serem usados pelos enfermeiros que estão a realizar ensinios ao cuidador informal, os materiais impressos, como: livros; panfletos; folhetos e brochuras devem ser utilizados como complementos de demonstrações, treino e orientação oral. Para CASTRO (2008), o reforço da informação na alta hospitalar à pessoa e ao cuidador informal, acompanhado de um documento escrito, minimizará situações de stress por parte das pessoas dependentes e dos cuidadores, favorecerá certamente a recuperação da pessoa, assim como a redução de readmissões. Neste sentido, foi elaborado o “Manual do Cuidador Informal” (Apêndice nº 2). Um recurso a que todos os cuidadores podem recorrer, a qualquer hora, onde este se mostre pertinente, um complemento a toda a formação/informação fornecida durante o internamento, no processo de planeamento da alta.

Com vista à obtenção de apoios à edição e publicação, do Manual do Cuidador Informal, reduzindo os custos para o HDS EPE. foram desenvolvidos contactos com o proprietário da empresa Ortoribatejana (resumo em anexo, Apêndice nº 6), e com a ACIPI (resumo em anexo, Apêndice nº 7). A associação assegura, a edição gráfica, a publicação na sua página da internet e a empresa encontra-se a estudar a forma mais conveniente de apoiar a publicação do manual.

Para que uma equipa funcione como tal e de modo uniforme no processo de planeamento da alta, é necessário, segundo MARTINS (2003), que todos os

intervenientes conheçam claramente, os objectivos e projectos da equipa e estejam motivados para os atingir. Neste sentido, foi elaborada uma comunicação em Power Point dirigida à equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina III, (Apêndice nº 3) para apresentação do projecto e seus objectivos.

Para garantir uma continuidade de cuidados das pessoas com dependência nas ABVD, um direito de todas as pessoas assistidas e um dever dos profissionais e instituições envolvidas, uma vez que está consignado na Carta dos Direitos e Deveres do Doente emanada pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999), na qual se pode ler que "ao doente e sua família são proporcionados os conhecimentos e informações que se mostrem essenciais aos cuidados que o doente deve continuar a receber no seu domicílio" e ainda "ao sair de um estabelecimento de cuidados de saúde, os doentes devem poder solicitar e obter um resumo escrito do diagnóstico, do tratamento e dos cuidados que necessitam", foi apresentado o projecto à Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Coruche, numa reunião dia 23 / 11 / 2010, com o objectivo geral de envolver a Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Coruche (como elo de ligação a USF – Vale do Sorraia), no desenvolvimento e operacionalização do projecto, (resumo em anexo, Apêndice nº 5), nesta reunião foi apresentado o projecto, avaliada a pertinência para a realidade da população do Concelho de Coruche e identificados pontos fortes e fracos com vista à sua melhoria. Foi identificado que a redacção de um protocolo entre o Serviço de Medicina III e o Centro de Saúde de Coruche, uniformizando linguagem e canais de comunicação, é de extrema importância, mas deverá ser ponderada só após Setembro de 2011.

A articulação entre o hospital e o centro de saúde, ainda está longe de ser uma realidade construída no sentido da inovação e mudança para a excelência. A parceria inter-institucional é necessária e fundamental, para dar resposta às diferentes necessidades das pessoas. Esta cooperação, deverá basear-se na circulação sistemática de informação, na complementaridade e na conjugação de esforços, deverá utilizar-se uma linguagem e instrumentos comuns, bem como apoiar-se na construção de redes de comunicação entre os profissionais das diferentes instituições e ainda ter em conta que a pessoa é o centro de todas as intervenções, devendo a sua vontade, autonomia, valores e padrões básicos de vida serem respeitados (MARTINS, 2003). A este propósito e em jeito de estratégia para a mudança, sobre o hospital português e as formas de articulação no e com o Sistema Nacional de Saúde (SNS), o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1998),

pretende estimular a fixação de protocolos entre instituições de saúde para garantir a coordenação e a continuidade de cuidados.

Após a alta hospitalar, o centro de saúde deve assumir a continuidade dos cuidados, cabendo ao enfermeiro desta unidade de saúde, programar visitas domiciliárias como componente importante da preparação da alta hospitalar (NOGUEIRA, 2003).

Este protocolo vai uniformizar a linguagem e a forma de comunicação entre os profissionais das instituições envolvidas, otimizando suas capacidades e competências, respeitando sempre a vontade, autonomia, valores e padrões de vida da pessoa envolvida. Vai ainda descrever as diferentes formas de contacto, de acordo com o grau de dependência da pessoa nas suas ABVD e as necessidades do cuidador informal.

A comunicação elaborada em Power Point dirigida à equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina III, (Apêndice nº 3) para apresentação do projecto e seus objectivos, será apresentada à Enfermeira Chefe e Enfermeira Coordenadora do Serviço de Medicina III e posteriormente a toda a equipa de enfermagem, numa reunião formal a programar em Setembro de 2011 (após o usufruto da licença de parental, e com o meu regresso à actividade profissional no Serviço de Medicina III do HDS EPE.). Nesta reunião será igualmente apresentado o “Manual de Boas Práticas na Preparação para a Alta da Pessoa com Dependência nas ABVD”, bem como o “Manual do Cuidador Informal”. Este manuais serão sujeitos a uma apreciação pela equipa, podendo esta, sugerir alterações do seu conteúdo, desde que devidamente fundamentadas (tal como sugerido pela Enfermeira Chefe na reunião de 6 / 10 / 2010).

Mostra-se pertinente a possibilidade de participação da equipa no conteúdo dos manuais para que esta se sinta incluída no projecto. Pois, para SILVA (2001), ninguém consegue genuinamente envolver-se e comprometer-se com um projecto, sem o compreender e o discutir, assim como ninguém pode sentir-se envolvido e comprometido com o que for decidido, se não estiver aberto e receptivo às observações que lhe são feitas pelos demais. A democracia interna em equipas dinâmicas é a participação, por explicação, do debate, do diálogo, da troca autêntica de pontos de vista, da busca do consenso, do encontro de perspectivas.

Devido ao espaço temporal entre a primeira reunião com Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Coruche (Novembro de 2010) e o meu retorno à actividade laboral (Setembro de 2011). Em Outubro de 2011, está prevista nova reunião onde será

relembrado todo o projecto e elaborado o protocolo a estabelecer entre as duas instituições.

Um dos temas sem dúvida a discutir, quer na reunião com a equipa de enfermagem do Serviço de Medicina III, quer na reunião com a Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Coruche e Coordenadora da USF - Vale do Sorraia é os conteúdos a incluir na carta de alta de enfermagem. A carta de alta, instituída no Serviço de Medicina III, apenas reflecte a dependência da pessoa nas diferentes ABVD, a necessidade ou não de tratamentos e suas datas, bem como a data de mudança de dispositivos como: sonda nasogastrica e sonda vesical. Não reflecte como seria pertinente e necessário para a continuidade de cuidados, todos os ensinamentos realizados à pessoa dependente e seu cuidador informal, bem como aqueles que ainda necessitam de reforço ou que por algum motivo não puderam ser realizados, ou ainda que necessitam de uma adequação às condições do domicílio. CABETE (1998, p.98) definiu continuidade de cuidados como sendo um "conjunto de acções que visem garantir uma transição adequada de cuidados quando há mudanças de prestadores". Assim e na opinião da mesma autora, "a passagem de turno, num serviço de internamento, ou uma carta de alta ou transferência, são instrumentos da continuidade de cuidados". A continuidade de cuidados deverá garantir que um plano de intervenção prossiga, isto é, não deverá haver quebra na prestação de cuidados e a sua qualidade deverá ser assegurada. Mostra-se deste modo, pertinente proceder a uma adaptação da carta de alta de enfermagem, no entanto, por sugestão da enfermeira Chefe do Serviço de Medicina III, ela ocorrerá com a participação de todos os elementos da equipa de enfermagem.

As intervenções a realizar directamente com a população-alvo, com vista a programar a alta da pessoa com dependência nas ABVD, consistem em realizar ensinamentos formais e informais, de acordo, com a dependência de cada pessoa e com as necessidades específicas de cada cuidador informal, reforçando sempre a importância da sua participação em todo o processo. Estas intervenções serão iniciadas em Setembro de 2011, logo após a reunião da equipa de enfermagem e tendo como referência o “Manual de Boas Práticas na Preparação da Alta da Pessoa com Dependência nas ABVD”.

Durante a hospitalização da pessoa dependente é essencial estabelecer uma boa relação com o cuidador informal. Esta é importante na medida em que por um lado reduz o impacto negativo do internamento como a tensão emocional e a culpabilidade, por outro lado, é benéfico ter o cuidador informal como parceiro de cuidados (NOGUEIRA, 2003). O mesmo autor afirma ainda, que as informações devem ser dadas

de acordo com as necessidades da pessoa, indo também ao encontro das necessidades dos cuidadores informais, evitando problemas potenciais e proporcionando um ambiente favorável e num clima de privacidade.

Para MARTINS (2003), uma alta com êxito reside na participação dos cuidadores informais, na sua preparação, reforçando a sua auto-estima e responsabilizando-os pelo processo de recuperação/manutenção da pessoa no domicílio.

O ensino feito ao cuidador informal, em contexto hospitalar, é um instrumento que o enfermeiro segundo, PEREIRA e LOPES (2002) pode e deve usar, de forma a transmitir informação para garantir a continuidade de cuidados. Afirmam ainda, que o “enfermeiro só pode garantir essa continuidade com qualidade se actividades como estas estiverem presentes nas suas acções” (PEREIRA e LOPES, 2002, p.83). Os cuidadores informais devem ser chamados a participar de forma activa nos cuidados a serem prestados à pessoa dependente, de modo a conseguirem um saber-saber e um saber-fazer, necessários à adopção, e comportamentos informados e conscientes após a alta. "A família precisa de ser treinada e informada do que deve e como deve fazer" (PEREIRA e LOPES, 2002, p.83). Neste processo de ensino aprendizagem, é importante dar poder às pessoas, dar informações, estabelecer metas e objectivos conjuntos. A finalidade dos ensinamentos é permitir que o cuidador regresse, dentro dos possíveis, às suas actividades normais, o mais informado possível, permitindo à pessoa evitar complicações e ter uma melhor qualidade de vida.

Para complementar todos os ensinamentos realizados durante o internamento será fornecido a todos os cuidadores informais o manual elaborado: “Manual do Cuidador Informal”.

Com o objectivo de monitorizar o desenvolvimento do projecto e para que no final de 2011 o projecto possa entrar na 4ª fase, e ser alargado a todas as pessoas com dependência nas ABVD e seus cuidadores informais internados no Serviço de Medicina III, independentemente do seu concelho de residência. Serão realizadas as seguintes actividades: reunião com a Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina III e reunião com a equipa de enfermagem do Serviço de Medicina III, com apresentação e análise do desenvolvimento do projecto no final de 2011; reunião com responsável pelo projecto na USF - Vale do Sorraia em Dezembro de 2011, com o objectivo de avaliar o projecto até Dezembro de 2011, altura em que este se deverá estender a todos os Centros de Saúde da área de influência do HDS EPE..

Para TAVARES (1990), não é só no final de um projecto que se deve fazer uma avaliação. A equipa deverá fazê-la em cada uma das etapas do processo de planeamento é, aliás, uma forma de envolver os elementos que estão inseridos no projecto.

5.2 – METODOLOGIA

Entende-se por metodologia, as etapas a seguir num determinado processo (ANDER-EGG e IDÁÑEZ, 2004), este projecto foi programado em quatro fases de desenvolvimento, muito condicionado por questões de saúde, desde Outubro de 2010 que me encontro de licença por risco clínico na gravidez, com previsão de manutenção até à data provável do parto 23 – 03 – 2011.

Seguidamente vou delimitar cada uma das 4 fases.

A 1ª Fase decorreu em Setembro e Outubro de 2010.

Nesta fase foram desenvolvidas as diferentes acções:

- Elaboração do projecto;
- Reunião com Enfermeira Chefe e Enfermeira Coordenadora do Serviço de Medicina III do HDS EPE.;

A 2ª Fase decorre de Novembro de 2010 a Março de 2011.

Esta fase desenvolveu-se essencialmente no meu domicílio, com recurso ao computador, utilização da internet, e recurso ao telefone pessoal e estão incluídas actividades como:

- Construção do “Manual de Boas Práticas na Preparação da Alta da Pessoa com Dependência nas ABVD” e do “Manual do Cuidador Informal”;
- Elaboração da comunicação em Power Point dirigida à equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina III, para apresentação do projecto e seus objectivos;
- Reunião com a Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Coruche, apresentação do projecto e ponderação do estabelecimento de um protocolo;
- Realizados contactos com vista à publicação do Manual da Cuidador Informal, nomeadamente: Ortoribatejana (empresa de material ortopédico) e Associação de Cuidadores Informais da Pessoa Idosa;

- Redacção do presente relatório.

A 3ª Fase decorrerá de Março de 2011 a Dezembro de 2011.

Setembro de 2011 é a previsão do meu regresso à actividade laboral no Serviço de Medicina III, após gozo da licença parental. Nesta fase serão desenvolvidas actividades no Serviço de Medicina III, com a equipa de Enfermagem, as pessoas dependentes e seus cuidadores informais e no Centro de Saúde de Coruche com a Enfermeira Chefe e com o Enfermeiro Coordenador da USF - Vale do Sorraia. Nesta fase estão incluídas actividades como:

- Reunião com Enfermeira Chefe e Enfermeira Coordenadora do Serviço de Medicina III;
- Reunião com a equipa de enfermagem do Serviço de Medicina III;
- Apresentação dos manuais construídos à equipa e reformulação dos mesmos se considerado pertinente;
- Reunião com Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Coruche;
- Reunião com Enfermeira Coordenadora da USF - Vale do Sorraia;
- Elaboração do protocolo de articulação entre o Serviço de Medicina III e a USF Vale do Sorraia;
- Programação de momentos formais e informais de ensino aos cuidadores informais e pessoas dependentes que regressam ao domicílio no concelho de Coruche;
- Adaptação/alteração da carta de alta;

Em Dezembro de 2011 será realizada novamente reunião com Enfermeira Chefe e Enfermeira Coordenadora do Serviço de Medicina III e reunião com Enfermeira Coordenadora da USF - Vale do Sorraia (se possível em conjunto) com o objectivo de avaliar o desenvolvimento e articulação de todo o processo e proceder a reajustamentos que se mostrem necessários, com vista ao início da 4ª Fase.

A 4ª Fase deverá iniciar-se em Janeiro de 2012 e decorrerá até Dezembro de 2013. Nesta fase prevê-se o alargamento do projecto a todos os Centros de Saúde da área de influência do HDS EPE..

5.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

Estratégia é a definição de como os recursos serão alocados para se atingir determinados objectivos (ANDER-EGG e IDÁÑEZ, 2004).

Para a realização deste projecto foram accionadas diferentes estratégias, nomeadamente: A Criação de documentos (manuais) base para o desenvolvimento do trabalho prático diária da equipa de enfermagem.

Os manuais são considerados como importante ferramenta no processo de padronização, estes de acordo com SILVA (2009), possibilitam a reunião de informações de maneira sistematizada, tendo como principal finalidade o esclarecimento e orientação para execução das acções relacionadas, as rotinas ou procedimentos, constituindo um instrumento de consulta.

Outra estratégia que se mostrou pertinente foi a criação de documentos que promovam a reflexão na equipa de enfermagem e a criação de momentos de reflexão na equipa, sobre a importância do planeamento da alta e o papel do cuidador informal;

Na realidade económica da nova era da sociedade do conhecimento, o conhecimento cresce quando partilhado e não se deprecia com o seu uso. Mas para que esta partilha de conhecimento se torne realidade, há que criar um clima de confiança e o objectivo deverá ser facilitar a criação, distribuição e uso do conhecimento nas organizações. Segundo SERRANO e FIALHO (2005, p.90) “o conhecimento no mundo ocidental tem dois pólos fundamentais de desenvolvimento: o empírico – conhecimento como resultado da experiência – e o racionalismo – conhecimento obtido essencialmente por via da razão e da reflexão.” Afirmam ainda que, o conhecimento está em constante mutação, pelo que a renovação constante do conhecimento será por excelência um factor de vantagem dentro de uma organização ou equipa. “Isto requer um contínuo reflectir sobre o conhecimento, (...) não é criado por uma pessoa individual, mas por pessoas que partilham os seus conhecimentos e experiências” (SERRANO e FIALHO, 2005, p.89).

O Estabelecimento de parceria entre HDS EPE. (Serviço de Medicina III) e a USF - Vale do Sorraia (Centro de Saúde de Coruche) é outra estratégia que se mostrou pertinente. Segundo CABETE (1998), são muitos os problemas que se levantam ao trabalho inter-institucional, é um trabalho difícil, uma vez que implica partilha de conhecimentos, informação, decisões, compromissos, cedências, cooperação e respeito mútuo. O estabelecimento de parcerias entre instituições de saúde garante a

coordenação e continuidade de cuidados, utilizando linguagem e instrumentos comuns e apoiando-se na construção de redes de comunicação entre profissionais das diferentes instituições, tendo sempre em conta a pessoa como centro dos cuidados. O envolvimento efectivo da pessoa e do cuidador informal como centro dos cuidados da equipa de enfermagem, apresenta-se como uma estratégia fundamental.

O papel da equipa de enfermagem é fundamental no “envolvimento do cuidador informal nos cuidados à pessoa dependente durante o internamento, exige mudanças de atitudes e comportamentos e, sobretudo encarar o cuidador informal como parceiro e receptor de cuidados.” (MARTINS, 2003, p.112) Obriga a equipa de enfermagem a uma abordagem flexível e integral, colocando a pessoa dependente e cuidador informal no centro dos cuidados, promovendo o auto cuidado na medida das suas possibilidades.

A uniformização dos canais de comunicação e a uniformização da linguagem entre equipas e instituições, segundo MARTINS (2003), deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados de saúde, garantindo a permanente circulação recíproca e confidencial da informação relevante sobre as pessoas, deste modo, a uniformização da carta de alta de enfermagem é outra estratégia a ser accionada.

Outra estratégia que se mostra necessária é a reflexão sistemática e periódica sobre o desenvolvimento do projecto, de modo, a proceder a alterações/ reajustes que se mostrem necessários e benéficos, de modo a atingir os objectivos pré-definidos.

5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Qualquer projecto requer para a sua realização, uma série de recursos para obter o produto e atingir o objectivo imediato. Os recursos materiais são as ferramentas, equipamentos e infra-estruturas físicas necessários para levar a cabo o projecto. Os recursos humanos são as pessoas necessárias e qualificadas para realizar as tarefas previstas (ANDER-EGG e IDÁÑEZ, 2004).

Segue-se uma descrição dos recursos materiais já envolvidos.

1 Computador com acesso à internet;

1 Telefone;

1 Impressora;

- 1 Tinteiro cor preta para a impressora;
- 1 Resma de papel A4 Branco.

Nas Fases a desenvolver a partir de Setembro de 2011, serão necessários os seguintes recursos materiais:

- 2 Resmas de papel A4 Branco;
- 100 Envelopes com timbre do HDS EPE.;
- 1 Tinteiro para a impressora cor preta;
- 1 Tinteiro para a impressora com as três cores primárias;
- 1 Dossier de argolas tamanho A4.

Para reunião no Serviço de Medicina III

- 1 Projector;
- 1 Sala de reuniões;
- 22 Cadeiras;
- 11 Mesas de apoio;

Como recursos humanos já envolvidos apresentam-se:

- 3 Enfermeiros do Serviço de Medicina III;
- A Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Coruche;

Nas Fases a desenvolver a partir de Setembro de 2011, serão ainda envolvidos os seguintes recursos humanos:

- Restante equipa de enfermagem do Serviço de Medicina III (19 elementos);
- Equipa de enfermagem da USF – Vale do Sorraia (11 elementos);
- Cuidadores informais;
- Pessoas dependentes.

5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Durante a realização do estágio vários foram os contactos desenvolvidos, com o objectivo de envolver entidades da comunidade.

O primeiro contacto desenvolvido foi com a Enfermeira Chefe e Enfermeira Coordenadora do Serviço de Medicina III do HDS EPE., local de realização do estágio, envolvendo deste modo, o serviço e o hospital. Realizou-se uma reunião, no referido serviço onde foi apresentado o projecto “Um Parceiro em cada Cuidador Informal” com o objectivo de envolver ambas na sua operacionalização (resumo da reunião em anexo, Apêndice nº 4).

Seguiu-se o contacto com a Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Coruche, com o objectivo de envolver o Centro de Saúde e a USF – Vale do Sorraia. Realizou-se uma reunião no referido Centro de Saúde onde foi apresentado o projecto com o objectivo de envolver a referida enfermeira como elo de ligação à USF – Vale do Sorraia (resumo da reunião em anexo, Apêndice nº 5).

Em Dezembro de 2010 foi realizada uma reunião com o proprietário da empresa Ortoribatejana – Comercio de Material Ortopédico Lda. (única loja de material ortopédico em Santarém) Com o objectivo de obter apoio financeiro para o projecto, nomeadamente para a publicação e impressão do “Manual do Cuidador Informal” (resumo da reunião em anexo, Apêndice nº 6).

A Associação de Cuidadores Informais da Pessoa Idosa (ACIPI), foi também contactada, via correio electrónico, com o objectivo de obter apoio para a divulgação do projecto e disseminação da informação contida no “Manual do Cuidador Informal”, nomeadamente a publicação na sua página da internet. A associação respondeu por telefone (resumo dos contactos desenvolvidos em anexo, Apêndice nº 7).

Em Setembro de 2011, será contactada também a Rádio Voz do Sorraia (Coruche) com o objectivo de divulgar a projecto junto da população.

5.6 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Os recursos necessários em qualquer projecto, (equipa de trabalho, equipamentos) têm um custo, quando um projecto decorre numa instituição de saúde, é a mesma que suporta o financiamento do projecto, no entanto, alguns pela sua envergadura, necessitam de recorrer a financiamento alternativo (TAVARES, 1990).

Seguidamente serão apresentadas as formas de financiamento de todos os recursos necessários.

A utilização de infra-estruturas como a sala de reuniões com respectivas cadeiras, mesas de apoio e projector, serão suportadas pelo HDS EPE..

A compra de material consumível: 3 resmas de papel branco A4; dossier de argola tamanho A4; 2 tinteiros cor preta; 1 tinteiro com as cores primárias; 100 envelopes timbrados; serão suportados pelo HDS EPE., com o centro de custos identificado como o Serviço de Medicina III. Assim como os custos salariais dos 22 elementos da equipa de enfermagem.

A utilização do computador com acesso a internet e do telefone, embora disponibilizados pela instituição, ficou a meu encargo, devido a questões pessoais descritas anteriormente (licença por risco clínico na gravidez), a partir do momento que retomar a actividade profissional, estes custos, serão suportados pelo HDS EPE..

Os custos com salário dos 11 Enfermeiros da equipa da USF – Vale do Sorraia, serão suportados igualmente pela sua entidade patronal.

A Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina III mostrou-se disponível para que a impressão do Manual para o Cuidador Informal ocorra no serviço, salientando no entanto, que com o tempo seria um gasto elevado, pelo que foram planeadas outras opções, até pela qualidade da impressão. A ACIPI e a empresa Ortoribatejana suportarão os encargos financeiros da edição e publicação do manual.

Deste modo, e depois de apresentar o centro de custos de cada recurso, considero que o projecto é viável a nível orçamental.

5.7 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Um dos aspectos essenciais na “...elaboração de um projecto é a determinação da duração de cada uma das actividades” (ANDER-EGG e IDÁÑEZ, 2004, p.49). Esta componente, além do mais, permite julgar a sua exequibilidade, isto é, estabelecer se existe uma distribuição uniforme do tempo, se os prazos são realistas, e se o tempo é suficiente para obter os resultados esperados. Permite perceber os tempos atribuídos a cada actividade.

Para realizar a calendarização das actividades do projecto, foi elaborado o Cronograma de Actividades do Projecto “Um Parceiro em cada Cuidador Informal”, que se encontra em anexo (Apêndice nº 8).

Analisando o cronograma, pode concluir-se que até ao momento de realização do relatório este está a ser cumprido, interligando todas as actividades e assegurando a sua sucessão.

6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Neste capítulo, é elaborada uma análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo do desenvolvimento do projecto, através de uma avaliação dos objectivos específicos definidos, avaliação da implementação do programa e da descrição dos momentos de avaliação intermédia e medidas correctivas introduzidas.

A avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a actividade em curso e planificar mais eficazmente. Por si só, estabelece um mecanismo de retroacção sobre as diversas etapas do processo de planeamento que lhe são anteriores. Sendo o final do processo de planeamento, integra-se também em cada uma das suas etapas (TAVARES, 1990).

Os indicadores de avaliação são instrumentos que permitem comprovar, empiricamente e com certa objectividade, a progressão face as metas propostas. Os indicadores servem de padrão para medir, avaliar ou mostrar o progresso de uma actividade, a respeito das metas estabelecidas, em relação à entrega dos recursos utilizados, a obtenção dos seus produtos e do alcance dos seus objectivos, sendo a nível operativo, a unidade que permite medir o alcance de uma meta (ANDER-EGG e IDÁÑEZ, 2004).

6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS

No projecto de estágio final, foram delineados objectivos específicos e metas a alcançar, utilizando para tal indicadores de avaliação.

O primeiro objectivo delineado é como descrito anteriormente, elaborar dois documentos base para o desenvolvimento do trabalho prático diário da equipa de enfermagem. E como metas que até ao final de 2010 estejam concluídos os dois documentos: o “Manual de Boas Práticas na Preparação para a Alta da Pessoa com Dependência na ABVD”, e o Manual do Cuidador Informal. Efectivamente este objectivo foi alcançado e os dois documentos foram elaborados, encontram-se em anexo nos apêndices 1 e 2 respectivamente.

Outro objectivo delineado é a elaboração de uma comunicação sobre a importância do planeamento da alta, o papel do cuidador informal e a importância da carta de alta de enfermagem, e a meta é que a referida comunicação seja elaborada até ao final de 2010. A comunicação foi elaborada e encontra-se em anexo no apêndice nº3.

Estabelecer um protocolo entre o HDS EPE. Serviço de Medicina III) e a USF - Vale do Sorraia (Centro de Saúde de Coruche) até ao final de 2011, garantindo a articulação e continuidade de cuidados é outro objectivo delineado. Este objectivo tal como programado, ainda não foi atingido, mas já foram realizadas diligências nesse sentido. Foi realizada uma reunião com a Enfermeira Chefe do Centro de Saúde de Coruche em Novembro de 2010, e será realizada outra em Outubro de 2011.

Incentivar a participação dos 22 elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Medicina III no correcto planeamento da alta até final de 2011 apresenta-se como outro objectivo específico, pretendendo-se que até ao final de 2011, a preparação para alta das pessoas com dependência das ABVD, seja realmente iniciada no momento de admissão na unidade, numa estreita colaboração entre enfermeiro, pessoa dependente e cuidador informal, com a promoção de momentos de ensino formais e informais, consoante a avaliação inicial. Este objectivo, ainda não foi atingido, no entanto, já foram dados passos importantes para a sua concretização. Foi elaborado o “Manual de Boas Práticas na Preparação da Alta da Pessoa Dependente nas ABVD” e foi elaborada a comunicação a apresentar à equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina III na reunião de equipa de Setembro de 2011. Por um lado incentiva-se a equipa através de momentos de reflexão e de partilha de informação e por outro uniformiza-se os procedimentos de actuação de forma simples e sistemática.

Para que a elaboração e encaminhamento da carta de alta de enfermagem sejam uma realidade em todas as pessoas dependentes até ao final de 2011, é objectivo do projecto uniformizar a carta de alta de enfermagem até ao final de 2011. Este objectivo ainda não foi atingido, no entanto na reunião de 6 de Outubro de 2010 com a Enfermeira Chefe e a Enfermeira Coordenadora do Serviço de Medicina III, este já foi um tema abordado e ficou acordado o seu desenvolvimento a partir de Setembro de 2011.

Monitorizar o desenvolvimento do projecto é outro objectivo específico delineado e tem como finalidade uma verificação contínua do desenrolar do projecto, apresentando-se como uma parte da avaliação. A própria redacção deste relatório

apresenta-se como uma etapa importante pois evidencia a fase de desenvolvimento do projecto.

Após a avaliação dos objectivos delineados e descritas as metas já alcançadas, pode concluir-se que até ao momento o projecto encontra-se a desenvolver-se tal como planeado.

6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

É importante que cada projecto contenha uma forma de avaliação, quer ao nível dos resultados que se esperam obter, quer ao nível da sua elaboração, implementação e execução (TAVARES, 1990).

No projecto “Um Parceiro em cada Cuidador Informal” pode observar-se que a sua implementação até ao momento, está a decorrer tal como planeado. Foram alcançadas as metas delineadas até ao final de 2010 e atingidos os respectivos objectivos. Este facto também é facilmente observado pelo cumprimento do cronograma descrito no subcapítulo 5.7. Por outro lado, encontram-se programadas com devido encadeamento, todas as actividades que se mostram necessárias para a concretização do projecto.

6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS

Segundo TAVARES (1990), não é só no final de um projecto que se deve fazer uma avaliação. A equipa deverá fazê-la em cada uma das etapas do processo de planeamento. Apresentando-se como uma estratégia para envolver os diferentes elementos envolvidos no projecto.

O primeiro momento de avaliação do projecto de estágio final foi realizado logo numa fase inicial, após a reunião com as Enfermeiras Chefe e Coordenadora do Serviço de Medicina III. Após a referida reunião, o projecto foi alterado e adaptado, consoantes as imposições/sugestões da Enfermeira Chefe (resumo da reunião em anexo, Apêndice nº 4).

Inicialmente, estava prevista a realização de uma reunião de equipa, para a apresentação do projecto e a proposta da construção de grupos de trabalho na equipa de enfermagem, para a elaboração dos dois manuais e iniciar-se de imediato a informação/formação dos cuidadores informais. No entanto, por imposição da Enfermeira Chefe, devido à minha licença por risco clínico na gravidez, na reunião ficou definido que a construção dos manuais era iniciada por mim no domicílio e que a reunião de apresentação do projecto, bem como a apresentação dos manuais (obrigatória antes da sua implementação) só poderia ocorrer após o meu regresso à actividade laboral, o projecto foi reformulado neste sentido.

Neste projecto, está previsto um momento de avaliação do seu desenvolvimento e articulação no final de 2011, com vista a proceder a alterações que se mostrem necessárias e pertinentes, com o objectivo de o melhorar e de o alargar a todos os Centros de Saúde da área de influência do HDS EPE. a partir de Janeiro de 2012.

7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Neste capítulo será apresentada uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas, ao longo de todo o estágio final. Uma competência é reconhecida pelo nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003).

Segundo o mesmo autor, o enfermeiro habilitado com um curso de Especialização em Enfermagem é um enfermeiro a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialização.

Como a planificação do projecto “Um Parceiro em cada Cuidador Informal”, foi prevista a mobilização essencialmente de duas competências, uma comum a todos os enfermeiros especialistas, que entra no domínio da melhoria contínua da qualidade e é apresentada como a competência de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade. Esta competência, tal como previsto, foi amplamente mobilizada, com a criação do “Manual Boas Práticas na Preparação da alta da Pessoa com Dependência nas ABVD”. Com a criação do referido manual, além de motivar a equipa de enfermagem para o correcto processo de planeamento da alta, leva a uma uniformização dos cuidados, normalizando a actuação de toda a equipa de enfermagem, conduzindo a uma melhoria contínua da qualidade de cuidados. Tal como reconhece a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002, p.10) a “produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”.

Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades é uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária cuja mobilização estava prevista. Foi amplamente mobilizada e apreendida, pois, todo o projecto visa capacitar os cuidadores informais para o desenvolvimento do seu papel. O próprio manual de “Manual Boas Práticas na Preparação da alta da Pessoa com Dependência nas ABVD” conduz a um processo de identificar as áreas de ensino prioritárias ao cuidador informal, consoante a dependência da pessoa que cuidam. Por

outro lado, o Manual do Cuidador Informal também elaborado, constitui um elemento importantíssimo na formação dos Cuidadores Informais, apresentando-se como instrumento complementar à informação/formação oral e prática adquirida no serviço de internamento, com uma grande vantagem, pode e deve ser consultado quando e onde o cuidador o considerar necessário.

Uma das principais necessidades dos cuidadores informais é a obtenção de informação, sobre os cuidados que a pessoa dependente necessita (CASTRO, 2008). Assim, a informação assume um papel primordial, pelo que deve ser rigorosa e adequada às necessidades individuais de cada pessoa. Para SEQUEIRA (2010), cuidadores bem informados significam diminuição de medos e ansiedades, no cuidar da pessoa dependente. Uma alta hospitalar planeada e sistematizada, garantindo um esclarecimento maior e assegurando a continuidade do cuidado, evita muitos reinternamentos que contribuem significativamente para elevar as despesas dos cuidados de saúde.

Acredito que com a implementação do projecto de estágio final, pelos motivos anteriormente explicitados, bem como pela sua relevância e competências adquiridas, assumi um papel de educador de saúde, oferecendo conhecimentos, influenciando modelos de pensar, gerando e clarificando valores, ajudando a mudar atitudes e crenças, facilitando a aquisição de competências e produzindo mudanças de comportamento e estilos de vida.

8 – CONCLUSÃO

Neste capítulo, pretendo reflectir de uma forma mais global sobre a operacionalização do projecto “Um Parceiro em cada Cuidador Informal”, dando especial importância aos resultados obtidos, durante o desenvolvimento do estágio final.

O reconhecimento de que os cuidadores informais são agentes fundamentais na prestação de cuidados de saúde das pessoas com dependência, deve constituir uma prioridade para as políticas de saúde, de modo a que quem cuida não fique por cuidar (SEQUEIRA, 2010). Os enfermeiros ao direccionarem o foco da sua atenção, para a pessoa dependente e o seu cuidador informal, facilitam a adaptação de ambos a esta nova realidade (dependência/cuidador).

Para que seja possível a continuidade do cuidado no seu domicílio, reduzindo custos na duração do internamento e em reinternamentos, os cuidadores devem iniciar, ainda durante o internamento, o desenvolvimento da capacidade de cuidar. Isso significa a realização de uma efectiva preparação para a alta hospitalar, onde o enfermeiro esteja verdadeiramente comprometido com esse propósito e esclareça as possíveis/reais dependências da pessoa e os cuidados que o cuidador informal deverá assumir ou supervisionar, desenvolvendo com ele uma relação de cooperação e apoio (CASTRO, 2008).

Após a identificação pela Enfermeira Chefe do Serviço de Medicina III do HDS EPE, e por alguns elementos da equipa de enfermagem, da necessidade de planear de forma sistemática a alta, respondendo às reais necessidades das pessoas dependente nas ABVD e do seu cuidador informal, capacitando-os para o regresso ao domicílio, foi elaborado o projecto “Um Parceiro em cada Cuidador Informal”.

Por não existir qualquer documento escrito que normalize a actuação do enfermeiro no planeamento da alta, no referido serviço, apesar de autores como a ORDEM DOS ENFERMEIROS (2002), o considerar imprescindível para a melhoria continua da qualidade, foi elaborado o “Manual de Boas Práticas no Planeamento da Alta da Pessoa com Dependência nas ABVD”, constituindo-se este como um recurso fundamental para a equipa de enfermagem.

O Manual do Cuidador Informal, também ele elaborado durante a realização do estágio, apresenta-se igualmente como um recurso fundamental, para os cuidadores

informais, complementando a formação/informação fornecida durante o internamento, com a grande vantagem de poder ser utilizado quando e onde ele pretender. Foram ainda desenvolvidos contactos com vista a obtenção de apoios para a sua edição e publicação, reduzindo os custos para o HDS EPE. e melhorando a sua qualidade.

Foi igualmente elaborada uma comunicação para a equipa de enfermagem, com o objectivo de a motivar para o correcto planeamento da alta, promovendo momentos de reflexão e discussão, contribuindo para o envolvimento da equipa no desenvolvimento do projecto.

Evidenciada que está a necessidade de articulação entre os cuidados de saúde primários e diferenciados, desenvolver parcerias entre ambos, como estratégia a adoptar no sentido de garantir a continuidade e respectiva qualidade de cuidados à pessoa dependente e cuidador informal, apresenta-se como uma metodologia pertinente. É neste sentido que se desenvolve todo o projecto.

Quando se trabalha com e/ou na comunidade, a curto e médio prazo poucos são os resultados visíveis, este relatório reflecte as actividades já realizadas, o projecto irá continuar. Todo o trabalho desenvolvido contribuiu para a mobilização e aquisição de competências, no domínio da melhoria contínua da qualidade e do processo de capacitação de grupos e comunidades, bem como a competência para a elaboração de um projecto de estágio e para a elaboração de um relatório sobre o processo de desenvolvimento do estágio.

Não posso deixar de frisar, vários foram os obstáculos que encontrei no percurso, impeditivos não, mas impondo limites ao desenvolvimento de um trabalho que considero, cada dia que passa, mais oportuno e pertinente, no qual me envolvi profundamente. O obstáculo mais marcante foi a minha licença por risco clínico na gravidez, acarretando impeditivos devido a regras sociais enraizadas.

Por último parece-me importante salientar que a transferência dos cuidados hospitalares para o domicílio, gera no cuidador informal, dificuldades para a qual muitas vezes, não se encontra preparado. Cabe ao enfermeiro um papel fulcral nesta área, informando-o, apoiando-o e capacitando-o para o cuidar. A operacionalização do projecto “Um Parceiro em cada Cuidador Informal” é sem dúvida um contributo inestimável para esta problemática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDER-EGG, Ezequiel; IDÁÑEZ, Maria José Aguilar - **Como Elaborar um Projecto – Guia para desenhar projectos sociais e culturais**. 16ªed. Lisboa: CPIHTS, 2004.

ANDRADE, Maria Isabel - **Educação para a saúde**. Lisboa: Texto Editora, 1993.

ARAÚJO, Fátima [et al.] - Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Vol. 25, nº 2 (2007), p. 59-66

AUGUSTO, Berta Maria de Jesus [et al.] – **CUIDADOS CONTINUADOS – Família, Centro de saúde e Hospital como Parceiros no Cuidar**. 2.ª ed. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda, 2005.

CABETE, Dulce - **Cuidados continuados e continuidade de cuidados, in o idoso problemas e realidades**. Coimbra: Formasau Formação e Saúde Lda., 1998.

CASTRO, Susana Cristina Pereira – **Como Aprende o Cuidador Principal do Doente Oncológico em Fase Terminal a Cuidar no Domicílio**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto, 2008 [citado em 17 de Janeiro de 2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt>.

CEIA, Carlos - USF Vale do Sorraia: muita calma... e confiança no projecto. **Jornal médico de família**. Dezembro, 2010

DE LA CUESTA, Carmem - Construir um mundo para el cuidado. **Revista Rol de Enfermería**, nº18 (2004) p.1152-1162

GONÇALVES, Deolinda Maria da Silva Afonso – **A Preparação do Regresso a Casa da Pessoa Idosa Hospitalizada**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde.

Lisboa: Universidade Aberta, 2008 [citado em 17 de Janeiro de 2011]. Disponível em: <<http://repositorioaberto.univab.pt>

HAM, Richard - Involving standards in patient and caregiver support. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, Nº 13 (1999) p.27-35.

HANSON, Shirley May Harmon. - **Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família, Teoria, Prática e Investigação**. 2ª Edição, Loures: Lusociência, 2005.

HESBEEN, Walter - **Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados numa perspectiva de cuidar**. Loures: Lusociência, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas**. Lisboa: Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatística Censitárias e de População do INE, 2002.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Anuário Estatístico da Região do Alentejo 2008**. Lisboa: INE, 2009.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - **Anuário Estatístico de Portugal 2008**. Lisboa: INE, 2009.

LAGE, Isabel - **Cuidados familiares a idosos**. in Envelhecer em Portugal. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

LEUSCHNER, António - **Política de saúde na área do envelhecimento e da demência**. Lisboa: Lidel, 2005.

MARQUES, Sónia Catarina Lopes - **Cuidadores informais**. Lisboa: Formasau, 2007.

MARTINS, Jacinta Pires – **Programação da Alta Hospitalar do Idoso um Contributo para a Continuidade de Cuidados: Estudo exploratório**. Dissertação de

Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto, 2003 [citado em 17 de Janeiro de 2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt>.

MELO, Graça - **Apoio ao doente no domicílio**. Lisboa: Lidel, 2005.

MENEGOLLA, Maximiliano e SANT`ANNA, Ilza Martins - **Por que Planejar? Como Planejar**. Petrópolis: Vozes, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **O hospital Português**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 1999.

NENO, Rebecca - Male carers: myth o reality? **Nursing Older People**. London: Vol.16, 2004, p.14-16.

NERI, Anita e CARVALHO, Virginia Angela - **O Bem-estar do Cuidador: Aspectos Psicossociais**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2002.

NOGUEIRA, Maria Assunção Almeida – **NECESSIDADES DA FAMÍLIA NO CUIDAR: Papel do enfermeiro**. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Universidade do Porto, 2003 [citado em 17 de Janeiro de 2011]. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt>.

OLIVEIRA, Francisco - **Centro de Saúde de Coruche**. Lisboa: Administração de Saúde de Lisboa, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. - **Divulgar – Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Edição Ordem dos Enfermeiros, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **A Cada Família O Seu ENFERMEIRO**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2002.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais.**

Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Modelo de Desenvolvimento Profissional – Caderno Temático.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2009.

PAIXÃO, Carlos Montez, RECHENHEIM, Michael Eduardo. — Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional dos idosos. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. Vol.21, nº1 (2005), p.7-19. [citado em 11 de Dezembro de 2010]. Disponível em <http://www.scielo.br>.

PEREIRA, Maria da Graça; LOPES Cristiana - **O doente oncológico e a sua família.** Lisboa: Cimepsi Editores, 2002.

PERLINI, Nara Marilene Oliveira; FARO, Ana Cristina Mancussi - Cuidar de pessoas incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador informal. **Revista Esc Enfermagem USP**; Nº39 (2005) Pg.154-63. [citado em 20 de Janeiro de 2011]. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/>

PERRENOUD, Philippe - **Dez Novas Competências para Ensinar.** Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

RIBEIRO, Óscar - **Quando o cuidador é um homem: envelhecimento e orientação para o cuidado. In Envelhecer em Portugal.** Lisboa: Climepsi Editores. 2005

RODRIGUES, Manuel; PEREIRA, Anabela; BARROSO, Teresa – **Educação para a Saúde: Formação Pedagógica de Educadores de Saúde.** Coimbra: Formação, 2005.

ROLIM, Marli Alves; SILVA, Jonas - **O papel do enfermeiro e do cuidador na descontinuação do processo de internação.** [citado em 19 de Novembro de 2010] Disponível em <http://www.Pronep.com.br>

ROMÃO, Ana; PEREIRA, Andreia - “Cuidadores informais de idosos - conhecer os colaboradores da SCML”. **Cidade Solidária.** Lisboa: Janeiro, 2008 p.40-43.

SANTOS, Dina Isabel Francisco Alberto - **As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente - Um Estudo no Concelho da Lourinhã**. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa: Universidade Aberta, 2008 [citado em 17 de Janeiro de 2011]. Disponível em: <<http://repositorioaberto.univab.pt>.

SEQUEIRA, Carlos - **Cuidar de idosos com dependência física e mental**. Lisboa – Porto: Lidel, 2010.

SERRANO, António; FIALHO, Cândido – **Gestão do Conhecimento O novo paradigma das organizações**. 3ª ed. Lisboa: FCA – Editora de Informática, 2005.

SILVA, Ana Maria Antunes - **Efectividade de um programa de intervenção na percepção de sobrecarga dos familiares cuidadores de pessoas com demência**. Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa da Universidade de Lisboa, 2009 [citado em 17 de Janeiro de 2011]. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt>

SILVA, Walmir Rufino da – **Motivação nas Organizações**. São Paulo: Editora Atlas, 2001.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette - **ENFERMAGEM COMUNITÁRIA: Promoção da Saúde de Grupos, Família e Indivíduos**. Lisboa: Lusociência, 1999.

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