



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOAO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS NA
VISITA DOMICILIÁRIA: UM PROJETO DE
INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE**

Mafalda Pereira Elias

Orientação: Prof^a Doutora Felismina Rosa Parreira Mendes

Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária

Área de Especialização: Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Évora, 2016



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOAO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS NA
VISITA DOMICILIÁRIA: UM PROJETO DE
INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE**

Mafalda Pereira Elias

Orientação: Prof^a Doutora Felismina Rosa Parreira Mendes

Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária

Área de Especialização: Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Évora, 2016

RESUMO

CONTEXTO: Na sociedade atual, a visita domiciliária é considerada promotora do acesso a cuidados de saúde de qualidade. Caracterizado pela sua vasta experiência na área dos cuidados domiciliários e pelo corpo de conhecimentos científicos, o enfermeiro tem um singular contributo neste contexto, em que os registos se revelam parte estruturante da prestação de cuidados. **OBJETIVOS:** Organizar e uniformizar os registos de enfermagem da visita domiciliária da Unidade de Saúde Familiar (USF) Eborae. **METODOLOGIA:** Recorreu-se à metodologia do planeamento em saúde e como instrumentos de recolha de dados foram aplicados questionários, construídos para o efeito, aos enfermeiros da USF Eborae. **RESULTADOS:** Após o diagnóstico da situação constatou-se a falta de instrumentos de registo facilitadores do planeamento, execução e continuidade dos cuidados prestados aos utentes da USF Eborae em ambiente domiciliário. **CONCLUSÕES:** Os instrumentos de registo elaborados possibilitam um funcionamento estruturado e protocolado que assegura a continuidade na prestação de cuidados.

DESCRITORES: Registos de Enfermagem; Enfermagem de Saúde Comunitária; Consulta no Domicílio; Cuidados de Enfermagem.

**IMPORTANCE OF RECORDS IN DOMICILIARY VISIT:
AN INTERVENTION PROJECT IN COMMUNITY**

ABSTRACT

BACKGROUND: In today's society, home care is considered a precursor to access quality health care. Characterized by their vast experience in the field of home care and their body of scientific knowledge, nurses have a unique contribution in this context, in which the records are revealed a structuring part of care. **AIM:** Organize and standardize the nursing records of home visit of the Family Health Unit Eborae. **METHODS:** It was used the health planning methodology, as data collection tools they were applied questionnaires, purpose-built, to nurses of Family Health Unit Eborae. **RESULTS:** After the diagnosis of the situation it was found the lack of registration tools facilitators for planning, execution and continuity of care to users of Family Health Unit Eborae in home environment. **CONCLUSION:** The recording instruments elaborated enable a structured and documented operation that ensures continuity in care.

DESCRIPTORS: Nursing Records; Community Health Nursing; Consultation at Home; Nursing Care.

ÍNDICE

	PÁG.
1. INTRODUÇÃO	11
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	16
2.1 CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL	16
2.2 CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS	22
2.3 DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	25
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO	29
3.1 CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO	29
3.2 CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO	36
3.3 ESTUDOS SOBRE A POPULAÇÃO ALVO	39
3.4 RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO	41
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	42
4.1 OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	42
4.2 OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO	44
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	46
5.1 FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	46
5.2 METODOLOGIA	49
5.3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS	55
5.4 RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	59
5.5 CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	60
5.6 ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	61
5.7 CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	62
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	63
6.1 AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	63
6.2 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	66
6.3 DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS	68
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	70
8. CONCLUSÃO	73
9. REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	86

ÍNDICE DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1: Região do Alentejo	16
Figura 2: Concelho de Évora	17
Figura 3: Unidades Geográficas de Tratamento de Dados do Concelho de Évora	18
Figura 4: Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários por NUTS II em 2011	30
Figura 5: Densidade Populacional Alentejo 2011	31
Figura 6: Estrutura etária da população residente no Alentejo, por género, 2001 e 2011	32
Figura 7: Percentagem de Idosos no Alentejo em 2011	33
Figura 8: Pirâmide Etária Concelho de Évora – 2010	34
Figura 9: Dificuldades na realização das atividades de vida da população em Portugal com 65 anos ou mais, 2011	37
Figura 10: Resultados dos Questionários de Avaliação do Projeto aplicados aos enfermeiros da USF Eborae	67

ÍNDICE DE TABELAS

	PÁG.
TABELA 1: População Inscrita na USF Eborae dezembro de 2014	20
TABELA 2: População Inscrita na USF Eborae em 2014 em Unidades Ponderadas	21
TABELA 3: População Inscrita na USF Eborae em 2014 por Freguesia de Residência	22
TABELA 4: Índice de Envelhecimento e Índice de dependência de Évora e Portugal no ano de 2011	34
TABELA 5: Estrutura Etária da População Por Freguesias de Évora – 2011	35
TABELA 6: Estratégia Orçamental do Projeto	61
TABELA 7: Resultados dos Questionários de Avaliação da perceção dos Enfermeiros da USF Eborae sobre a Visitação Domiciliária	65

ÍNDICE DE ANEXOS

	PÁG.
ANEXO A - CONSENTIMENTO INFORMADO	87
ANEXO B - SESSÃO DE APRESENTAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DA USF EBORAE DO PROJETO “IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS NA VISITA DOMICILIÁRIA”	90
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DA USF EBORAE SOBRE A VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA	96
ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO	99
ANEXO E - GUIÃO DE REGISTOS PARA A VISITA DOMICILIÁRIA	101
ANEXO F - GUIA PRÁTICO PARA CUIDADORES INFORMAIS	130
ANEXO G - FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM NA VISITA DOMICILIÁRIA	155
ANEXO H - SESSÃO DE APRESENTAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DA USF EBORAE DOS INSTRUMENTOS DE REGSITOS ELABORADOS	160
ANEXO I - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	170

LISTA DE ACRÓNIMOS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AC – Alentejo Central

OE – Ordem dos Enfermeiros

REVD – Registo de Enfermagem na Visita Domiciliária

VD – Visita Domiciliária

LISTA DE SIGLAS

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

1.INTRODUÇÃO

“Se a enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam ter o conhecimento e a capacidade para gerir adequadamente a informação” (Figueiroa-Rego, 2003, p.39).

Ao longo da história de enfermagem tem-se observado cada vez mais uma maior autonomia e emancipação da profissão. Esta mudança na profissão tem sido acompanhada paralelamente com a evolução dos registos de enfermagem, considerados hoje como parte integrante na prestação de cuidados.

O facto de serem hoje considerados como componente dos cuidados foi conseguido progressivamente através de alterações sociais, políticas e económicas, ocorridas nos últimos tempos, com o objetivo de alcançar o bem-estar do utente e a qualidade dos cuidados prestados. O que antes era considerado uma perda de tempo (Silva, 2006), é atualmente visto como imprescindível para a compreensão global do doente (Gonçalves, 2008 citado por Oliveira, 2009).

A ausência ou insuficiência dos registos de enfermagem podem conduzir a uma menor qualidade da assistência ao utente e à impossibilidade em avaliar os benefícios da profissão de enfermagem (Romano, 1984 citado por Martins et al., 2008).

A este respeito Castonguay (2001) citado por Martins et al. (2008) afirma que a documentação dos cuidados se tornou sinónimo dos próprios cuidados, pelo que um cuidado não registado é considerado não realizado. A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que cuidar não dispensa a escrita, assim considera-se que os registos dos cuidados de enfermagem devem existir como uma realidade diária do trabalho do enfermeiro.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2005) define os registos de enfermagem como um conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro no exercício da profissão, onde compila as informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão de outros técnicos implementados pelo enfermeiro (intervenções interdependentes) e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados.

Desde o início da profissão de enfermagem que os registos se revelaram de uma utilidade indiscutível. A sua existência remonta ao tempo de Florence Nightingale que já registava as suas observações, utilizando as informações recolhidas para avaliar os cuidados prestados e melhorar os mesmos em áreas deficitárias identificadas.

Nightingale, encarava os registos como fonte de informação sobre os utentes, defendia a realização de anotações sobre a evolução e observações essenciais, descrições claras e avaliação dos resultados esperados.

Atualmente os registos assumem uma função essencial e indispensável na enfermagem, esta importância crescente que lhe é atribuída facilmente se constata ao pesquisar a literatura existente que tem atribuído aos mesmos um lugar de destaque. Estes são vistos hoje, como uma forma de comunicar entre a equipa que permitem a continuidade dos cuidados prestados.

Clarke (1997, p.230) afirma que “a continuidade dos cuidados e o alcance dos objetivos comuns no tratamento depende da comunicação eficiente entre os diferentes membros de pessoal, da manutenção de registos cuidadosos nas respetivas folhas, de relatórios claros, objetivos e exatas instruções verbais e escritas”.

Segundo George (2000, p.72) o registo “representa a comunicação escrita dos factos essenciais de forma a manter uma história contínua, dos acontecimentos ocorridos (...)”. Os registos de enfermagem permitem, quando elaborados adequada e atempadamente, fundamentar tomadas de decisão e intervenções, relativamente à dinâmica individual e situação clínica de cada cliente (Pereira,1991 citado por Martins et al., 2008).

Pimenta e Vale citado por Rodrigues, Perroca e Jericó (2005), referem que os registos precisam de ocupar um lugar de destaque, considerados insubstituíveis no dia-a-dia de qualquer enfermeiro, independentemente do local onde exerce atividade. Os enfermeiros têm de possuir a capacidade de provar através da escrita as razões que conduziram às suas decisões, nomeadamente, as ações de enfermagem executadas e também a resposta do utente a esses cuidados. Importa mencionar que a escrita deve transmitir uma imagem real do utente e da sua situação no momento da realização da mesma (Martins et al., 2008).

O sistema de avaliação do desempenho da carreira de enfermagem, menciona os registos no Decreto- Lei nº 437/91 de 8 de novembro, no Artigo 19º, nº2, considerando

existir deficiente desempenho se houver “incumprimento do dever de registo sistematizado dos cuidados de enfermagem prestados.” Para além da funcionalidade dos registos anteriormente descritas, estes trazem consigo outras mais-valias que importa clarificar. Nomeadamente, na supervisão, Doenges e Moorhouse (2010) dizem que um aspeto muitas vezes subvalorizado da tomada de notas é a importância destas para efeitos de treino e supervisão. Segundo os mesmos autores, os supervisores ganham consciência das capacidades de um subordinado ao ler as suas notas de evolução e podem conseguir identificar áreas que merecem uma supervisão ou treino/formação adicionais.

A escrita, ou seja, os registos de enfermagem assumem também um papel na lei, uma vez que segundo Potter e Perry (2006, p. 118) “a documentação eficaz constitui uma das melhores defesas contra reclamações no âmbito da saúde. Por forma a restringir a responsabilidade do enfermeiro, os registos de enfermagem devem mencionar, claramente que ao utente foram prestados cuidados de enfermagem personalizados”.

A este respeito Doenges e Moorhouse (2010) dizem que a lei exige que os profissionais de saúde documentam as observações de enfermagem, os cuidados prestados e a resposta do cliente. Este registo serve de ferramenta de comunicação e de ajuda para determinar a eficácia dos cuidados, bem como para definir as prioridades dos cuidados em curso de modo a simplificar o registo e a promover uma documentação atempada e correta.

Uma vez que são a base de toda a filosofia e metodologia do trabalho em enfermagem, os registos devem ser rigorosos, completos e realizados corretamente, pois são o testemunho escrito da prática de enfermagem. É através deles que os enfermeiros dão visibilidade ao seu desempenho, reforçando igualmente a sua autonomia e responsabilidade profissional.

É neste âmbito que surge o projeto de intervenção na comunidade “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” (VD), inserido no Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária, ano letivo 2015/2016 da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus de Évora, Universidade de Évora, que teve como objetivo principal:

- Organizar os registos de enfermagem da Visita Domiciliária da Unidade de Saúde Familiar (USF) Eborae.

Tendo como base o objetivo geral, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente aos registos de enfermagem da VD.
- Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros na VD.
- Uniformizar métodos de registos na VD.
- Elaborar um guião para a avaliação inicial de enfermagem na VD.

Na primeira parte deste relatório encontra-se a análise do contexto onde decorreu o estágio, incluindo a caracterização do ambiente, dos recursos materiais e humanos, assim como a descrição e fundamentação do processo de aquisição de competências.

Na segunda parte é feita a caracterização da população, nomeadamente quanto às necessidades específicas, estudos sobre programas de intervenção e recrutamento da população alvo.

A análise reflexiva sobre os objetivos de intervenção profissional e os objetivos a atingir com a população alvo será feita em seguida numa terceira parte.

Posteriormente surge a análise reflexiva sobre as intervenções, detalhadamente quanto à fundamentação das intervenções, metodologia utilizada, análise reflexiva sobre as estratégias acionadas, os recursos, materiais e humanos. Assim como, uma análise da estratégia orçamental e do cumprimento do cronograma proposto.

A sexta parte do relatório destina-se à avaliação do projeto, que engloba uma análise do processo de avaliação e controlo, a avaliação dos objetivos e da implementação do programa, a avaliação intermédia e as respetivas medidas corretivas introduzidas.

De seguida é efetuada uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas.

Por último, surgem as principais conclusões deste projeto, as dificuldades e limitações sentidas assim como as aprendizagens e as sugestões de melhorias em termos profissionais no âmbito da intervenção comunitária.

Importa referir que todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato, ANEXO A) foram cumpridos durante a implementação

do projeto de intervenção na comunidade “Importância dos Registos na Visita Domiciliária”.

Este relatório foi organizado de acordo com o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e relatório final do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora, foi seguido o Manual de Normas para a elaboração de relatórios de estudos empíricos da Associação Americana de Psicologia (2006-2007).

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

Neste capítulo são traçadas as características do campo de estágio assim como todos os recursos nele existentes. Esta caracterização permite clarificar a localização e a perceção da metodologia posteriormente utilizada.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O Alentejo, ilustrado na Figura 1, corresponde à maior região de Portugal. É limitado a norte pela Região Centro, a este por Espanha, a sul pela Região do Algarve e a oeste pela Região de Lisboa e também pelo Oceano Atlântico. Engloba 58 municípios e cerca de 400 freguesias. Apresenta uma área de 31 551,2 km² (33% do continente) e 760 098 habitantes (Pordata, 2011) (7,6% do Continente).



Figura 1: Região do Alentejo

Fonte: www.visitportugal.com

O concelho de Évora, capital do distrito, é o maior concelho em termos de área, ocupando um total de 1306,3 km² e possuindo 19 freguesias, conforme demonstra a Figura 2. Estas encontram-se divididas em freguesias urbanas e freguesias rurais, sendo 7 as freguesias com um cariz urbano e 12 as freguesias com um cariz rural. Em números absolutos, Évora é o concelho com mais habitantes do Alentejo Central, tinha segundo os últimos dados demográficos disponíveis que dizem respeito ao ano de 2011, um total de 56.596 habitantes (Pordata, 2011).



Figura 2: Concelho de Évora

Fonte: www.pordata.pt

O município é limitado a norte pelo município de Arraiolos, a nordeste por Estremoz, a leste pelo Redondo, a sueste por Reguengos de Monsaraz, a sul por Portel, a sudoeste por Viana do Alentejo e a oeste por Montemor-o-Novo.

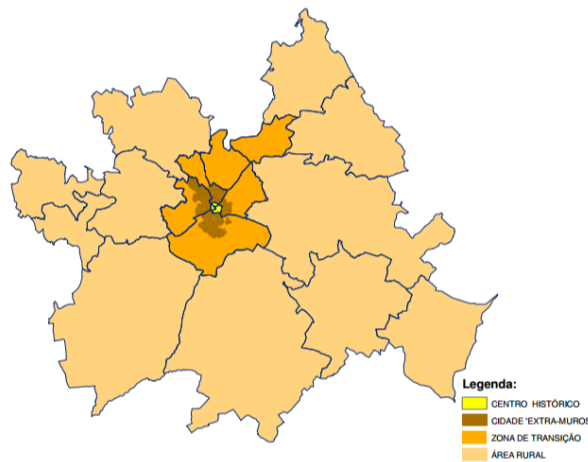


Figura 3: Unidades Geográficas de Tratamento de Dados do Concelho de Évora

Fonte: www.pordata.pt

Na Figura 3 podem-se observar as Unidades Geográficas de Tratamento de Dados do Concelho de Évora.

O Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) do Alentejo Central foi criado pela Portaria n.º308/2012, de 9 de outubro, e tem como zona de influência a área geográfica que abrange os 14 Concelhos do distrito de Évora (Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz e Mourão, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa), num total de 7392,49 Km² e serve uma população residente de 163.980 indivíduos.

A 1 de janeiro de 2015 encontravam-se inscritos no ACES do Alentejo Central (AC) 168.557 utentes, distribuídos pelas 18 unidades do Agrupamento. Destas, nove são Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e as outras nove Unidades de Saúde Familiar (6 modelo A e 3 modelo B). Constam também da sua composição dez Unidades de Cuidados à Comunidade, uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados. Os órgãos do ACES são formados pelo Conselho Executivo, Diretor Executivo, Conselho Clínico e de Saúde e Conselho da Comunidade.

O ACES AC tem por missão garantir a prestação de cuidados primários de qualidade à população da sua área geográfica de intervenção zelando pela equidade no acesso e promovendo uma gestão eficiente dos recursos alocados numa lógica de gestão participada, integrando e complementaridade das respostas.

Segundo o Decreto-Lei n.º28/2008 de 22 de fevereiro os ACES são “ (...) serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. (...)”

Relativamente ao Centro de Saúde de Évora, este engloba cinco USF (Planície, Eborae, Salus, SOL e Lusitânia), 11 extensões de saúde, uma UCSP e uma UCC.

É no Centro de Saúde de Évora que se encontra inserida a USF Eborae. De acordo com o Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de fevereiro de 2006 as USF são “ (...) a célula organizacional elementar de prestação de cuidados de saúde individuais e familiares, constituída por uma equipa multiprofissional, com autonomia organizativa, funcional e técnica e integrada em rede com outras unidades funcionais do centro de saúde.”

As primeiras USF surgem em 2007, dando corpo à reforma dos cuidados de saúde primários. De acordo com o Dec. Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, artigo 3º a atividade das USF desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde. A principal função das USF é a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

TABELA 1: População Inscrita na USF Eborae dezembro de 2014

GRUPO ETÁRIO	USF EBORAE		
	Nº UTENTES	HOMEM	MULHER
00-04	642	349	293
05-09	763	394	369
10-14	735	385	350
15-19	732	387	345
20-24	827	426	401
25-29	861	411	450
30-34	1080	526	554
35-39	1260	610	650
40-44	1060	476	584
45-49	1067	505	562
50-54	1080	512	568
55-59	1036	486	550
60-64	971	463	508
65-69	741	344	397
70-74	607	258	349
75-79	588	224	364
80-84	451	165	286
85-89	249	92	157
90-94	108	38	70
≥ 95	56	9	47
TOTAL	14914	7060	7854

Fonte: Plano de Ação 2015-2017 da USF Eborae

Conforme se pode verificar na TABELA 1, a USF Eborae tinha em 2014, 14.914 utentes, sendo 7.060 do sexo masculino e 7.854 do sexo feminino, sendo que o grupo etário predominante dos inscritos se localiza entre os 35 e 39 anos.

Verifica-se que a população inscrita na USF Eborae é globalmente mais jovem, provavelmente devido ao facto de ser quase exclusivamente urbana, não incluindo muitos utentes de freguesias rurais, tendencialmente mais idosos.

Torna-se necessário efetuar a ponderação dos utentes da USF calculadas de acordo com o nº 4 do artigo 9.º do Dec. Lei 298/2007 (crianças e idosos podem representar 1.5 ou 2 utentes consoante a variação de idades), com vista a uma maior equidade na sua distribuição e remuneração. Cada utente com idade inferior a 4 anos representa dois utentes, cada utente entre os 4 e 7 anos de idade representa um utente e meio, tal como os utentes com idade entre os 65 e 75 anos, já os utentes com idade superior a 75 anos representam dois utentes. A unidade tem 18915 unidades ponderadas (UP) (Plano de Ação 2015-2017 USF Eborae). A TABELA 2 ilustra a população inscrita na USF Eborae em unidades ponderadas.

TABELA 2: População Inscrita na USF Eborae em 2014 em Unidades Ponderadas

Descrição	Utentes	UP
Utentes até os 6 anos	944	1416
Utentes entre os 7 e os 64 anos	11170	11170
Utentes entre os 65 e os 74 anos	1342	2684
Utentes com idade igual ou superior a 75 anos	1458	3645
Total	14914	18915

Fonte: Plano de Ação 2015-2017 da USF Eborae

2.2. CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

A USF Eborae, pertencente atualmente ao modelo B, abriu em 2006. Estão inscritos na USF utentes oriundos de 52 freguesias do Distrito de Évora, com especial destaque para as freguesias do concelho e em especial as da cidade de Évora (a negrito), como se pode ver na TABELA 3 (Plano de Ação 2015-2017 USF Eborae).

TABELA 3: População Inscrita na USF Eborae em 2014 por Freguesia de Residência

Freguesias	N.º	Freguesias	N.º
Outras do Distrito	402	São Bento do Mato	51
São Vicente do Pigeiro	4	Nossa Senhora de Machede	90
Torre de coelheiros	13	Santo Antão	484
Nossa Senhora da Boa Fé	18	São Mamede	586
Nossa Senhora de Guadalupe	30	Canaviais	907
São Sebastião da Giesteira	23	Sé e São Pedro	1081
São Manços	27	Bacelo	2506
São Miguel de Machede	55	Horta das Figueiras	2747
Nossa Senhora da Tourega	34	Senhora da Saúde	2918
Nossa Senhora da Graça do Divor	35	Malagueira	3231

Fonte: Plano de Ação 2015-2017 da USF Eborae

A USF Eborae localiza-se no Edifício do Patrocínio do Hospital do Espírito Santo E.P.E – Évora. A USF Eborae funciona no 2º andar do edifício e a USF Planície funciona no rés do chão do mesmo edifício. Uma vez que estão duas unidades a funcionar no mesmo edifício, existem espaços comuns a ambas porém com espaços independentes para cada uma.

Na cave do edifício pertence a cada unidade um vestiário com casa de banho, um armazém, duas salas de aprovisionamento e uma sala de esterilização. O acesso a este espaço pode ser feito através das escadas ou do elevador (neste último caso apenas com código de acesso). No rés do chão (Piso 0), encontra-se um hall comum às duas unidades, onde está o balcão de informação.

No Piso 1, encontra-se a área onde decorrem as consultas de Saúde Infantojuvenil, Planeamento Familiar e Saúde Materna, consulta de controlo da Diabetes e controlo da Hipertensão arterial, Vacinação e consulta do Pé Diabético. Inclui dois gabinetes médicos com ligação a dois gabinetes de enfermagem, um destinado a consultas de Saúde Infantojuvenil, e outro destinado às consultas de Planeamento Familiar e Saúde Materna. Existe ainda neste piso outro gabinete médico, uma sala de enfermagem destinada à consulta de Diabetes Mellitus, hipertensão arterial, rastreio do pé diabético e quiropodia, uma sala de Vacinação, um balcão de administração, uma sala de espera, duas casas de banho, um fraldário e um cantinho de amamentação. No Piso 2, onde sem encontram os espaços destinados apenas à USF Eborae, existe uma sala de espera para os utentes, um balcão de informação/administração, uma sala de tratamentos, doze gabinetes, uma divisão de sujios, uma casa de banho para funcionários e duas casas de banho para utentes.

No Piso 3 situam-se duas copas, dois gabinetes, duas salas destinadas a reuniões e formações, duas casas de banho distintas e uma arrecadação.

Relativamente à acessibilidade à USF Eborae, esta encontra-se na cerca do Hospital do Patrocínio – Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E.. situando-se assim num dos locais da cidade melhor servido de transportes públicos.

No entanto, essa localização central põe grandes problemas de acesso e em especial de estacionamento, sempre que os utentes se deslocam em carro próprio (Plano de Ação 2015-2017 USF Eborae).

A sua equipa multidisciplinar é composta por oito enfermeiros, dois dos quais são especialistas em enfermagem comunitária, sendo um o enfermeiro responsável, oito médicos residentes, seis administrativos e assistentes operacionais.

Importância dos Registos na Visita Domiciliária

A USF Eborae, dispõe de uma viatura para realização das VD, que partilha com a USF Planície. As equipas de ambas as USF têm o veículo disponível alternado semanalmente no período da manhã ou no período da tarde.

Engloba os seguintes programas: Consulta do Diabético, Consulta do Hipertenso, Saúde Materna, Saúde Infanto-Juvenil, Planeamento Familiar, Medicina do Viajante e Vacinação.

O horário de funcionamento da USF Eborae é das 8h às 20h nos dias úteis, das 8h às 14h sábados, domingos e feriados.

Horário de consultas específicas:

Tratamentos:

- 2ª a 6ª feira das 9h às 18h;
- Sábados, Domingos e Feriados das 9h às 13h30.

Consulta de Diabetes:

- 2ª a 6ª feira das 9h às 11h.

Consulta de Enfermagem do Pé Diabético:

- 6ª feira das 9h às 11h.

Consulta de Hipertensão Arterial:

- 2ª a 6ª feira das 14h às 17h.

Atendimento Telefónico:

- 2ª a 6ª feira das 12h às 14h e das 17h às 19h;
- Sábados, Domingos e Feriados das 12h às 13h30.

Existe ainda disponível o Atendimento de Apoio Telefónico, com o seguinte horário de funcionamento:

- 2ª a 6ª feira das 20h às 24h;
- Sábados, Domingos e Feriados das 14h às 24h.

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

Uma vez que todo o trabalho desenvolvido se prendeu essencialmente com os registos de enfermagem na VD ao adulto e idoso, torna-se fundamental abordar a importância destes. Figueiroa-Rego (2003, p.39) define registo de enfermagem como “a ação ou ato de colocar por escrito factos relativos à pessoa que requer cuidados de enfermagem (...), que serve de guia orientador para a prestação de cuidados, devendo conter não só dados observados e interpretados (diagnósticos de enfermagem) mas também as intervenções (...) e resultados da ação de enfermagem”. Estes registos devem ser objetivos, exatos, completos, concisos, atualizados e organizados (Potter & Perry, 2006).

Os registos de enfermagem certificam que os acontecimentos subsistem com o passar do tempo, representam uma forma de comunicar numa equipa, são o meio de individualização dos cuidados prestados aos utentes, concedendo simultaneamente proteção legal. Por estes motivos a evolução dos registos é autêntica. A sua existência prende-se à enfermagem e aos seus atos, a sua qualidade é promovida e a sua presença nos dias de hoje foi um facto conquistado ao longo de décadas.

Os cuidados de saúde primários assentes numa prática centrada na comunidade, concederam ao Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública “(...) um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde” (Regulamento nº128/ 2011 de 18 de fevereiro).

O Regulamento do Exercício Profissional define o enfermeiro especialista como “o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de abril).

Considerando as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, foram desenvolvidas com o projeto as seguintes competências:

- Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade.
- ✓ Procede à elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade.

Para um correto planeamento em saúde é fundamental que exista um diagnóstico da situação que seja fiável e atualizado, a ausência deste pode conduzir a um resultado da intervenção desadequado e insuficiente. Para que exista uma correta intervenção junto da comunidade é fundamental identificar as necessidades da mesma, ou seja, realizar um diagnóstico de situação.

Esta é uma etapa que Imperatori e Giraldes (1993), consideram dinâmica, pois um diagnóstico de situação correto conduz a uma intervenção adequada, sendo que a etapa de avaliação se irá ligar a um diagnóstico futuro, conduzindo a um conhecimento cada vez melhor da situação.

Esta fase é definida por Stanhope e Lancaster (2011) como uma fase que representa o planeamento em saúde, surgindo após a colheita de dados, conduz à identificação de necessidades. É uma apreciação feita ao indivíduo, família ou comunidade de modo a detetar problemas de saúde, reais ou potenciais com o objetivo de delinear intervenções em enfermagem para atingir resultados esperados, sendo o enfermeiro um dos principais responsáveis.

- ✓ Estabelece as prioridades em saúde de uma comunidade.

Após o diagnóstico de situação devem ser selecionados os problemas mais relevantes e definidas as prioridades de atuação, para tal existem alguns critérios de hierarquização dos problemas a utilizar de forma a rentabilizar os recursos existentes e a eliminar a subjetividade na sua seleção, sendo eles a magnitude do problema, a transcendência e a sua vulnerabilidade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Terminado o diagnóstico de situação, que permitiu identificar os problemas prioritários da população alvo, foi necessário estabelecer as prioridades e traçar as intervenções a

concretizar. Neste caso, a prioridade foi reorganizar os métodos de registo da VD existentes na USF Eborae.

Os registos de enfermagem possibilitam a comunicação de acontecimentos importantes dos doentes, constituindo um elemento fundamental para a prestação e continuidade dos cuidados devendo por isso, ocupar um lugar de destaque no dia a dia dos enfermeiros (Pinho, 1997, citado por Oliveira, 2009). Segundo o mesmo autor para que seja possível comparar, avaliar, modificar e adequar constantemente os cuidados prestados ou a prestar aos utentes, os registos devem ser atempados e exatos para poderem fundamentar decisões e intervenções.

- ✓ Formula objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas.

Imperatori e Giraldes (1993, p. 79) definem objetivo como “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema”

A fixação de objetivos foi fundamental na elaboração do projeto, pois a sua determinação visou dar resposta às necessidades em saúde identificadas, as quais justificaram as intervenções de enfermagem realizadas.

- ✓ Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

Uma vez identificadas as necessidades da população e estabelecidas as prioridades de intervenção foram executadas as atividades planeadas. Assim, procedeu-se à criação de um guião da VD e à atualização da folha de registo existente, de modo a assegurar e facilitar os registos e conseqüentemente assegurar a continuidade dos cuidados.

- ✓ Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados.

A avaliação constitui a etapa final do planeamento em saúde. Consiste no “estabelecimento de standards, comparação com execuções esperadas e adoção de medidas corretivas” (Imperatori & Giraldes, 1993, p.127).

A sua finalidade consiste na melhoria dos programas ou projetos e na orientação e distribuição de recursos, com base em informações pertinentes e de fácil acesso, obtidas

através da experiência, integradas em processos formais como o planeamento e os sistemas de informação. Não deverá servir apenas para justificar as atividades já realizadas ou para identificar carências (Imperatori & Giraldes, 1993).

A avaliação do projeto permite compreender os progressos atingidos com a realização das atividades, comparando com a situação inicial e com os objetivos e metas traçados inicialmente.

- Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades.
- ✓ Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania.

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido contou com o apoio de colaboradores com vista a desenvolver as atividades e atingir os objetivos estabelecidos através de uma atuação diferenciada. A capacitação dos enfermeiros da USF Eborae, que foram colaboradores neste projeto, para a realização de registos organizados e uniformes esteve presente em todo o processo.

- ✓ Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais.

O projeto de intervenção na comunidade “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” teve inerente a promoção da melhoria dos registos de enfermagem na VD, com vista a assegurar a prestação de cuidados de qualidade.

Considera-se que durante as apresentações realizadas aos enfermeiros da USF Eborae foram utilizadas as estratégias de comunicação adequadas ao grupo recetor. Foram igualmente considerados os conhecimentos nas ciências humanas e sociais, recorrendo a disciplinas como enfermagem e educação.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO

Polit, Beck e Hungler (2004) descrevem população como um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios específicos. Segundo Fortin (2009) a população alvo consiste num grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum.

Como destinatários finais do projeto desenvolvido foram considerados os utentes idosos com idade compreendida entre os 75-80 anos de idade inscritos na USF Eborae, inseridos na consulta de enfermagem de visita domiciliária.

Com o trabalho desenvolvido pretendeu-se criar e uniformizar os métodos de registo de enfermagem, assim a equipa de enfermagem da USF Eborae foi também considerada como população alvo.

3.1. CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2011) a população europeia com mais de 65 anos que, se encontra em crescimento exponencial, representava em 2009 cerca de 15% do total da população, salientando-se que esta curva de crescimento ainda se irá acentuar de um modo mais significativo, podendo atingir um quarto da população no ano de 2050.

Relativamente a Portugal, o Instituto Nacional de Estatística (INE) refere, no documento “Projeção da População Residente em Portugal 2000-2050” publicado em 2003, que a população idosa irá sofrer um vigoroso aumento em qualquer um dos cenários previstos, atingindo cerca de 32% da população total no final do período em análise, ao verificar-se esta situação, constatar-se-á uma duplicação da percentagem contabilizada para o ano de 2000. Segundo os dados do INE, em março de 2001, a população portuguesa com mais de 65 anos constituía 16,4% da população do continente, atingindo 20% nos grandes centros urbanos, com um índice de dependência, face à população em idade produtiva, de cerca de 24%.

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno traz repercussões a nível socioeconómico com implicações nas políticas sociais e de sustentabilidade, acarreta igualmente alterações de carácter individual através da adoção de novos estilos de vida.

Em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos era em 2011 de 19%. Em 1960 este valor era de 8%. Estes valores refletem-se também no índice de envelhecimento, que se define como a relação existente entre o número de idosos (população com 65 ou mais anos) e o número de jovens (população com 0-14 anos). Exprime-se habitualmente pelo número de idosos por cada 100 pessoas com 0-14 anos.

Em 2011 o índice de envelhecimento era de 129, o que demonstra o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. Em 2001 havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, este valor era de 45.

Segundo os Censos 2011 Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade, a Figura 4 ilustra estes dados. Em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Através destes dados torna-se evidente o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem.

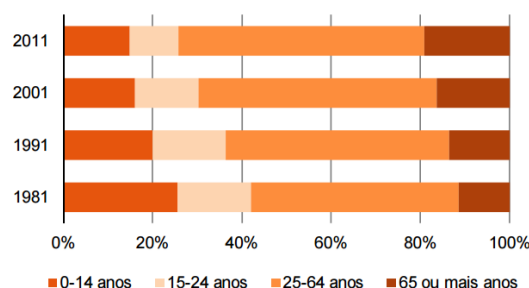


Figura 4: Estrutura da população residente em Portugal por grupos etários por NUTS II em 2011

Fonte: www.ine.pt

De acordo com os Censos 2011, a população residente na região do Alentejo é de 757 302 o que representa 7,2% da população do país. Na sua maioria são mulheres, 390 563 sendo a população masculina de 366 739 pessoas.

Na última década a população da região do Alentejo diminuiu 2,5%, em 2001 era de 776 585 pessoas. Dos 58 municípios que compõem a região, apenas treze não perderam população na última década.

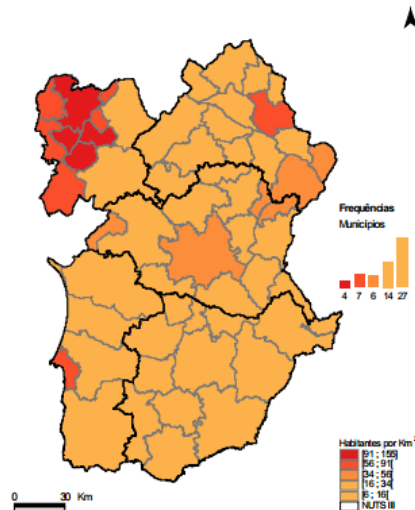


Figura 5: Densidade Populacional Alentejo 2011

Fonte: www.ine.pt

A região do Alentejo apresentava, em 2011, uma densidade populacional de cerca de 24,0 habitantes por Km², como se pode ver na Figura 5, muito inferior à densidade média do país, 114,5 habitantes/km².

Na última década a região do Alentejo, à semelhança do país, não conseguiu inverter o desequilíbrio demográfico que caracteriza a estrutura etária da população, caracterizada pela diminuição da população mais jovem e do aumento da população com idade mais elevada.

Em 2011, a população entre 0-14 anos representa 13,6% enquanto em 2001 era de 13,7%. Como se verifica na Figura 6, a região do Alentejo perde população, essencialmente entre os 15 e os 29 anos. Em 2001 este grupo etário representava 19,6% e em 2011, 15,3%.

A população com 65 e mais anos regista na região o movimento contrário. Em 2001 era de 22,3% e em 2011 atinge os 24,2%. De sublinhar o acréscimo verificado na população com 70 e mais anos que em 2001 era de 15,5% da população, enquanto em 2011 atinge os 18,5%.

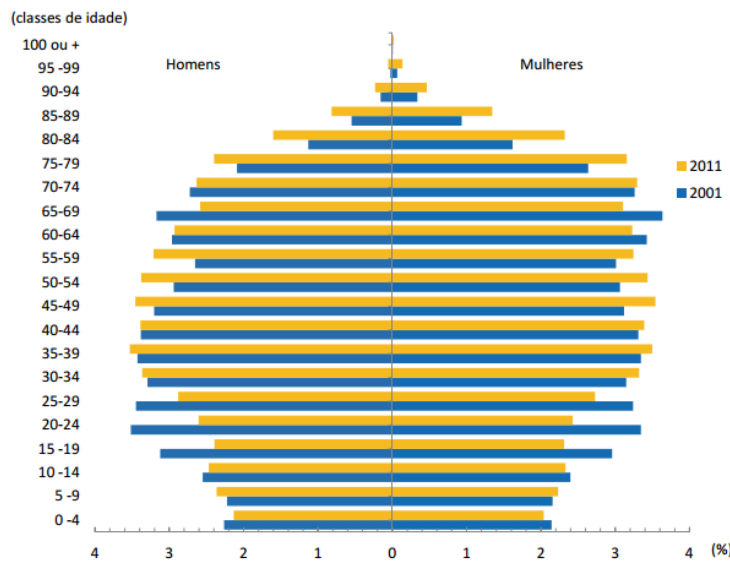


Figura 6: Estrutura etária da população residente no Alentejo, por género, 2001 e 2011

Fonte: www.ine.pt

A população idosa aumentou na última década e representa, em 2011, 24,2% da população do Alentejo, acima da média nacional que é de 19,0%. O envelhecimento da população verificado na última década, ocorreu de forma generalizada em todo o país. Na região do Alentejo o índice passou de 163 para 178 idosos por cada 100 jovens.

Em Portugal este indicador passou de 102, em 2001 para 128 em 2011. Na última década, todos os municípios do Alentejo, com exceção de Beja, Barrancos, Alpiarça e Monforte, agravaram o respetivo índice de envelhecimento.

A Figura 7 ilustra a percentagem de idoso no Alentejo em 2011.

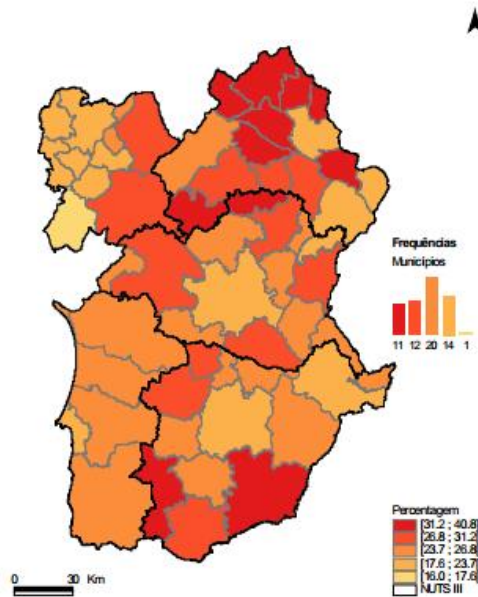


Figura 7: Percentagem de Idosos no Alentejo em 2011

Fonte: www.ine.pt

Feita a descrição da população em Portugal e da região do Alentejo, importa especificar a população da cidade de Évora, uma vez que é aqui que se encontra a população alvo do trabalho desenvolvido. Na cidade de Évora o índice de envelhecimento era em 2011 de 138, sendo que no centro histórico da cidade esse valor sobe para 380. A Figura 8 ilustra a pirâmide etária do concelho de Évora no ano de 2010.

Relativamente ao índice de dependência de idosos, que se define como a relação entre o número de idosos com 65 ou mais anos e a população em idade ativa considerada entre os 15 e os 64 anos, este era em 2011 de 30 no concelho de Évora.

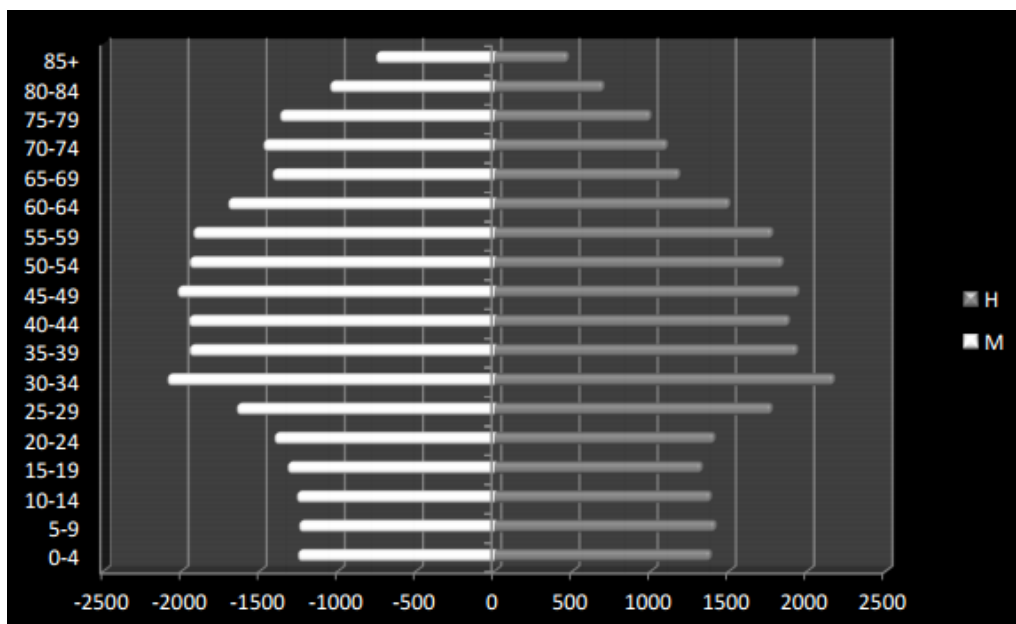


Figura 8: Pirâmide Etária Concelho de Évora – 2010

Fonte: Câmara Municipal de Évora

É no centro histórico de Évora que se verificam mais pedidos de cuidados de enfermagem domiciliários por parte dos utentes da USF Eborae. Assim, será feita em seguida uma abordagem mais pormenorizada deste. Na TABELA 5 expõe a estrutura etária da população por freguesias de Évora, enquanto que a TABELA 4 ilustra o Índice de Envelhecimento e Índice de dependência de Évora e Portugal no ano de 2011.

TABELA 4: Índice de Envelhecimento e Índice de dependência de Évora e Portugal no ano de 2011

	Índice Envelhecimento	Índice dependência idosos
Centro Histórico de Évora	380	55
Évora (total concelho)	138	30
Portugal (continente)	129	29

Fonte: Câmara Municipal de Évora

TABELA 5: Estrutura Etária da População Por Freguesias de Évora – 2011

Freguesias	0-14 anos			15-24 anos			25-64 anos			65 e mais		
	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM	H	M	HM
N.S. Boa Fé	16	12	28	24	13	37	73	72	145	43	69	112
N.S. Graça	29	45	74	21	26	47	129	124	253	49	63	112
Dívor												
N.S. Machede	87	71	158	65	54	119	277	285	562	127	157	284
N.S. Tourega	55	34	89	31	30	61	175	177	352	82	102	184
S. Antão	67	57	124	49	58	107	316	356	672	153	267	420
S. Bento Mato	79	58	137	43	48	91	287	280	567	155	201	356
S. Mamede	62	76	138	67	98	165	375	476	851	191	379	570
S. Manços	66	55	121	55	38	93	235	257	492	106	126	232
S. Miguel	41	40	81	45	37	82	212	202	414	96	121	217
Machede												
S. Vicente	17	20	37	15	21	36	97	86	183	53	55	108
Pigeiro												
Torre	46	42	88	42	30	72	168	173	341	97	117	214
Coelheiros												
S. Sebastião	51	46	97	37	29	66	199	186	385	94	118	212
Giesteira												
Canaviais	333	272	605	182	181	363	949	987	1936	229	309	538
N.S.	30	46	76	15	18	33	129	131	260	46	50	96
Guadalupe												
Bacelo	795	712	1507	515	519	1034	2722	2906	5628	504	636	1140
Horta	891	832	1723	554	537	1091	2745	3051	5796	610	786	1396
Figueiras												
Malagueira	952	919	1871	662	722	1384	3329	3719	7048	891	1179	2070
Sé e S. Pedro	78	64	142	64	96	160	387	457	844	180	365	545
Senhora	529	523	1052	443	408	851	2168	2435	4603	1007	1411	2418
Saúde												
Total	4224	3924	8148	2929	2963	5892	14972	16360	31332	4713	6511	11224

Fonte: Câmara Municipal de Évora

3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO ALVO

O domicílio surge como um lugar estratégico para a prevenção e promoção da saúde. Mais importante que isso, o domicílio representa para a pessoa dependente e a necessitar de cuidados de saúde, o seu espaço, o meio onde se move, apesar das dificuldades, com maior autonomia e segurança. O domicílio poderá ser cenário de estratégias de coordenação e de integração (Garrote, 2005).

Cuidados domiciliários são definidos como cuidados integrais de saúde proporcionados no domicílio a pessoas dependentes e, por simpatia, às suas famílias, com o propósito de promover a saúde e minorar os efeitos da doença e da incapacidade (Friedman, 2006; Garrote, 2005; Rice, 2006). Segundo a OMS (2008) estes procuram satisfazer as necessidades sociais e de saúde das pessoas em suas casas, através da provisão de cuidados de saúde de qualidade, por cuidadores formais e informais, com a utilização de tecnologia adequada, mantendo a continuidade dos cuidados.

O progressivo envelhecimento da população aliado à alteração da estrutura e dinâmica familiar (com destaque para a integração da mulher no mercado formal de trabalho), à elevada incidência de doenças crónicas e incapacidade na velhice e à insuficiência dos serviços de saúde de proximidade alternativos, torna ainda difícil a manutenção dos idosos no domicílio (Paúl, 1997; Pimentel, 2001).

Nesta prática, os cuidados de saúde são oferecidos ao indivíduo e sua família em casa, com o objetivo de promover, manter e/ou restaurar a saúde, maximizar a independência, minimizando os efeitos da incapacidade e/ou doença, incluindo as doenças crónicas. Compreende um conjunto de atividades de carácter ambulatorio no domicílio com objetivos definidos, programadas e de execução contínua (Giacomozzi & Lacerda, 2006; Souza, Lopes & Barbosa, 2004).

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a OMS prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos, sendo que os muito idosos (com 80 ou mais anos) constituem o grupo etário de maior crescimento (OMS, 2001).

Na Figura 9 pode-se verificar quais as dificuldades sentidas pela população portuguesa na realização das atividades de vida.

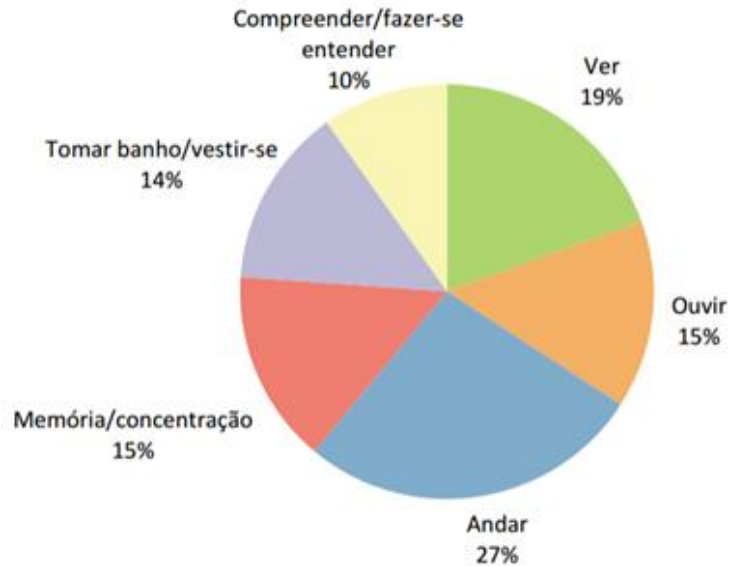


Figura 9: Dificuldades na realização das atividades de vida da população em Portugal com 65 anos ou mais, 2011

Fonte: www.ine.pt

Na USF Eborae esta realidade está bem presente, uma vez que a idade média dos utentes alvo da VD, no ano de 2104, se situa entre os 75 e 80 anos de idade. A maioria dos utentes é do sexo feminino, dado que em cada três utentes que recorrem a VD, duas são mulheres (Plano de Ação 2015-2017 USF Eborae).

As patologias mais frequentes são, em primeiro lugar, as úlceras de pressão de decúbito, muitas adquiridas em internamentos anteriores (Plano de Ação 2015-2017 USF Eborae). Segundo Pereira e Costa (2007) o apoio domiciliário ocorre frequentemente na sequência de alta hospitalar, uma vez que o período de internamento tende cada vez a ser mais curto. Outra situação comum na VD são os utentes que realizaram amputações em consequência da Diabetes. O pós-operatório cirúrgico representa a terceira situação mais comum para a requisição de cuidados no domicílio, no entanto, estas situações costumam ser de curta duração (Plano de Ação 2015-2017 USF Eborae).

Pela descrição das patologias mais comuns facilmente se percebe que as intervenções mais frequentes na VD são a execução de tratamentos a feridas (Plano de Ação 2015-2017 USF Eborae).

Martins (2003) citado por Carvalhais e Sousa (2013) afirma que é a vertente curativa e técnica a mais solicitada e disponibilizada pelos enfermeiros nos cuidados domiciliários. No entanto, os cuidados de enfermagem no domicílio devem englobar outras componentes (Giacomozzi & Lacerda, 2006; Souza, Lopes & Barbosa, 2004): ensino/educação para a saúde ao cliente e sua família; supervisão dos cuidados prestados pela rede informal.

As causas que motivam os utentes a procurar cuidados no domicílio, são essencialmente causas sociais, maioritariamente utentes do estrato social médio-baixo, que se deparam com a falta de apoio familiar o que também origina a falta de transporte para se deslocarem às instalações da USF Eborae.

Importa ainda referir que a maioria dos utentes da USF Eborae alvo da VD reside no centro histórico da cidade, no bairro da Cruz da Picada e no bairro Santa Maria.

Relativamente ao Plano de Ação 2015-2017 da USF Eborae, este estabelece como indicador a ser atingido a realização de 140 visitas domiciliárias na saúde do adulto e idoso por cada 1.000 utentes, o que equivale a 175 VD por mês. Na altura da concretização deste trabalho eram realizados na USF Eborae dez visitas domiciliárias por dia, na saúde do adulto e do idoso. Assim, este indicador encontrava-se no momento atingido, uma vez que se previam oito visitas domiciliárias por dia na saúde do adulto e do idoso, realizadas sempre por dois enfermeiros. Além disso, pode existir também a deslocação de um médico ao domicílio sempre que seja considerado necessário.

3.3. ESTUDOS SOBRE A POPULAÇÃO ALVO

As alterações demográficas do último século, principalmente nas duas últimas décadas, levaram a uma inversão das pirâmides etárias, o que na prática se refletiu no envelhecimento da população. Este desafio de saúde pública iniciou-se nos países desenvolvidos mas, ultimamente, tem afetado também os países em desenvolvimento. (Lima-Costa & Veras, 2003). Isto coloca novos desafios aos indivíduos, às famílias, à sociedade e aos governos, para os quais ninguém estava preparado. O envelhecimento da população será uma realidade para se manter e até se acentuar.

Pereira e Costa (2007) defendem que os enfermeiros a exercer funções nos cuidados de saúde primários possuem uma posição privilegiada na promoção de cuidados de saúde e de readaptação apropriados, possuidores de conhecimentos de saúde comunitária e das questões sociais, têm a capacidade de reduzir o número de hospitalizações e o consumo medicamentoso, respeitando o ambiente do cuidado que é considerado como o espaço social e físico das interações e interdependências dos seres humanos. Estes enfermeiros de saúde comunitária têm igualmente a possibilidade de identificar fatores opressivos de ordem socioeconómicos da família e orientar o idoso e sua família para as instituições competentes. Assim, promovem o autocuidado e a melhoria dos cuidados prestados ao idoso, pela família, vizinhos, voluntários ou ajudantes domiciliários, através da sensibilização e do ensino, em parceria com outros serviços e instituições.

A VD, emerge como uma resposta necessária para que possa ser mantido o contexto privilegiado de vida (estar em sua casa). Esta representa igualmente um instrumento historicamente utilizado no âmbito da enfermagem comunitária, colocando a família como o centro do cuidado (Carvalhais & Sousa, 2013).

A visita domiciliária, permite à equipa de enfermagem avaliar as necessidades do idoso, dos seus familiares e do seu ambiente, possibilita também realizar uma gestão da saúde do idoso visando à prevenção de agravamento do seu estado de saúde. Esta prevenção é feita através de intervenções precoces sobre situações de risco que possam comprometer a saúde e a capacidade funcional do idoso, de modo a manter sua independência, o convívio familiar e a qualidade de vida pelo maior tempo possível. Muitos dos idosos que precisam de cuidados no domicílio sofrem de doenças crónicas, apresentam

internamentos frequentes, têm 85 anos ou mais vivem sozinhos, apresentam distúrbios cognitivos, não possuem uma adesão terapêutica adequada ou não possuem uma rede de apoio social (Fernandes, 2005).

O envelhecimento da população representa a conquista da longevidade. Porém a velhice traz também a dependência funcional e doenças crónicas, com frequência limitando a capacidade dos mais velhos para o autocuidado e elevando a responsabilidade da família e do sistema de saúde (Aires & Paz, 2008, citado por Carvalhais & Sousa 2013). Neste contexto, a visita domiciliária emerge como uma nova fronteira dos serviços de saúde (Camarano, 2002, citado por Carvalhais & Sousa 2013).

Segundo Pereira e Costa (2007) na década de setenta coexistiam em Portugal dois estilos de práticas separados, com finalidades e processos contraditórios, mas que se complementavam: uma era a prática de saúde comunitária que defendia a promoção da saúde e a atuação programada por valências ou programas verticais normalizados centralmente e com preocupações explícitas de qualidade nos processos. A outra representava uma prática de cuidados imediatos, de resposta à procura expressa dos doentes, traduzida em elevado número de consultas, visitas domiciliárias e tratamentos de enfermagem, sem planeamento por objetivos de saúde e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa.

Os mesmos autores afirmam igualmente que os profissionais de saúde orientavam, na altura, a sua prática com o objetivo de responderem aos problemas de saúde que pensavam serem as necessidades da população, sem que esta tivesse um papel participativo nesta tomada de decisão, assumindo a comunidade um papel predominantemente de recetora de cuidados.

Carvalhais e Sousa (2013) realizaram um estudo exploratório que teve como objetivo compreender os fatores envolvidos na qualidade dos cuidados de enfermagem a idosos dependentes em cuidados domiciliários. Através deste estudo concluíram que a promoção da qualidade dos cuidados domiciliários a idosos dependentes apoia-se em parcerias que incluem enfermeiro, utente e a sua família, tal como a cooperação entre a equipa multidisciplinar que presta cuidados. Os autores do estudo afirmam que o principal obstáculo à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade é a escassez de recursos e a desorganização, traduzida pela falta de tempo, desordem e frustração. Esta

qualidade dos cuidados poderia ser atingida através de mais material e de uma equipa multidisciplinar, que permitiria também apoiar os cuidadores informais.

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO

Segundo Fortin (2009, p.70) a população-alvo “é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum. Como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível, isto é, que está limitada a um lugar, uma região, uma cidade, uma escola, um centro hospitalar”.

No início da implementação deste projeto foi realizada a identificação da população-alvo. Considerou-se que a população compreendida, ou seja, os destinatários finais, do projeto de intervenção comunitária “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” seriam os utentes inscritos na USF Eborae, que integram a saúde do adulto e do idoso, alvo da visita domiciliária.

No entanto, importa referir que o trabalho desenvolvido se baseou nas necessidades identificadas pela equipa de enfermagem da USF Eborae, uma vez que o objetivo principal deste projeto é dirigido à organização dos registos na visita domiciliária e que os documentos elaborados representam instrumentos de registo da prática de enfermagem.

Assim, na fase inicial deste projeto foi entregue um consentimento informado aos enfermeiros da USF Eborae com a finalidade de requisitar a sua participação no projeto desenvolvido.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Um objetivo é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto. Uma meta é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzidos em termos de indicadores de atividade (Imperatori & Giraldes, 1993).

Esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correta e quantificada fixação de objetivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa. (Imperatori & Giraldes, 1993)

4.1. OBJETIVOS DE INTERVENÇÃO PROFSSIONAL

Ao longo do tempo, a execução de registos tornou-se parte integrante da prestação de cuidados de enfermagem. Estes têm contribuído para a qualidade dos cuidados prestados e simultaneamente para o bem-estar do utente. A realização e uniformização de registos, detentores de um papel primordial na evolução da profissão, representam hoje uma preocupação real na enfermagem,

A existência e produção de documentação de enfermagem, os chamados registos de enfermagem, remontam ao tempo de Florence Nightingale, em que já era manifestada a preocupação e importância dos mesmos.

Perante esta realidade foi definido o seguinte objetivo geral:

- Organizar os registos de enfermagem da Visita Domiciliária da USF Eborae.

Figueiroa e Rego (2003) citando Goossen (2003), afirma que se a enfermagem quer demonstrar o seu valor, os enfermeiros necessitam de ter o conhecimento e a capacidade para gerir adequadamente a informação e para aplicar a tecnologia de informação de forma inteligente, na sua atividade de cuidar.

Para que a profissão de enfermagem não seja simplesmente empírica, é necessário registar todos os cuidados prestados aos doentes, possibilitando uma apreciação crítica, considerando a evolução do doente. A elaboração de registos permite que os cuidados de enfermagem prestados sejam adequados e científicos tendo em conta as necessidades dos doentes, cuidados prestados e resultados obtidos.

Os registos de enfermagem são utilizados para registar os tratamentos de enfermagem, a resposta dos doentes aos mesmos e as observações sobre os doentes. (Gonçalves, 2008, citado por Oliveira, 2009)

Segundo Cartaxeiro (2003) citado por Oliveira (2009) os registos são definidos como a informação acerca do utente, obtida e cada turno, a qual reproduz as intervenções planeadas e realizadas, dados novos que servirão para uma reavaliação dos problemas do utente e outras queixas passageiras que é útil o enfermeiro do turno seguinte saber.

Os objetivos de registos/documentação de enfermagem, para além da obrigação legal que acarretam, visam “promover a continuidade dos cuidados; produzir documentação dos cuidados; possibilitar a avaliação dos cuidados; facilitar a investigação sobre os cuidados; otimizar a gestão dos serviços” (Figueiroa-Rego, 2003, p. 40).

Apesar de a sua importância ter sido reforçada com a evolução da profissão, o ato de registar continua, frequentemente, a corresponder a uma carga emocional negativa associada ao argumento de tempo desperdiçado, por parte dos profissionais de enfermagem. Assim, torna-se fundamental a criação de suportes documentais que demonstrem a prática e o cuidado de enfermagem, no sentido de contribuir para o crescimento da enfermagem enquanto ciência. Como refere Figueiroa-Rego, citando Goossen (2003, p. 40) “é na prática do dia-a-dia que todos nós decidimos o que registar e o que deixar de fora, não importa se é documentação oral, escrita ou computadorizada. É necessário um julgamento profissional em todas as circunstâncias”.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005) os enfermeiros representam o maior grupo profissional da área da saúde que mais decisões tomam e atos praticam. Pela natureza e especificidade das suas funções os enfermeiros são os que maior informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam nos sistemas de informação e documentação da saúde dos cidadãos.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005) os registos de enfermagem devem conter as seguintes informações:

- Diagnósticos / fenómenos de enfermagem.
- Intervenções de enfermagem.
- Resultados de enfermagem.
- Intensidade dos cuidados de enfermagem.

4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO

A fixação de objetivos é fundamental na metodologia de projeto, pois a sua determinação visa dar resposta às necessidades em saúde identificadas, as quais justificam a elaboração do projeto.

Esta fase do processo de planeamento constitui-se como fundamental, pois permite definir os procedimentos que mais se adequam tendo em vista a redução do problema identificado, através do alcance dos objetivos traçados (Imperator & Giraldes, 1993). Para tal, deve obedecer a determinados critérios estruturais, tais como: precisão, exequibilidade, pertinência e mensurabilidade (Tavares, 1990)

Para conseguir a adesão da equipa de enfermagem ao ato de registar/documentar os cuidados de enfermagem prestados na VD, é necessário conhecer a disponibilidade e motivação dos mesmos para o tema abordado. Na realização da VD torna-se essencial classificar o nível de dependência de cada utente nas atividades de vida diárias de forma a adequar os cuidados prestados. É também importante identificar as necessidades sentidas pelo utente e/ou pelo seu cuidador, assim, a avaliação inicial assume um papel de destaque na elaboração de um plano de cuidados individualizado e na atualização do mesmo.

Tendo como base o objetivo geral, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente aos registos de enfermagem da VD.
- Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros na VD.

Importância dos Registos na Visita Domiciliária

- Uniformizar métodos de registos na VD.
- Elaborar um guião para a avaliação inicial de enfermagem na VD.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

Segundo Tavares (1990), um projeto de intervenção na comunidade tem a necessidade de apresentar as intervenções que o constituem. Estas mesmas atividades devem ser definidas em função dos objetivos operacionais previamente estabelecidos, de modo a rentabilizar os recursos.

As intervenções que permitiram a operacionalização do projeto “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” serão apresentadas em seguida.

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Considerando os objetivos traçados, foram delineadas intervenções para a sua concretização.

O levantamento de dados sobre a VD juntamente com a apresentação do projeto (ANEXO B) à equipa de enfermagem da USF Eborae foi das primeiras intervenções a ser realizadas. No processo de planeamento em saúde está presente a responsabilidade de identificar necessidades em saúde, ganhos potenciais em saúde e intervenções prioritárias capazes de alcançar esses ganhos com os recursos disponíveis (Plano Nacional de Saúde 2012-2016).

Segundo Tavares (1990) o envolvimento de organismos contribui para a aceitabilidade do projeto entre a população beneficiária.

Foram igualmente delineadas intervenções que visavam a construção e aplicação de instrumentos de recolha de informação, especificamente, foram aplicados questionários numa fase inicial (ANEXO C) e posteriormente na fase da avaliação do projeto (ANEXO D).

Para o tratamento e interpretação dos dados recolhidos através dos questionários foi realizada a análise de conteúdo das questões. Para Bardin, (2006) a análise de conteúdo,

enquanto método, representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Imperatori e Giraldes (1993) afirmam que a avaliação constitui a etapa final do planeamento em saúde, esta consiste no estabelecimento de standards, comparação com execuções esperadas e adoção de medidas corretivas.

Não deverá servir apenas para justificar as atividades já realizadas ou para identificar carências, mas deve contribuir para a melhoria de programas ou projetos e na orientação e distribuição de recursos. A avaliação deve basear-se em informações pertinentes e de fácil acesso, obtidas através da experiência, integradas em processos formais como o planeamento e os sistemas de informação. (Imperatori & Giraldes, 1993)

Perante o objetivo geral traçado foi elaborado um Guião de Registos para a Visita Domiciliária (ANEXO E). A Ordem dos Enfermeiros (2005) reconhece que os guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem constituem um contributo importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005) as boas práticas advêm da aplicação de linhas orientadoras baseadas na evidência científica. Pretende-se através dos guias de orientação obter as melhores respostas na resolução de problemas de saúde específicos, baseando-se num compromisso de excelência.

Uma vez que os enfermeiros são os profissionais com maior representação numérica na área da saúde, estes são os que conseqüentemente mais informação clínica produzem, processam, utilizam e disponibilizam. É necessário que os enfermeiros utilizem na prestação de cuidados uma metodologia científica, isto é, os enfermeiros ao planearem os cuidados a prestar, devem-no fazer de uma forma lógica e mais apropriada à situação através da utilização dos modelos teóricos de Enfermagem e aplicação do processo de Enfermagem para que a informação seja aceite.

De acordo com Albuquerque (1990) citado por Simões e Simões (2007), o plano de cuidados, que formaliza o processo de enfermagem, é o suporte de informação ideal para esse fim. O plano de cuidados só irá contribuir para a avaliação de cuidados se se basear numa colheita de dados/avaliação inicial exaustiva e completa.

A avaliação inicial serve assim para documentar a planificação de cuidados do enfermeiro, enriquecendo, fundamentando, justificando e sustentando as intervenções de enfermagem e o estabelecimento de prioridades, sendo que para a efetuar, o enfermeiro terá que realizar uma avaliação da pessoa mas também uma pesquisa de todos os recursos ao seu dispor incluindo a família (Rodrigues, 1998 citado por Simões & Simões, 2007).

Os cuidados de enfermagem no domicílio são cada vez mais encarados como uma mais-valia para o utente que deles usufrui. É no domicílio que é dada ao enfermeiro a oportunidade de uma maior humanização dos cuidados prestados, promovendo a qualidade de vida a utentes crónicos e/ ou em fase terminal, num ambiente que lhes é querido e familiar. É também no domicílio que o enfermeiro tem maior interação e aproximação com o utente e com a sua família, o que vai facilitar a construção de uma relação empática e de confiança.

Foi igualmente elaborado um Guia Prático para Cuidadores Informais (ANEXO F). Para Pearlin, Mullan, Semple & Skaff (1990) os cuidados informais desenvolvem atividades com o objetivo de prestar ajuda e assistência a familiares ou amigos incapazes concretizar os cuidados a eles próprios. Segundo Braithwaite (2000) o Cuidador Informal é um indivíduo não remunerado, familiar ou amigo que se assume como principal responsável pela organização ou assistência e pela prestação de cuidados à pessoa dependente.

Marques (2007), completa esta definição afirmando que o cuidador informal é um membro da família ou da comunidade que presta cuidado de forma parcial ou integral àqueles com défice de autocuidado.

Para Robinson (1990) os cuidados domiciliários têm vindo a tornar-se uma alternativa importante à institucionalização e, quando as pessoas idosas precisam de cuidados, são os membros da família que se assumem como os principais cuidadores.

Outra intervenção desenvolvida foi a elaboração da Folha de Registo de Enfermagem na Visita Domiciliária (REVD) (ANEXO G). Ao longo do tempo, a enfermagem foi alvo de transformação e mudança, acompanhada pela evolução dos registos que são atualmente fonte de preocupação, discussão e reflexão.

Atualmente a informação criada na área de enfermagem detém não só uma finalidade legal e ética e de tomada de decisão clínica, mas também de instrumento de seleção quanto à continuidade dos cuidados, qualidade, gestão, formação e investigação dos mesmos.

Segundo Silva (2006) o percurso evolutivo da profissão fez com que o exercício profissional, inicialmente baseado numa lógica executiva, se apoiasse numa lógica progressivamente mais conceptual. Esta evolução veio ampliar a variedade de aspetos a documentar, quer pelo progressivo alargamento do leque funcional, quer pela necessidade de não circunscrever a documentação à lógica executiva inicial.

Os registos em si mesmos visam melhorar a comunicação entre todos os que cuidam a pessoa, proporcionando uma atenção comum para os problemas desta (Rodrigues et al., 2005).

Os registos de enfermagem evoluíram de um documento de prova da realização da ação para a criação de informação de consumo de tomada de decisão tendo em vista a continuidade de cuidados. Esta mudança reflete-se na estrutura da informação e, conseqüentemente, na autonomia da enfermagem, conduzindo a um aumento da qualidade dos cuidados e contribuindo para a produção de conhecimento científico em enfermagem (Ângelo, Forcella & Fukuda, 1995).

5.2. METODOLOGIA

A metodologia de qualquer projeto de intervenção na comunidade traduz-se no planeamento em saúde. Imperatori e Giraldes (1993) afirmam que o planeamento consiste numa aplicação da lógica na vontade de transformar o real, e afirmam que tal engloba três premissas: a da racionalidade das decisões; a da capacidade de moldar a realidade segundo um modelo prefixado e a de referir-se ao futuro.

O planeamento surge na sequência de uma ideia preliminar de projeto, de forma a encontrar uma resposta adequada à situação em causa, adequando-a ao contexto institucional da situação.

O planeamento, para além de ser um conjunto de técnicas, é também uma atitude ou um posicionamento face à realidade sócio-económica. Supõe que a realidade não é imutável e que a sua evolução está inevitavelmente determinada por fatores incontrolláveis. Reconhece que é possível agir sobre a realidade, no sentido de uma transformação orientada por finalidades predeterminadas e assumidas num quadro de certeza ou num campo de probabilidades (Silva, 1983 citado por Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Tavares (1990) planejar em saúde procura um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças de comportamento das populações, tal como o planeamento na educação procura um estado de conhecimento, através um processo de ensino/aprendizagem, incluindo mudanças no comportamento dos alunos.

Assim, o planeamento em saúde pode ser definido como a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores sócio-económicos (Imperatori & Giraldes, 1993).

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) o planeamento em saúde deve conter três fases importantes: a elaboração do plano (diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de projetos, preparação para a execução), a execução e a avaliação.

Importa referir que quando se executa o planeamento em saúde este deve ter em consideração os fatores internos (os biológicos) e os fatores externos (o ambiente, os hábitos de vida e o sistema de cuidados), assim como as inter-relações estabelecidas com o meio externo.

Imperatori e Giraldes (1993) mencionam as seguintes razões que evidenciam a necessidade de planejar em saúde:

- Escassez dos recursos, sendo necessário utilizá-los eficaz e eficientemente;
- Necessidade de intervir nos problemas de saúde;
- Necessidade de definir prioridades, uma vez que não é possível resolver os problemas que surgem em simultâneo;

- Evitar intervenções isoladas, pois as mesmas comportam custos elevados e, por vezes, irreparáveis, sendo importante implementar abordagens integradas que utilizem e potenciem as sinergias existentes;
- Utilização eficiente das infraestruturas já existentes, uma vez que estas são dispendiosas e podem apoiar simultaneamente vários equipamentos;
- Existência de equipamentos com utilizações polivalentes;
- Competitividade do mercado da saúde;
- Rapidez dos progressos da medicina e da tecnologia, o que requer uma adaptação constante às modificações;
- Melhor utilização das aptidões e competências dos profissionais de saúde, num meio em que existe uma complexidade cada vez maior quer das técnicas, quer em termos da especialização profissional, quer também do trabalho em equipas multidisciplinares.

No Plano Nacional de Saúde 2004-2010 planear em saúde consiste num processo que permite estabelecer prioridades consensuais, objetivos e atividades para o setor da saúde, à luz das políticas adotadas, das intervenções selecionadas e das limitações dos recursos.

Silva (2002) refere que a intervenção comunitária passa pelo diagnóstico das necessidades e problemas, definição de objetivos, estratégias e meios de intervenção, implementação de projetos e ações e numa fase posterior, pela avaliação.

Uma vez que o projeto desenvolvido foi de intervenção na comunidade importa ainda referir que, a intervenção comunitária como uma metodologia de desenvolvimento social define-se pelos objetivos que se querem alcançar e pela capacidade de promover a ação participativa da comunidade (Silva, 2002).

A intervenção comunitária de saúde é um processo pelo qual a promoção da saúde se efetiva como responsabilidade – direitos e deveres – dos cidadãos individualmente e coletivamente considerados. Nesse processo, a população percorre um caminho que inclui a sensibilização e informação sobre questões e problemas, a organização para a participação e a própria participação na programação, execução e avaliação da intervenção (Silva, 2002).

O sucesso de um programa de Intervenção Comunitária reside na organização da comunidade, pois só esta permite e torna necessária a implicação responsável de todos e de cada um, isto é, a descentralização das decisões (Silva, 2002)

Planear em saúde permite ajustar os recursos existentes aos problemas identificados com o objetivo de os solucionar, permite, igualmente, melhorar o desempenho e atingir os objetivos propostos. O planeamento em saúde é imprescindível para o sucesso de qualquer programa ou projeto.

O projeto de intervenção na comunidade “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” teve por base o planeamento em saúde. Foram respeitadas todas as fases que lhe são inerentes, atendendo às especificidades de cada uma. Foi igualmente considerado o envolvimento da comunidade a quem se dirigia este projeto, atendendo às necessidades identificadas. Em seguida serão descritas as intervenções desenvolvidas inerentes à metodologia do projeto desenvolvido.

Numa primeira fase de planeamento do projeto a implementar foi realizada uma reunião com o Enfermeiro Coordenador da USF Eborae, com o propósito de perceber onde intervir de forma a servir as necessidades da USF. Surgiu o interesse pelos cuidados no domicílio, mais especificamente, os métodos de registos existentes na VD e a sua organização.

Após discussão acerca da temática e dos objetivos do projeto, foi demonstrado por ambas as partes interesse no tema “Importância dos Registos na Visita Domiciliária”, uma vez que este iria de encontro a uma necessidade identificada pela própria USF.

Com a finalidade de dar a conhecer o projeto “Importância dos Registos na Visita Domiciliária”, designadamente, o tema, os objetivos, as intervenções e as atividades planeadas foi realizada uma sessão de apresentação com a equipa de enfermagem da USF Eborae (ANEXO B). Foram igualmente expostos os resultados dos questionários aplicados à equipa de enfermagem. Através desta sessão foi possível a troca de ideias, existindo espaço para novas sugestões e comentários ao trabalho exposto. Esta sessão de apresentação teve lugar na sala de formação da USF Eborae.

Com o objetivo de ficar a conhecer a perceção dos Enfermeiros da USF Eborae sobre a VD foi aplicado um questionário à equipa de enfermagem, constituído por perguntas abertas e fechadas. Com a aplicação deste questionário foi possível classificar a equipa

de enfermagem quanto à idade, sexo, habilitações profissionais, anos de profissão e tempo na USF (ANEXO C).

Com este questionário foi possível entender quais as lacunas existentes nos registos da VD. A análise dos resultados dos questionários permitiu concluir que os métodos de registo em suporte papel não eram considerados suficientes pela equipa de enfermagem da USF Eborae. Em posterior discussão dos resultados com a equipa foi possível entender que estes eram considerados incompletos, uma vez que, a folha de registo previamente existente permitia apenas o registo de algumas das intervenções de enfermagem que são realizadas numa VD. Foi também mencionada a lacuna de linhas orientadoras numa primeira VD que permitisse realizar uma avaliação do utente alvo da visita.

A elaboração do Guião de Registos na Visita Domiciliária (ANEXO E) teve como objetivo permitir a realização de uma colheita de dados de forma a tornar possível a prestação de cuidados holísticos e individualizados aos utentes suscetíveis de serem incluídos no programa de VD e aos seus cuidadores, de forma a melhorar a equidade e acesso aos cuidados de saúde e potenciando as capacidades de autonomia do utente para que este atinja o mais alto nível possível de bem-estar e independência.

Assim, foram incluídas neste guião as seguintes escalas de avaliação do utente: Índice de Barthel; Índice de Lawton-Brody; Índice de Katz; Escala de Braden; Mini-Mental State; Escala Geriátrica de Depressão; Escala de Edmonton; Escala de Faces; Escala de Zarit.

Com a elaboração do Guia Prático para Cuidadores Informais (ANEXO F) pretendeu-se criar um instrumento de fácil consulta, destinado a orientar os cuidadores informais na atenção à saúde das pessoas de qualquer idade, acamadas ou com limitações físicas que necessitam de cuidados especiais. Este guia pretende ir de encontro às necessidades dos cuidadores informais. Tem como finalidade fornecer informação de modo simples e ilustrativo, ajudar o cuidador e a pessoa cuidada, estimular o envolvimento da família, da equipa de saúde e da comunidade nos cuidados, assim como, promover a qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada.

No guia elaborado são abordados temas que se consideraram importantes na prestação de cuidados à pessoa dependente. Assim, os assuntos que se encontram no Guia Prático

para Cuidadores Informais são: o conceito de cuidar, posicionamentos, prevenção de úlceras de pressão, cuidados na higiene oral, ajudar o intestino a funcionar, cuidados com a medicação, conceito de cuidador informal, a necessidade de cuidar do cuidador, direitos do cuidador e exercícios para o cuidador informal e a realizar com a pessoa cuidada.

Neste estágio foi criada uma Folha REVD (ANEXO G). A necessidade de criação deste instrumento de registo surgiu após a análise dos questionários aplicados aos enfermeiros da USF Eborae, em que estes referiram que os métodos de registo em papel existentes na USF eram insuficientes. Assim, após discussão com o Enfermeiro coordenador da USF foi decidido que seria uma mais-valia a realização de uma folha que permitisse o registo pormenorizado e rigoroso dos cuidados prestados aquando da visita domiciliária.

A Folha REVD é constituída inicialmente pela identificação do utente, em que se regista também a situação de habitação do utente, ou seja, com quem este vive. O campo seguinte permite identificar quem requisitou a visita e qual o motivo e periodicidade da mesma. Na Folha REVD são também registadas as intervenções de enfermagem realizadas, assim como, as necessidades identificadas e os ensinamentos realizados. Faz também parte deste documento um quadro que permite o registo do tratamento de feridas, especificando a descrição da ferida e do material utilizado.

Uma vez que com este projeto se pretendeu elaborar instrumentos de registo de enfermagem, de forma a apoiar os enfermeiros na prestação de cuidados, facilitar a comunicação entre a equipa e assegurar a continuidade da prestação de cuidados, a divulgação deste projeto foi realizada apenas à equipa de enfermagem da USF Eborae, através da realização de uma sessão de apresentação do mesmo (ANEXO H).

Nesta sessão foi exposto o Guião de Registos para a Visita Domiciliária, assim como o seu objetivo geral, objetivos específicos, os critérios de inclusão na VD, que se encontravam previamente definidos no protocolo da VD da USF Eborae. Apresentou-se o planeamento das visitas, que se divide em primeira visita e visitas seguintes, foram também explicadas as escalas de avaliação do utente anteriormente mencionadas.

Durante a sessão patentearam-se os restantes documentos criados, nomeadamente a Folha REVD e o Guia Prático para Cuidadores Informais. Importa referir que no início

da sessão foram distribuídos a todos os enfermeiros da USF Eborae um exemplar de cada documento criado, a fim de possibilitar a consulta e leitura dos mesmos.

De modo a avaliar o projeto, foi aplicado aos enfermeiros da USF Eborae um questionário acerca dos instrumentos de registo apresentados (ANEXO D). Este questionário divide-se em 13 itens possíveis de avaliar com a pontuação de 1 a 5, em que o 1 corresponde a Insuficiente e o 5 a Excelente. Os itens a avaliar dizem respeito aos instrumentos de registo criados quanto à sua estrutura, à organização e execução das tarefas, à definição de prioridades e à sua capacidade de aplicabilidade.

Os resultados destes questionários encontram-se descritos mais à frente neste relatório.

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

De acordo com Strauss e Corbin (2008) as ações estratégicas ou interações são atos deliberados para resolver um problema. Em função da realidade em que vivem, os atores constroem uma forma substantiva de solucionar os problemas que enfrentam.

A seleção de estratégias é parte integrante do planeamento em saúde. Nesta fase, pretende-se que seja definido o conjunto de técnicas específicas necessárias à realização dos objetivos previamente fixados (Imperatori & Giraldes, 1993).

Com a seleção de estratégias pretendeu-se delinear as diferentes formas de resolver um problema, no fundo responder à questão: Como?

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) nesta etapa estudam-se as diferentes estratégias, que permitem alcançar um mesmo objetivo, selecionando as mais adequadas. Na escolha das estratégias deve-se ter em consideração os custos, os obstáculos, a pertinência e as vantagens e os inconvenientes de cada estratégia. Sendo sempre possíveis diferentes combinações de abordagens do problema em causa, as análises de custo-oportunidade, custo-benefício ou custo-efetividade podem ser determinantes na tomada de decisão entre várias alternativas (Tavares, 1990).

Assim, de modo a atingir os objetivos definidos para o projeto “Importância dos Registos na Visita Domiciliária”, foram selecionadas as seguintes estratégias:

- *Conhecer o posicionamento da equipa de enfermagem da USF Eborae face aos registos de enfermagem na VD.*

Ao acionar esta estratégia foi possível realizar o diagnóstico da situação essencial no planeamento em saúde. O início de um projeto de intervenção caracteriza-se, frequentemente, pela caracterização e aprofundamento dos problemas, correspondendo à fase de arranque da intervenção.

Antes de sugerir uma nova medida ou mesmo antes de intervir numa determinada população é necessário obter o conhecimento o mais completo possível, de modo a compreender a situação para poder agir em conformidade, o que implica que se tenha de proceder à elaboração de um diagnóstico (Santos, 2012).

Através do diagnóstico da situação é possível recolher, tratar, analisar e dar a conhecer informação pertinente, de forma a possibilitar a caracterização rigorosa da população-alvo, permitindo que se tracem objetivos e metas a alcançar em função da informação recolhida. Esta fase do planeamento visa identificar os níveis de não correspondência entre o que está (a situação presente) e o que “deveria estar” (a situação desejada) (Santos, 2012).

O diagnóstico consiste na investigação, na análise da natureza ou da causa de um problema, numa fase final este deve incluir o resultado da análise efetuada, assim como, as conclusões que permitam orientar a tomada de decisão, as alternativas sugeridas e questões para novas intervenções (Aguilar & Ander-Egg, 2007).

O diagnóstico traduz-se num examinar das dinâmicas de mudança, potencialidades e obstáculos de uma determinada situação, é um processo permanente, pelo que está sempre inacabado. No entanto, vai tendo intensidades diferentes sendo inevitavelmente mais aprofundado e mais extenso na fase inicial de lançamento de um projeto e de definição do seu desenho para um horizonte determinado (Aguilar & Ander-Egg, 2007).

Para a implementação do projeto de intervenção comunitária “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” a estratégia acima mencionada foi essencial, uma vez que todo o projeto desenvolvido teve por base a elaboração de registos de enfermagem na VD,

sendo que as intervenções direcionadas a estes foram desenvolvidas a partir das necessidades sentidas pelos enfermeiros da USF Eborae.

Uma outra estratégia acionada foi:

- Envolver a equipa de enfermagem da USF Eborae na análise dos documentos de registo produzidos.

O envolvimento com outras pessoas no desenvolvimento de um projeto passa muitas vezes pelo estabelecimento de parcerias. Segundo Laverack (2004), estas demonstram capacidade para trabalhar em rede, para colaborar e desenvolver relações que promovam interdependência, baseadas no reconhecimento de interesses sobrepostos ou mútuos e no respeito interpessoal e entre organizações.

A parceria pode ser definida como um processo de colaboração que implica a criação de relações de confiança, a partilha de conhecimentos e de liderança. Além disso, parceria privilegia a negociação de interesses e a procura de aspetos comuns de atuação por parte dos mediadores, tendo em vista intervenções dirigidas às diversas necessidades e potencialidades identificadas. A parceria é, igualmente, considerada um processo de negociação e definição de objetivos comuns com implicações nas respetivas tarefas (Ornelas & Moniz, 2007).

Segundo Carrilho (2008), a parceria constitui uma forma de mediação que privilegia, com base na multidimensionalidade, a ligação entre uma perspetiva de conhecimento e uma abordagem prática respeitante à intervenção de atores em contextos específicos. Este autor considera ainda a parceria um processo negocial entre atores com características diversas em torno de projetos comuns.

As parcerias envolvem os esforços de colaboração entre indivíduos, grupos, organizações ou comunidades que encontram um interesse, um desígnio ou um propósito comum ou que são capazes de articular um conjunto de objetivos comuns (Wolf, 2001). Representam, portanto, um contexto de participação cívica, que se propõem contribuir para o desenvolvimento e consolidação de comunidades mais saudáveis (Schultz, 2000 citado por Ornelas & Moniz, 2007).

As parcerias são também veículos privilegiados para a ativação de recursos locais para a resolução de problemas e são habitualmente orientadas para a ação (Vargas-Moniz & Morgado, 2010).

Uma parceria deve caracterizar-se pela sua sustentabilidade no tempo, orientação para a intervenção na comunidade, pela promoção de trabalho colaborativo, partilha de recursos e coordenação de serviços para se atingir determinados benefícios comuns.

Relativamente às parcerias comunitárias, estas assumem um papel importante na organização comunitária, no desenvolvimento de líderes cívicos e no aumento do controlo e poder dos intervenientes que serão direta ou indiretamente afetados pelas suas atividades (Ornelas & Moniz, 2007).

Uma vez que os principais e diretos utilizadores dos documentos de registo criados seriam os enfermeiros da USF Eborae, considerou-se fulcral envolver os mesmos na sua criação, dando espaço para ouvir as suas opiniões e em conjunto alterar e aperfeiçoar os documentos. Perante as diferentes características que envolvem as parcerias, pode-se dizer que na realização e concretização deste projeto de intervenção comunitária, os enfermeiros da USF Eborae foram “parceiros ativos” e sem a “parceria” estabelecida com os mesmos, não teríamos alcançado os objetivos estabelecidos.

A terceira estratégia estabelecida foi:

- Promover a eficácia e eficiência dos registos de enfermagem na USF Eborae.

Os registos são relatórios escritos que indicam o trabalho executado e os problemas solucionados pela equipa de enfermagem. Definem-se como a informação acerca do utente que reproduz as intervenções planeadas e realizadas, dados novos que permitem uma reavaliação dos problemas do utente e outras queixas ou exames efetuados que não constituem problemas de enfermagem, mas que é útil, o enfermeiro do turno seguinte saber (Cartaxeiro, 2003, citado por Oliveira, 2009).

Os registos devem ser atempados e exatos para poderem fundamentar decisões e intervenções. Além disso, permitem simultaneamente, comparar, avaliar, modificar e adequar constantemente os cuidados prestados ou a prestar aos utentes. São informações organizadas acerca dos utentes, que reproduzem os factos pela ordem que estes acontecem e que asseguram a continuidade dos cuidados prestados. Contribuem também para a identificação das alterações da situação e condições dos utentes,

ajudando a detetar novos problemas e a avaliar os cuidados prestados (Gonçalves, 2008, citado por Oliveira, 2009).

Os registos de enfermagem representam acima de tudo uma forma de comunicar, sendo o seu principal objetivo comunicar factos relevantes dos utentes. Têm também como finalidade fornecer informações sobre os cuidados prestados, de modo a garantir a continuidade das informações uma vez que estas são imprescindíveis para a compreensão global do utente. Para além de comunicar, os registos têm como objetivos permitir a individualização dos cuidados, facilitar o planeamento e a continuidade dos cuidados prestados (Gonçalves, 2008, citado por Oliveira, 2009).

Exposta a importância dos registos na enfermagem, importa salientar que só registos organizados e uniformizados podem ser eficazes e eficientes nos cuidados de qualidade aos utentes. Entendendo-se por eficácia algo ou alguém capaz, seguro, infalível, que realiza aquilo a que se destina ou as funções que lhe competem, sem precisar de ajuda e por eficiência algo ou alguém competente e produtivo, que origina bons resultados com um gasto mínimo de recursos.

5.4. RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS ENVOLVIDOS

Segundo Imperatori e Giraldes (1993) existe a necessidade de determinar a necessidade de recursos ao longo do tempo para que seja possível uma correta execução do projeto planeado.

Os recursos humanos são considerados entidades/pessoas envolvidas de um projeto, as pessoas ou organizações que estão ativamente envolvidas no projeto, ou que podem ser afetados pela execução do mesmo (Noro, 2012).

Na operacionalização do projeto “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” foram necessários os seguintes recursos:

- Recursos Materiais:

- Folhas de papel A4;

- Impressora;
- Tinteiros;
- Fotocopiadora;
- Computador;
- Projetor;
- Instalações da USF Eborae.
- Veículo para transporte dos profissionais de saúde para a realização das visitas domiciliárias.
 - Recursos Humanos:
 - Aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária;
 - Enfermeiro Supervisor;
 - Equipa de enfermagem da USF Eborae.

5.5. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Durante a operacionalização deste projeto o contato desenvolvido e a entidade envolvida necessária à sua implementação foi apenas a USF Eborae. O contato com esta foi feito sempre pessoalmente, inicialmente com proposta de realização de estágio na unidade e posteriormente com a apresentação da proposta do projeto a implementar.

A USF Eborae autorizou a implementação do projeto de intervenção na comunidade “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” e a colaboração desta unidade foi proporcionada pela sua equipa de enfermagem através da participação em questionários e reuniões realizadas.

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

A estimativa de custos refere-se essencialmente aos custos dos recursos necessários para a realização das atividades do projeto, para que um projeto decorra num orçamento determinado e aprovado (Noro, 2012).

Os gastos inerentes ao projeto desenvolvido relacionaram-se com materiais consumíveis, material de apoio, horas de trabalho dos profissionais envolvidos e custo das deslocações.

A TABELA 6 resume a estratégia orçamental deste projeto:

TABELA 6: Estratégia Orçamental do Projeto

Recurso	Especificação	Custo
Material de Apoio	Fotocópias	300,00€
	Tinteiro para Impressora	60,00€
	Papel A4	100,00€
Material de Consumo	Eletricidade, Internet	150,00€
Vencimento do Enfermeiro	Horas de Trabalho	1.100,00€
Combustível	Deslocações	250,00€
	Custo Total:	1.960,00€

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Segundo Carvalhosa, Domingos e Sequeira (2010), o cronograma é um componente de um modelo lógico de intervenção comunitária, este deve ter em consideração o período total de tempo em que se espera que o programa decorra. De acordo com esse período temporal, as atividades podem ser calendarizadas, programadas e executadas, de um modo coerente e articulado.

Imperatori e Giraldes (1993) definem o cronograma como uma representação gráfica onde se apresenta o tempo e as atividades que constituem o projeto.

O levantamento de dados sobre a consulta de cuidados domiciliários é uma das intervenções previstas no cronograma (ANEXO I), esta foi realizada no mês de maio tal como planeado.

A aplicação de questionários e a análise dos questionários, foram também intervenções estipuladas no cronograma, no entanto, estas, principalmente a análise dos questionários sofreu algum atraso, uma vez que, nem todos os enfermeiros da USF Eborae entregaram os questionários na data de entrega prevista.

Tal como delineado o planeamento das atividades, a apresentação e discussão das atividades propostas e a execução das atividades propostas foram realizadas, respetivamente, nos meses de julho, setembro, outubro e novembro.

As intervenções que dizem respeito à aplicação de questionários finais e análise dos questionários finais também foram alvo de atraso devido ao mesmo facto acima mencionado nos questionários iniciais.

A elaboração de relatório final e a revisão bibliográfica foram intervenções desenvolvidas de acordo com os meses estipulados no cronograma.

Apesar de algum atraso que se prendeu essencialmente com os questionários, considerou-se que na execução do projeto “Importância dos Registos Domiciliários” foi cumprido o cronograma, uma vez que a maioria das intervenções planeadas e que nele constam foram realizadas dentro do tempo previsto.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação pode ser entendida como uma atividade que envolve a geração de conhecimento e a emissão de juízos de valor sobre diversas situações e processos. Pode ser realizada tanto por agentes externos ou pelos participantes nos diversos componentes de um dado projeto (Campos, Faria & Santos, 2012).

Segundo Campos, Faria e Santos (2012, p.87), “avaliação serve de base no processo de planeamento e de decisão, permite os ajustes táticos necessários ao alcance dos objetivos estabelecidos, possibilita igualmente a expansão do projeto, mudança dos objetivos inicialmente desenhados ou mesmo a sua total interrupção”.

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

A fixação de objetivos é fundamental na metodologia de projeto, pois a sua determinação visa dar resposta às necessidades em saúde identificadas, as quais justificam a elaboração do projeto.

Para que o objectivo possa dar resposta a determinado problema identificado, deve obedecer a determinados critérios estruturais, tais como: precisão, exequibilidade, pertinência e mensurabilidade (Tavares, 1990).

Para este projeto de intervenção foi fixado seguinte objetivo geral:

- Organizar os registos de enfermagem da Visita Domiciliar da USF Eborae.

Foram igualmente delineados os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente aos registos de enfermagem da VD.
- Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros na VD.
- Uniformizar métodos de registos na VD.
- Elaborar um guião para a avaliação inicial de enfermagem na VD.

Relativamente aos dois primeiros objetivos específicos acima citados, “Conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente aos registos de enfermagem da VD” e “Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros na VD”, considera-se que estes foram cumpridos.

A fim de conhecer a opinião da equipa de enfermagem da USF Eborae acerca do programa de VD e identificar as suas necessidades foram aplicados questionários constituídos por perguntas abertas e fechadas. A importância de conhecer a opinião dos enfermeiros prende-se com o facto de estes serem os principais intervenientes na prestação de cuidados no domicílio. Assim, é baseado na opinião dos enfermeiros e nas suas necessidades que este projeto deve ser desenvolvido. Relativamente à caracterização dos sete enfermeiros que responderam aos questionários podemos afirmar que tem uma média de idades de 44 anos, sendo quatro são do sexo feminino e três do sexo masculino. Relativamente às habilitações profissionais, a equipa integra dois especialistas em enfermagem comunitária. Para o tratamento e interpretação dos dados recolhidos através dos questionários foi realizada a análise de conteúdo dos mesmos.

Para Bardin, (2006) a análise de conteúdo, enquanto método, representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Segundo o mesmo autor, esta é organizada pelas seguintes fases: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Quando questionados se a VD atende às necessidades dos utentes todos os inquiridos respondem que sim, afirmando que a VD é realizada pelos enfermeiros sempre que solicitada por um utente da USF. Relativamente às estratégias utilizadas na VD, seis dos sete enfermeiros inquiridos consideram-nas eficazes, uma vez que, estas estratégias são adaptadas aos meios existentes, procurando dar resposta sempre que solicitados. Na questão acerca dos recursos humanos, cinco em sete consideram que estes são suficientes apesar das dificuldades que podem ser sentidas. Dois em sete afirmam que não se revelam suficientes, justificando com o facto de o rácio domicílios por enfermeiro ser elevado. Contrariamente, nos recursos materiais, a maioria dos inquiridos (5 em 7) afirma que estes não são suficientes, apontando como principal obstáculo a partilha da viatura para a realização dos domicílios.

No que diz respeito aos registos disponíveis, os enfermeiros (7 em 7) consideram que os métodos informáticos (S-Clinic) disponíveis permitem dar continuidade à prestação de cuidados. No entanto, nos registos em suporte papel, a maioria (4 em 7) atenta que estes não são suficientes.

Os campos de registo a acrescentar sugeridos pelos inquiridos são: a possibilidade de ligação com outras áreas (psicologia, psiquiatria); ensinamentos realizados ao cuidador e/ou utente; identificação do cuidador e apoio ao cuidador. Sendo que a maioria acrescentaria estes campos ao sistema informático S-Clinic.

A TABELA 7 resume as respostas às questões fechadas do questionário aplicado. Importa referir que o questionário foi aplicado a sete dos oito enfermeiros que constituem a equipa de enfermagem da USF Eborae, dado que o oitavo elemento se encontrava ausente.

TABELA 7: Resultados dos Questionários de Avaliação da percepção dos Enfermeiros da USF Eborae sobre a Visitação Domiciliária

Pergunta	Sim	Não	Não Responde
Considera que a VD atende às necessidades dos utentes?	7	0	0
Considera que os recursos humanos necessários para a VD são suficientes?	5	2	0
Os recursos materiais existentes são suficientes para o exercício/cuidados prestados na VD?	2	5	0
Os métodos de registo, no S-Clinic, permitem registar os cuidados prestados de forma a dar continuidade aos mesmos?	7	0	0
Os métodos de registo, em suporte de papel, permitem registar os cuidados prestados de forma a dar continuidade aos mesmos?	2	4	1

Os restantes dois objetivos específicos “Uniformizar métodos de registos na VD” e “Elaborar um guião para a avaliação inicial de enfermagem na VD” também foram cumpridos. Uma vez que com a implementação do projeto “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” foram elaborados três documentos distintos que permitiram padronizar a informação de enfermagem na visita domiciliária. Assim, estes três documentos são a Folha REVD, o Guião de Registos para a Vista Domiciliária e o Guia Prático para Cuidadores Informais.

A avaliação dos objetivos é considerada positiva, uma vez que após a análise de conteúdo dos Questionários de Avaliação do Projeto se concluiu que a equipa de enfermagem classificou de forma positiva, o projeto implementado.

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação tem sido considerada cada vez mais uma prática útil na melhoria da qualidade dos serviços de saúde.

Segundo Campos et al. (2012) a avaliação tem custo e consome esforço da equipa, consequentemente, o seu papel deve ser bem entendido, assim como a sua contribuição para a melhoria do desempenho da equipa e para a qualidade dos serviços prestados.

Relativamente a avaliação do projeto “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” esta foi feita através da aplicação de um questionário a todos os enfermeiros da USF Ebora.

Após análise do resultado dos questionários verificou-se que os enfermeiros fizeram uma avaliação positiva do projeto implementado. Importa referir que os questionários aplicados se referem especificamente aos documentos elaborados descritos anteriormente (Guião de Registo na Visita Domiciliária e Folha REVD).

Quando questionados se os documentos apresentados se ajustam às necessidades identificadas nos métodos de registo na visita domiciliária 6 em 8 atribuem a pontuação de 4 correspondente à classificação de “Bom” e 2 em 8 pontuam em 5, ou seja, “Excelente”. Relativamente à assegurar a continuidade dos cuidados prestados com os

métodos de registo apresentados, 5 em 8 atribuem a classificação de “Bom” e 3 de “Excelente”. Acerca da avaliação global dos documentos expostos 6 em 8 classificam de “Bom” e 2 de “Excelente”.

Uma vez que o objetivo geral deste projeto consistia em organizar os métodos de registo na visita domiciliária e após análise dos questionários considera-se que este objetivo, tal como os objetivos específicos, foi cumprido.

A maior parte dos itens avaliados foram classificados com “Bom”, designadamente, 76% das respostas foram pontuadas com o 4 o que corresponde a classificação de “Bom”. 22% das respostas correspondem a pontuação de 5, ou seja, “Excelente”. Verifica-se uma classificação de “Suficiente” que diz respeito à capacidade dos documentos expostos permitirem a execução de tarefas e atividades de forma critica.

Não se verificaram itens classificados em “Razoável” ou “Insuficiente”. Apurou-se uma resposta nula.

A Figura 10 ilustra os resultados obtidos na aplicação do questionário de avaliação do projeto.

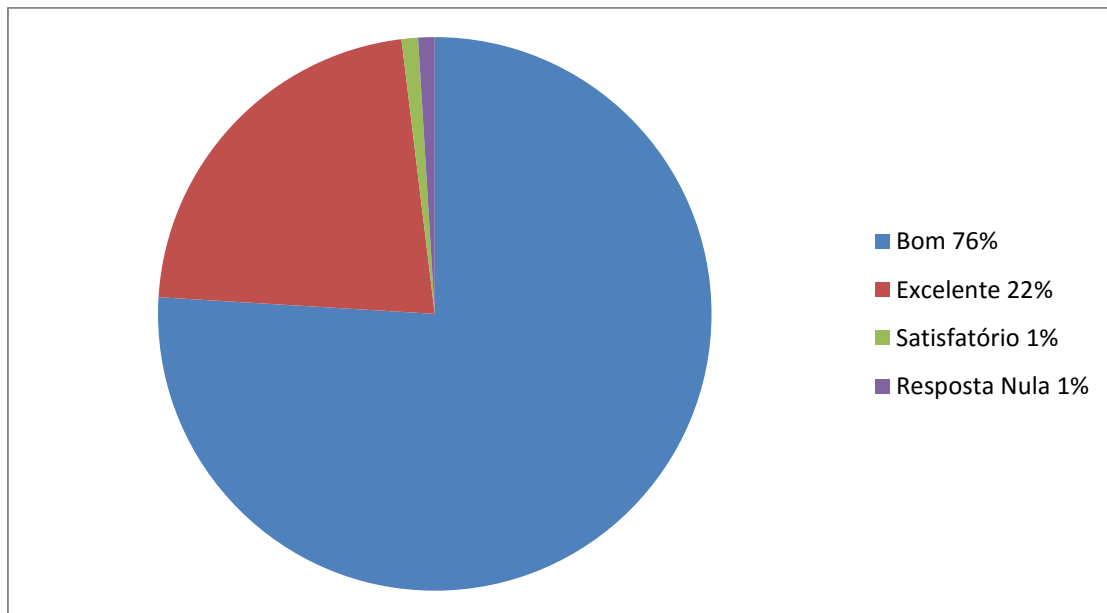


Figura 10: Resultados dos Questionários de Avaliação do Projeto aplicados aos enfermeiros da USF Eborae

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

A última etapa do Planeamento em Saúde é a avaliação. Segundo Imperatori e Giraldes (1993) a avaliação consiste sempre numa comparação com algum modelo ou padrão e possui como finalidade a correção. Permite igualmente melhorar os programas e orientar a distribuição de recursos, justificar as atividades realizadas e/ou identificar carências.

A avaliação deve ser pertinente e precisa, para que seja possível determinar o sucesso ou não do planeamento. Para tal, é necessário recorrer a critérios e normas, sendo que Tavares (1990) define critério como uma característica observável. Deve permitir igualmente a comparação entre os objetivos e as estratégias definidas no planeamento. Para Imperatori e Giraldes (1993), os progressos alcançados com as atividades, são comparados simultaneamente com a situação inicial e com os objetivos e metas marcadas.

Apesar de a avaliação ser considerada como uma das últimas fases do planeamento em saúde, com a realização de uma avaliação intermédia torna-se possível introduzir medidas corretivas e que direcionadas para o melhor cumprimento dos objetivos estabelecidos.

No projeto de intervenção na comunidade “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” não existiram momentos formais de avaliação. No entanto, através do contato e da observação da área a intervir foi possível identificar necessidades e medidas corretivas a introduzir. Foi estabelecido como objetivo específico introduzir novos campos de registo no sistema informático “S-Clinic” no entanto com o decorrer do projeto este objetivo foi abandonado, uma vez que este ponto não foi considerado prioritário pela equipa de enfermagem da USF Eborae. Os enfermeiros tiveram a oportunidade de expressar a sua opinião no questionário inicial aplicado, assim como na reunião de apresentação do projeto desenvolvido.

O propósito deste projeto foi desde início intervir nos registos da USF Eborae relativamente à visita domiciliária, de forma a criar um instrumento que assegurasse a continuidade da prestação de cuidados. Durante a sua implementação o projeto foi

Importância dos Registos na Visita Domiciliária

sofrendo algumas alterações que se consideraram necessárias, no entanto, estas alterações foram sempre de encontro ao objetivo geral estabelecido.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Nos últimos anos têm-se assistido a modificações na sociedade, que conduziram ao aumento da complexidade da atuação dos profissionais de saúde. De forma a acompanhar estas mudanças os enfermeiros veem-se hoje obrigados a um desenvolvimento profissional contínuo, é através do fortalecer de qualificações que os enfermeiros se tornam capazes de dar respostas mais eficazes às necessidades de saúde da comunidade.

Como o próprio nome indica, a Enfermagem Comunitária centra a sua prática na comunidade, através da promoção de estilos de vida saudáveis, contribui para a prevenção de doenças e das consequências incapacitantes para os indivíduos que estas acarretam. A Enfermagem Comunitária de hoje atribui particular relevância ao contexto social, económico e político das comunidades, assim como, ao desenvolvimento de novos saberes sobre os determinantes da saúde na comunidade.

A Enfermagem Comunitária integra um processo de capacitação das populações e da comunidade onde estas se inserem, com vista à promoção da saúde das mesmas e, conseqüentemente, à obtenção de ganhos em saúde. O enfermeiro, enquanto mediador principal neste processo de constante interação com a comunidade, deve ter a capacidade de estabelecer prioridades e estratégias e de proceder à avaliação dos resultados obtidos através da reflexão acerca das necessidades de saúde dos indivíduos, famílias e da comunidade.

A OE (2010) define Enfermeiro Especialista como o “Enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”.

O enfermeiro especialista em saúde comunitária “adquiriu competências que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de

intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades na consecução de projetos de saúde coletiva e ao exercício da cidadania.” (Regulamento n.º 128/2011; Diário da República, 2.ª série -N.º 35-18 de fevereiro de 2011, p.8667)

Segundo o International Council of Nurses (ICN) (2008) os enfermeiros, ao trabalharem junto da população, assumem um papel crucial na ação e participação comunitária no seguimento de comunidades saudáveis.

Assim, o enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária deve promover a autonomia dos indivíduos, demonstrando sempre respeito pelas suas crenças, capacidades e decisões, possibilitando um processo de crescimento. Para que este objetivo seja atingido os enfermeiros devem fornecer a informação necessária, que é geradora de alternativas, que permitirá à pessoa a tomada de decisão, efetuar opções de vida, de forma livre, autónoma, consciente e responsável.

Para além da promoção, o enfermeiro deve ter também a capacidade de conhecer a história do indivíduo, identificando os seus problemas nas várias etapas da vida, evitando ideias pré concebidas. Deve acompanhar os indivíduos e as suas famílias de forma competente, congruente e empática, através de uma parceria de presença plena, ao executar os cuidados, os enfermeiros devem também preservar a dignidade no cuidar (Correia, Dias, Coelho, Page & Vitorino, 2001).

Atendendo às modificações que se têm observado nas sociedades e nas novas realidades sociais e económicas, a OMS defende que os pilares fundamentais da sociedade atual devem ser a equidade, solidariedade e justiça social. Esta aspiração pressupõe uma oferta em cuidados de saúde primários que visem responder às crescentes expectativas das populações e inerentes desafios de saúde atuais. O cumprimento deste objetivo exige enfermeiros competentes e capazes de mobilizar as ferramentas necessárias na execução de estratégias, que respondam de forma estruturada, eficaz e eficiente à realidade individual de cada comunidade.

Com a elaboração e implementação do projeto de intervenção na comunidade “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” foi inicialmente realizado o diagnóstico da situação da comunidade a intervir. Assim, foram identificadas as necessidades sentidas pelos enfermeiros da USF Eborae quanto a execução de registos na VD. Ao identificar as dificuldades na execução dos registos, ou seja, ao realizar ao

diagnóstico da situação, foi aplicada a alínea a) do artigo 4.^a do Regulamento das Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, em que o Enfermeiro Especialista “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”.

Segundo Benner (2005), a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o caráter, o conhecimento, e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática. As intervenções realizadas tiveram como principal pilar o diagnóstico da situação e, conseqüentemente o colmatar das necessidades reconhecidas. Assim, todas as intervenções tiveram em vista o aperfeiçoamento dos métodos de registo, fornecendo aos enfermeiros da USF Eborae instrumentos facilitadores de comunicação e capazes de assegurar a continuidade dos cuidados prestados.

Importa referir que a aquisição das competências referidas foi facilitada pela disponibilidade dos recursos humanos e materiais necessários à implementação do projeto “Importância dos Registos na Visita Domiciliária”, assim como, pelo envolvimento demonstrado por todos os intervenientes.

8. CONCLUSÃO

Ao longo do tempo a execução de registos tornou-se parte integrante na prestação de cuidados de enfermagem, estes têm contribuído para a qualidade dos cuidados prestados e simultaneamente para o bem-estar do utente. A realização e uniformização de registos, detentores de um papel primordial na evolução da profissão, representam hoje uma preocupação real na enfermagem.

O projeto de intervenção na comunidade “Importância dos Registos na Visita Domiciliária” surgiu neste contexto e também como resultado das necessidades identificadas pelos enfermeiros da USF Eborae.

Considerado um processo ativo e contínuo, o planeamento em saúde, deve conter em si a habilidade de compreender a realidade onde se pretende intervir, a capacidade de estabelecer prioridades através da avaliação de métodos e definição de objetivos, a lógica da tomada de decisão e por fim a aptidão de avaliar todo o processo, ajustando respostas adequadas às necessidades identificadas.

Uma intervenção na comunidade exige seguir as fases que se encontram inerentes ao planeamento em saúde. Assim, deve ser realizado o diagnóstico da situação, através da identificação de necessidades sentidas pela comunidade; definição de objetivos, estratégias; estabelecimento de parcerias; implementação de intervenções e avaliação da intervenção.

Através da Intervenção na Comunidade o enfermeiro adquire a oportunidade de provocar uma mudança, promovendo simultaneamente a participação da comunidade na sua própria mudança.

Sendo considerada uma metodologia a intervenção comunitária pretende trabalhar com a comunidade e não para a comunidade. Ao envolver os indivíduos numa comunidade, o enfermeiro reconhece a sua capacidade de resolução, de exigência, de negociação e de responsabilidade na intervenção a desenvolver.

Com esta metodologia pretende-se reformular comunidades, quanto aos ganhos em saúde, através duma ação interativa e da utilização coerente de recursos disponíveis tendo em conta a sua eficácia e eficiência.

A intervenção comunitária exige que se entenda o nível de saúde das comunidades, permitindo desta forma a prestação de cuidados de saúde de excelência, atingidos através do diagnóstico da situação, do estabelecer de objetivos adequados e viáveis e da determinação de estratégias ajustadas, com uma correta previsão dos recursos necessários.

Para o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária o planeamento em saúde revela-se de peculiar valor e pertinência, uma vez que é componente das suas funções e competências.

De forma a atingir os objetivos definidos para a realização deste projeto, foram acionadas as seguintes estratégias: conhecer o posicionamento da equipa de enfermagem da USF Eborae face aos registos de enfermagem na VD; envolver a equipa de enfermagem da USF Eborae na análise dos documentos de registo produzidos; possibilitar a melhoria de métodos de registo de enfermagem na VD mais completos e eficazes.

Após o levantamento das necessidades identificadas pelos enfermeiros da USF Eborae, foi realizado um Guião de Registos para a Visita Domiciliária. Neste documento de trabalho os enfermeiros encontram orientações para a execução de registos de forma sistematizada e organizada. Estão também reunidos um conjunto de instrumentos de avaliação do utente que apreciam as atividades de vida diária, cognição, risco de desenvolvimento de úlceras de pressão, depressão e solidão. Esta avaliação torna-se essencial para estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e uma avaliação clínica adequada, que irão servir de base para a tomada de decisão sobre a intervenção de enfermagem.

Os instrumentos de avaliação do utente disponíveis são: Índice de Barthel, Índice de Lawton-Brody, Índice de Katz, Escala de Braden, Mini Mental State, Escala Geriátrica de Depressão, Escala de Edmonton, Escala de Faces e Escala de Zarit.

Outra das atividades desenvolvidas no estágio final foi a realização de uma folha de REVD. Este instrumento permite o registo simples e pormenorizado das intervenções de enfermagem executadas, nomeadamente em termos de estruturação do processo de enfermagem, permitindo o diagnóstico, o planeamento, a execução e a avaliação do utente de forma individualizada.

O Guia Prático para Cuidadores Informais elaborado, pretende ser uma ferramenta de apoio, simples e de fácil consulta, que capacite o cuidador informal sobre como lidar com situações potencialmente geradoras de conflitos e tensões, na ausência do profissional ou em estreita relação com o mesmo.

Todos os documentos elaborados foram apresentados e discutidos com a equipa de enfermagem da USF Eborae. Para avaliação das atividades desenvolvidas aplicou-se um questionário aos enfermeiros, após análise destes, verificou-se que o projeto implementado teve uma apreciação positiva por parte dos enfermeiros da USF Eborae. Apesar de inicialmente existir alguma renitência por parte da equipa de enfermagem aquando da apresentação do projeto que se iria implementar, após a apresentação e discussão dos documentos elaborados, essa situação foi ultrapassada e os enfermeiros da USF mostraram-se abertos à utilização contínua dos referidos instrumentos, durante a prestação de cuidados no domicílio.

O projeto apresentado inicialmente foi sofrendo algumas alterações com o decorrer do estágio, uma vez que, após um maior contacto com as visitas domiciliárias algumas atividades inicialmente propostas se revelaram pouco funcionais. Uma destas atividades prende-se com a introdução de novos parâmetros no sistema informático S-Clinic. Após análise e discussão com a equipa de enfermagem da USF Eborae optei por não desenvolver esta atividade devido à sua fraca exequibilidade. Com este projeto pretendia-se a elaboração de instrumentos de registo de fácil acesso e simples de preencher, durante ou imediatamente após a realização da VD. Uma vez que o registo no sistema “S-Clinic” apenas é possível nas instalações da USF Eborae, dado que é necessário computador, considerou-se que esta atividade não iria de encontro ao propósito previamente estabelecido. Apesar disso, considero que deixei disponíveis instrumentos uteis e práticos que facilitem a execução de registos por parte dos enfermeiros, assegurando a continuidade dos cuidados prestados.

O desenvolvimento deste projeto e as atividades desenvolvidas permitiram explorar temáticas com as quais a mestranda tinha pouco contacto. Toda a pesquisa que foi necessária para a elaboração dos documentos, revelou-se uma mais-valia na aquisição de novos conhecimentos.

Para finalizar, saliento a importância da aquisição de competências enquanto enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária. Com a implementação deste projeto foi

possível estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades.

9. REFERÊNCIAS

- Aguilar I. M., Ander-Egg, E. (2007). Diagnóstico social: conceitos e metodologias. *Revista e ampliada* 3ª ed. Recuperado de:
http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjCu5ri8M_LAhWBuhQKHWRYBaAQFgggMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.formate.com%2Fmediateca%2Ffinish%2F13-area-social-economia-social-ipss%2F28285-diagnostico-social&usg=AFQjCNEL-c7c7mMenp4zndTqZmCwHp5y6A&sig2=SEGiWEIWho7P_qd1taXRuA
- Angelo, M., Forcella, H. T. & Fukuda, I. M. K. (1995). Do empirismo à ciência: a evolução do conhecimento de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 29, nº 2, 211-223. Recuperado de:
<https://www.academia.edu/RegisterToDownload#Download>
- Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Benner, P. (2005). *De iniciado a perito*. 2ª ed. Coimbra: Quarteto.
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or General Stress Outcomes: Making Choices Through Caregiving Appraisals. *The Gerontologist*. Vol. 40, nº6, 706-717. Recuperado de:
<http://gerontologist.oxfordjournals.org/content/40/6/706.full.pdf+html>
- Câmara Municipal de Évora (2012). *Diagnóstico Social Évora 2013/2015*. Évora: Edição CLASE. Recuperado de:
[http://www2.cevora.pt/redesocial/documentos%20pdf/2013/diagn%C3%B3stico%20social_clase_2013\(1\).pdf](http://www2.cevora.pt/redesocial/documentos%20pdf/2013/diagn%C3%B3stico%20social_clase_2013(1).pdf)
- Campos, F.C.C. , Faria, H.P. & Santos, M.A. (2012). *Planejamento e avaliação das ações em saúde*. 3ª edição, Belo Horizonte. Recuperado de:
<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>

- Carrilho, T. (2008). Conceito de parceria: três projetos locais de promoção do emprego. *Análise Social*, Vol. XLIII (1.º), 81-107. Recuperado de:
<http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218640394P7hUA1qo9Ns32NK9.pdf>
- Carvalhais, M. & Sousa, L. (2013). Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes. *Saúde Soc.*, 22, n.1, 160-172. Recuperado de:
<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v22n1/15.pdf>
- Carvalhosa, S. F., Domingos, A. & Sequeira, C. (2010). Modelo lógico de um programa de intervenção comunitária. *Gerações. Análise psicológica* N°3 (XXVIII), 479-490. Recuperado de: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/319/pdf>
- Clarke, Margaret (1997). *Enfermagem Geral I*. Publicações Europa-América, Lda
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P. & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Enfermagem* Vol. Temático 2, 75-82. Recuperado de: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/setor-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/E-07-2001.pdf>
- Decreto-Lei nº 437/91 de 8 novembro. Diário da República, I Série. Recuperado de:
http://www.esenfcvpoa.eu/wp-content/uploads/2011/02/Decreto-Lei_437_91.pdf
- Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril 1998. Diário da República. Recuperado de:
http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/0/0e/DL_104-98.pdf
- Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto de 2007. Diário da República, 1.ª série, n.º 161. Recuperado de:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoSaude/Dec_298_2007_USF.PDF
- Decreto-lei nº28/2008, de 22 de fevereiro de 2008. Diário da República, 1ª série, n.º 38. 1182-1189. Recuperado de: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6BCFA75A-508B-4CFF-B3BB-726FF2CFC244/36859/0605006061.pdf>

Despacho Normativo n.º 9/2006 de 16 de fevereiro de 2006, Diário da República, I Série-

B, n.º 34, Lisboa. 1256-58. Recuperado de: [http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-](http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/21401/12561258.pdf)

[3FE85F261D87/21401/12561258.pdf](http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/21401/12561258.pdf)

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para*

todos. Recuperado de: <https://www.dgs.pt/documentos-e.../plano-nacional-de-saude-pdf2.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Revisão e Extensão*

a 2020. Recuperado de: [http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf)

[cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf](http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf)

Doenges, E. & Moorhouse, M. (2010). *A Aplicação do Processo de Enfermagem e do*

Diagnostico de Enfermagem. 5ª Edição, Lusociência - edições e técnicas científica, Lda.

Eurostat. (2006). *International Day of Older Persons. EU25 population aged 65 and over*

expected to double between 1995 and 2050. Eurostat News Release. Recuperado de:

<http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiE0->

[P7xcvLAhUDuRoKHSIiBVUQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Feuropa.eu%2Frapid%2Fpress-release_STAT-06-](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiE0-P7xcvLAhUDuRoKHSIiBVUQFggcMAA&url=http%3A%2F%2Feuropa.eu%2Frapid%2Fpress-release_STAT-06-)

[129_en.pdf&usg=AFQjCNG02USYgaG6FGSYnVx7IZ2ayx0gnw&sig2=jLaXOldP-jjT5n-PmNIFuQ](http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwiE0-129_en.pdf&usg=AFQjCNG02USYgaG6FGSYnVx7IZ2ayx0gnw&sig2=jLaXOldP-jjT5n-PmNIFuQ)

Fernandes, A. (2005). Envelhecimento e Saúde. *Em Foco* Vol.23 nº2, 45-48. Recuperado

de:<http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2005-2/2-03-2005.pdf#view=fit>

Figueiroa-Rego, S. (2003). Século XXI: Novas E Velhas Problemáticas Em Enfermagem:

Sistemas De Informação E Documentação Em Enfermagem E Modelos De Cuidados

Em Uso. *Pensar Enfermagem*. Vol. 7, nº2, 34-47.

Friedman, Y. (2006) - Mapping the literature of home health nursing. *J Med Libr Assoc* 94(2) Supplement, 49-55. Recuperado de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1463031/pdf/i1536-5050-094-02S-0049.pdf>

Fortin. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta

Garrote, J. (2005). La valoración geriátrica hoy: Atención domiciliaria. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, Vol.15, 16-22. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/258045810_La_valoracion_geriatrica_hoy_atencion_domiciliaria

George, B. (2000). *Teorias de enfermagem: dos fundamentos à prática profissional*. 4ª edição. Porto Alegre: Artmed Editora.

Giacomozzi, C. M. & Lacerda, M. R. (2006). A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto & Contexto de Enfermagem*, Vol. 15, n. 4, 645-653. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/26476045_A_pratica_da_assistencia_domiciliar_dos_profissionais_da_estrategia_de_saude_da_familia

Imperatori, E. & Giraldes, M.R. (1993). *Metodologia do planeamento de saúde: manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções de população residente em Portugal 2008-2060*. Recuperado de:

https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=65945988&att_display=n&att_download=y

Instituto Nacional de Estatística. (2003). *Projeções de População Residente em Portugal 2000-2050*. Lisboa. Recuperado de:

https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=7035241&att_display=n&att_download=y

International council of nurses. (2008). *Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care*. Recuperado de:

http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/ind2008_phc.pdf

Laverack, G. (2008). *Promoção da saúde: Poder e empoderamento*. Camarate: Lusodidacta.

Lima-Costa, M. & Veras, R. (2003). Saúde pública e envelhecimento. *Cadernos de Saúde Pública*, 700-701. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/26360024_Saude_publica_e_envelhecimento

Martins, A., Pinto, A. A., Cidolina, M. L., Pimentel, E., Fonseca, I. André, M. J...Santos,

R. M. (2008). Qual o Lugar da Escrita Sensível nos Registos de Enfermagem? *Pensar Enfermagem*, Vol. 12 N.º 2, 52-61. Recuperado de:

http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_52-61.pdf

Marques, S. (2007). Os Cuidadores Informais de Doentes com Acidente Vascular Cerebral.

Interações, 9, 130-141. Recuperado de: <http://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/171/175>

Noro, G. B. (2012). A Gestão de Stakeholders em Gestão de Projetos. *Revista de Gestão e*

Projetos - GeP, Vol. 3, n. 1, 127-158. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5078036.pdf>

Oliveira, O. S. F. (2009). Opinião dos alunos do 4º ano da licenciatura em enfermagem da

UFP sobre Registos de Enfermagem. (Monografia). Universidade Fernando Pessoa, Porto. Recuperado de:

<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1167/2/Monografia%20Final.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Cuidados de proximidade: os enfermeiros como recurso de saúde dos cidadãos. Recuperado de:

http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Revistas/ROE_17_julho_2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Sistema de Informação e Documentação de Enfermagem. Recuperado de:

http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/revistas/roe_17_julho_2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Recuperado de:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf

Organização Mundial de Saúde. (2001). *The world health report*. Geneva. Recuperado de:

<http://www.who.int/whr/2001/annex/en/>

Organização Mundial de Saúde. (2008). *Home Care in Europe*. Regional Office for Europe. Recuperado de:

<http://www.conexaohomecare.com/web/Home%20Care%20in%20Europe.pdf?b4e1d6>

Organização Mundial de Saúde. (2011). *Palliative Care for Older People: Better Practices*. Regional Office for Europe. Recuperado de:

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf?ua=1

Ornelas, J. H. & Moniz, M.J.V. (2007). Parcerias comunitárias e intervenção preventiva. *Análise Psicológica*, 1 (XXV), 153-158. Recuperado de:

<http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/437/pdf>

Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida: idoso, família, e meio ambiente*. Coimbra, Edições Almedina.

Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. & Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*. Vol. 30, 5,

583-594. Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/20878712_Pearlin_LI_Mullan_JT_Semple_SJ_Skaff_MM_1990_Caregiving_and_the_stress_process_An_overview_of_concepts_and_their_measures

Pereira, E. & Costa, M. (2007). Os centros de saúde em Portugal e o cuidado ao idoso no contexto domiciliário: Estudo de um Centro de Saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, Vol. 16, 408-416. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a05v16n3.pdf>

Pimentel L. (2001). *O lugar do idoso na família*. Coimbra; Quarteto.

Plano de Ação 2015-2017. (2014). USF Eborae.

Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ªed. Porto Alegre: Artmed.

Pordata. (2011) - *População residente segundo os Censos: total e por grandes grupos etários*. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Recuperado de:

http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=7&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjepZSFjc3LAhVFTBQKHcB2AowQFgg_MAY&url=http%3A%2F%2Fcensos.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D148313382%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&usg=AFQjCNG2UWIY7C5OnzYDLfDTppWtEcqBEw&sig2=XnuzbRyIM1LQ_hoN76hFFg

Potter, P. & Perry, A. (2006). *Fundamentos de Enfermagem: conceitos e procedimentos*. 5ª Ed. Lusociência.

Rice, R. (2006). *Home Care Nursing Practice: Concepts and Application*. Philadelphia: Mosby.

Robinson, K. (1990): The relationships between social skills, social support, self-esteem and burden in adult caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 15, 788-795.

Recuperado de:

https://www.researchgate.net/publication/20760982_The_relationship_between_social_skills_social_support_self-esteem_and_burden_in_adult_caregivers

Regulamento n.º 128/2011 Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 18 de fevereiro de 2011,

8667-69. Recuperado de:

http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf

Rodrigues, V. A., Perroca, M. G., Jericó, M.C. (2005). Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, 210-214.

Recuperado de:

<http://www.rdconsultoria.com.br/Downloads/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Continuada/Administra%C3%A7%C3%A3o%20Hospitalar/Glosas%20Hospitalares.pdf>

Santos, M. O. G. (2012). Texto de apoio sobre o diagnóstico em processos de intervenção social e desenvolvimento local. (Texto de Apoio). Universidade de Évora, Évora.

Recuperado de: http://home.uevora.pt/~mosantos/download/Diagnostico_10Ag12.pdf

Silva R., Erdmann A. (2002). The environment for care: ecological dimension. *Texto & Contexto Enfermagem*, Vol. 11, 72-82.

Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem - Uma Teoria Explicativa da Mudança*. Coimbra: Edição Formasau - Formação e Saúde e Escola Superior de Enfermagem de São João.

Simões, C. M. A. & Simões, J. F. F. L. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em

Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista Referência*, II.ª Série - nº 4, 9-23. Recuperado de:

http://web.esenfc.pt/site/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=13&id_revista=4&id_edicao=4

- Souza, C., Lopes, C. & Barbosa, M. (2004). A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliária. *Revista da UFG*, Vol. 6, No. Especial. Recuperado de: http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/G_contexto.html
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública*. 7ª ed. Lisboa: Lusociência.
- Strauss A., Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa - técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2a ed. Porto Alegre: Artmed.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.
- Vargas-Moniz, M. & Morgado, J. (2010). Parcerias e ligações comunitárias: Potencialidades e desafios na criação de respostas articuladas. *Análise Psicológica*, 3 (XXVIII), 395-409. Recuperado de: [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/267/1/AP%2028\(3\)%20395-409.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/267/1/AP%2028(3)%20395-409.pdf)
- Wolff, T. (2001). Community Coalition Building – Contemporary Practice and Research: Introduction. *American Journal of Community Psychology*, 29(2), 165-192. Recuperado de: <http://www.tomwolff.com/resources/ajcpcommunity.pdf>

ANEXOS

ANEXO A – CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo(a)s Sr(a)s

Sou uma estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora e solicito a sua participação num questionário que se encontra em anexo. Este questionário insere-se no projeto em curso, no âmbito do referido Mestrado, sobre “Cuidados Domiciliários da Unidade de Saúde Familiar (USF) Eborae”. O mesmo tem como objetivo identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros na prestação de cuidados aos utentes em ambiente domiciliário, no sentido de organizar o programa de Visitação Domiciliária no adulto e idoso da Unidade de Saúde Familiar Eborae de forma a melhorar a equidade e acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

A recolha de dados será efetuada na USF Eborae junto dos enfermeiros da referida USF. Para o efeito, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Área da Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora, em maio de 2015. Nesta e em todas as demais etapas do projeto serão seguidos os requisitos e procedimentos éticos que regulamentam a pesquisa com humanos (nomeadamente o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos).

O seu consentimento é indispensável para a realização desta pesquisa, no entanto, ele pode ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe traga qualquer dano pessoal associado.

Informo ainda que estou disponível para qualquer esclarecimento, necessário durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto:

Mafalda Elias - mafaldaelias5@gmail.com.

Sendo o que tinha a tratar no momento e na esperança de poder contar com sua colaboração, agradeço desde já a mesma.

Grata pela atenção,

Évora 27/05/2015

Mafalda Elias

(Estudante do Mestrado de Enfermagem Comunitária/Escola Superior de
Enfermagem/Universidade de Évora)

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

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

Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito da pesquisa intitulada “Cuidados Domiciliários da USF Eborae” a ser realizada pela estudante Mafalda Elias, no âmbito do seu mestrado na Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Évora.

Nome

Assinatura

Évora...../...../.....

**ANEXO B – SESSÃO DE APRESENTAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM
DA USF EBORAE DO PROJETO “IMPORTÂNCIA DOS REGISTOS NA
VISITA DOMICILIÁRIA”**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
1º ANO / 2º SEMESTRE
ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA



Cuidados Domiciliários

Projecto de Intervenção na Comunidade

Discente:
Mafalda Elias nº 32831

Docente:
Professora Felismina Mendes
Supervisor Clínico:
Enfermeiro Antero Campeão

Évora, 2015

Objectivos

Para este projecto de intervenção foi fixado seguinte **objectivo geral**:

Organizar o programa de "Visitação Domiciliária" (VD) no adulto e idoso da Unidade de Saúde Familiar Eborae de Évora de forma a melhorar a equidade e acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

Foram delineados os seguintes **objectivos específicos**:

- ❖ Conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente ao programa de VD.
- ❖ Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros na VD.
- ❖ Identificar os recursos da comunidade necessários para a VD.
- ❖ Constituir o programa de visitação domiciliária tendo em conta as necessidades identificadas.

A fim de conhecer a opinião da equipa de enfermagem da USF Eborae acerca dos registos de VD foram aplicados questionários constituídos por perguntas abertas e fechadas.

Pergunta	Sim	Não	Não Responde
Considera que a VD atende às necessidades dos utentes?	7	0	0
Considera que os recursos humanos necessários para a VD são suficientes?	5	2	0
Os recursos materiais existentes são suficientes para o exercício/cuidados prestados na VD?	2	5	0
Os métodos de registo, no S-Clinic, permitem registar os cuidados prestados de forma a dar continuidade aos mesmos?	7	0	0
Os métodos de registo, em suporte de papel, permitem registar os cuidados prestados de forma a dar continuidade aos mesmos?	2	4	1

Quando questionados se a VD atende às necessidades dos utentes todos os inquiridos respondem que sim, afirmando que a VD é realizada pelos enfermeiros sempre que solicitada por um utente da USF.

Relativamente às estratégias utilizadas na VD, seis dos sete enfermeiros inquiridos consideram-nas eficazes, uma vez que, estas estratégias são adaptadas aos meios existentes, procurando dar resposta sempre que solicitados.

Na questão acerca dos recursos humanos, cinco em sete consideram que estes são suficientes apesar das dificuldades que podem ser sentidas. Dois em sete afirmam que não se revelam suficientes, justificando com o facto de o rácio domicílios por enfermeiro ser elevado.

Nos recursos materiais, a maioria dos inquiridos (5 em 7) afirma que estes não são suficientes, apontando como principal obstáculo a partilha da viatura para a realização dos domicílios.

❖ No que diz respeito aos registos disponíveis, os enfermeiros (7 em 7) consideram que os métodos informáticos (S-Clinic) disponíveis permitem dar continuidade à prestação de cuidados.

❖ No entanto, nos registos em suporte papel, a maioria (4 em 7) atenta que estes não são suficientes.

Os campos de registo a acrescentar sugeridos pelos inquiridos são:

- A possibilidade de ligação com outras áreas (psicologia, psiquiatria).
 - Ensinos realizados ao cuidador e/ou utente.
 - Identificação do cuidador e apoio ao cuidador.

Sendo que a maioria acrescentaria estes campos ao sistema informático S-Clinic.

Para que seja eficaz a implementação deste projecto, foram seleccionadas as seguintes estratégias:

- Divulgação do projeto a ser implementado à equipa de enfermagem.
- Motivar os enfermeiros para o registo das Visitas Domiciliárias de forma a assegurar a continuidade dos cuidados prestados.
- Follow-up semestral da implementação do projeto.

Para a implementação deste projecto, serão desenvolvidas as seguintes actividades:

- Criação da folha de registos de enfermagem das consultas de cuidados domiciliários.
- Criação e validação de parâmetros de registo a serem introduzidos no sistema informático S-Clinic.
- Uniformização do protocolo de intervenção e dos registos da visita domiciliária.

➔ Após a implementação do projecto, este será avaliado através da aplicação à equipa de enfermagem de um questionário de satisfação.

➔ O follow-up do projecto será realizados através da avaliação dos registos de 6 em 6 meses.

OBRIGADA!

**ANEXO C – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA PERCEÇÃO DOS
ENFERMEIROS DA USF EBORAE SOBRE A VISITAÇÃO DOMICILIÁRIA**

Questionário

Avaliação da percepção dos Enfermeiros da USF Eborae sobre a Visitação Domiciliária

Idade____ Sexo F () M () Anos na Profissão____

Tempo na USF____ Categoria Profissional_____

Habilitações Profissionais _____

1.- Considera que a visita domiciliária atende às necessidades dos utentes?

Sim () Não ()

Justifique a sua resposta.

2.- Na sua opinião, as estratégias utilizadas na visita domiciliária são:

Nada Eficazes	Pouco Eficazes	Eficazes	Muito Eficazes

Justifique a sua resposta.

3.- Considera que os recursos humanos necessários para a visita domiciliária são suficientes?

Sim () Não ()

Justifique a sua resposta.

4.- Os recursos materiais existentes são suficientes para o exercício/cuidados prestados na visita domiciliária?

Sim () Não ()

Ver verso por favor.

Justifique a sua resposta.

5.- Os métodos de registo, no S-Clinic, permitem registar os cuidados prestados de forma a dar continuidade aos mesmos?

Sim () Não ()

Justifique a sua resposta.

6. - Os métodos de registo, em suporte de papel, permitem registar os cuidados prestados de forma a dar continuidade aos mesmos?

Sim () Não ()

Justifique a sua resposta.

7.- Quais os campos de registo que sugeria acrescentar, na consulta de visitação domiciliária, para permitir a continuidade dos cuidados prestados?

8.- Introduzia esses campos em: (responda apenas a uma alternativa)

Registo Papel () S-Clinic () Nos dois ()

9.- Que campos de registo acrescentaria ao S-Clinic para registar os cuidados prestados na Visitação Domiciliária e assegurar a continuidade dos mesmos? (refira no máximo três)

ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO PROJETO

Questionário de Avaliação do Projeto

As questões que se seguem referem-se aos documentos de registo anteriormente expostos (Guião da Visita Domiciliária e Folha de Registo da Visita Domiciliária).

Avalie os documentos, colocando uma cruz no quadro correspondente à sua avaliação para cada fator. A avaliação varia entre 1 (insuficiente) e 5 (excelente).

1= Insuficiente, 2 = Razoável, 3 = Satisfatório, 4 = Bom, 5 = Excelente

<u>Itens a Avaliar</u>	<u>Pontuação</u>				
	1	2	3	4	5
1.- Permitem a estruturação dos registos da visita domiciliária.					
2.- Facilitam a organização das tarefas com antecedência de forma a garantir o bom funcionamento da visita.					
3.- Possibilitam a partilha de informações/conhecimentos entre a equipa.					
4.- Capacitam a execução de atividades e tarefas de forma crítica.					
5.- Constituem um recurso/instrumento de trabalho eficaz e eficiente.					
6.- Auxiliam na definição de prioridades.					
7.- Auxiliam na realização de tarefas de forma metódica.					
8.- Ajustam-se às necessidades identificadas nos métodos de registo na visita domiciliária.					
9.- Traduzem-se em instrumentos de trabalho simples/de fácil aplicação.					
10.- Correspondem a instrumentos de identificação das necessidades da população-alvo da visita domiciliária.					
11.- Respondem aos métodos de registos necessários para assegurar a continuidade dos cuidados prestados.					
12.- Simplificam a sugestão de novas práticas de trabalho.					
13.- Avaliação global dos documentos expostos.					

Obrigada pela sua colaboração.

ANEXO E - GUIÃO DE REGISTOS PARA A VISITA DOMICILIÁRIA

GUIÃO DE REGISTOS PARA A VISITA DOMICILIÁRIA



Elaborado por: Mafalda Elias
Aluna do Mestrado Profissional em Enfermagem Comunitária
Sob a orientação de Professora Doutora Felismina Mendes (Universidade de Évora) e
Enfermeiro Antero Campeão (USF Eborae)

Índice

Justificação	3
Objetivos	3
Critérios de Inclusão	4
Planeamento das Visitas	4
Escala de Avaliação do Utente	6
Índice de Barthel	7
Índice de Lawton-Brody	10
Índice de Katz	12
Escala de Braden	14
Mini Mental State	16
Escala Geriátrica de Depressão	20
Escala de Edmonton	23
Escala de Faces	24
Escala de Zarit	25

Justificação:

A importância dos registos na visita domiciliária é central para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

O desenvolvimento socioeconómico que se observou nas últimas décadas na sociedade ocidental, assim como o acesso aos cuidados de saúde precoces e adequados, contribuíram para o aumento da esperança de vida. A inversão da pirâmide demográfica, fenómeno que se associa ao aumento da esperança de vida, declínio da natalidade, ao avanço da medicina, alterações nos estilos de vida, entre outros factos que se têm vindo a acentuar nas últimas décadas, faz ressaltar a importância dos cuidados de saúde prestados no domicílio.

Consequentemente, notou-se uma mudança das políticas de assistência na saúde e de apoio social, nomeadamente a necessidade de cuidados de proximidade no domicílio. É neste contexto que surge o singular contributo do enfermeiro. Caracterizado pela sua vasta experiência na área dos cuidados domiciliários e pelo corpo de conhecimentos científicos, o enfermeiro tem atualmente uma posição consolidada que se determina pela sua aptidão no relacionamento com as famílias, com os cuidadores informais e com as redes de apoio social presentes na comunidade.

O domicílio surge como um lugar estratégico para a prevenção e promoção da saúde. Mais importante que isso, o domicílio representa para a pessoa dependente e a necessitar de cuidados de saúde, o seu espaço, o meio onde se move, apesar das dificuldades, com maior autonomia e segurança. O domicílio poderá ser cenário de estratégias de coordenação e de integração (Garrote, 2005).

Objetivos:

Objetivo Geral:

Prestar cuidados holísticos e individualizados aos utentes suscetíveis de serem incluídos no programa de Visita Domiciliar e aos seus cuidadores, de forma a melhorar a equidade e acesso aos cuidados de saúde e potenciando as capacidades de autonomia do utente para que este atinja o mais alto nível possível de bem-estar e independência.

Objetivos Específicos:

- Facilitar a comunicação, entre os profissionais de saúde, sobre a situação dos utentes;
- Identificar problemas/necessidades dos utentes e cuidadores;
- Prevenir complicações derivadas da patologia e das limitações físicas que esta acarreta;
- Promover a reabilitação do utente;
- Facilitar a coordenação entre os diferentes serviços assistenciais de forma a assegurar a continuidade dos cuidados;
- Apoiar o cuidador/família do utente de modo a detetar precocemente situações de disfunção familiar.

Critérios de Inclusão:

- O utente deve estar inscrito na USF Eborae ou familiares com inscrições esporádicas;
- Após avaliação da necessidade de cuidados no domicílio pelo médico de família do utente ou do familiar deste;
- Incapacidade de se deslocar à USF Eborae (ex. utente acamado);
- Residência no concelho de Évora.

Planeamento das Visitas:

Na **primeira visita** será feita a identificação dos Problemas/Necessidades a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação que se seguem.

Todos os problemas detetados e necessidades identificadas serão registados na folha de Registo de Enfermagem da Visita Domiciliária (REVD). Será depois elaborado o Plano de Cuidados individualizado, em função dos problemas identificados.

Nas visitas seguintes:

- Apreciação/ Diagnóstico de Enfermagem
 - ✓ Colheita de dados.
 - ✓ Identificação de necessidades.
- Planeamento

- ✓ Selecionar intervenções.
- ✓ Atualização do plano de cuidados consoante as necessidades identificadas.
- Execução
 - ✓ Observar o grau de aceitação e participação do utente e cuidador/família no plano de cuidados.
 - ✓ Manutenção dos cuidados planeados.
- Avaliação
 - ✓ Identificar a evolução das necessidades detetadas em visitas anteriores.

**ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO
UTENTE**

Índice de Barthel

O Índice de Barthel (Mahoney e Barthel, 1965) avalia o nível de independência do sujeito para a realização das atividades de vida diárias

Cada atividade apresenta entre 2 a quatro níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência.

Esta escala fornece informação a partir da pontuação total e também a partir das pontuações parciais para cada atividade avaliada, pois permite conhecer quais as incapacidades específicas da pessoa e como tal adequar os cuidados às necessidades.

Atividades de Vida Diárias

Higiene pessoal

0 = Necessita de ajuda com o cuidado pessoal

5 = Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)

Pontuação: _____

Evacuar

0 = Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres)

5 = Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana)

10 = Contínente (não apresenta episódios de incontinência)

Pontuação: _____

Urinar

0 = Incontinente ou algaliado

5 = Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas)

10 = Contínente (por mais de 7 dias)

Pontuação: _____

Ir à casa de banho (uso de sanitário)

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas sozinho

10 = Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)

Pontuação: _____

Alimentar-se

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc.

10 = Independente (a comida é providenciada)

Pontuação: _____

Transferências (cadeira /cama)

0 = Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se

5 = Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se

10 = Pequena ajuda (verbal ou física)

15 = Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)

Pontuação: _____

Mobilidade (deambulação)

0 = Imobilizado

5 = Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.

10 = Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física)

15 = Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)

Pontuação: _____

Vestir-se

0 = Dependente

5 = Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda

10 = Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)

Pontuação: _____

Escadas

0 = Incapaz

5 = Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão

10 = Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos ex.: muletas ou bengala)

Pontuação: _____

Banho

0 = Dependente

5 = Independente (lava-se no chuveiro/ banho de emersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)

Pontuação: _____

Total de Pontos = _____

Índice de Lawton-Brody

O índice de Lawton-Brody (Lawton e Brody, 1969) permite avaliar a autonomia do idoso para realizar as atividades necessárias para viver de forma independente na comunidade, designadas por Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

A versão de Sequeira (2007) exposta em seguida tem a seguinte pontuação: cada item apresenta 3, 4 ou 5 níveis diferentes de dependência, pelo que cada atividade é pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5 em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. O Índice varia entre 8 e 30 pontos.

Ítems	Cotação	
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo exceto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer qualquer tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
Preparar comida	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
Ir às compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Uso do telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
Uso de transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de taxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
Uso do dinheiro	Paga as contas, vai ao banco, etc	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsável pelos medicamentos	Responsável pela medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

Índice de Katz

O Índice de Katz ou Índice de Atividades de Vida Diária (Katz, 1963) foi desenvolvido para medir o funcionamento físico de doentes com doença crónica. Esta escala de avaliação possui três categorias de classificação: independente, parcialmente dependente ou totalmente dependente.

ATIVIDADES Pontos (1 ou 0)	INDEPENDÊNCIA (1 ponto) SEM supervisão, orientação ou assistência pessoal	DEPENDÊNCIA (0 pontos) COM supervisão, orientação ou assistência pessoal ou cuidado integral
Banhar-se Pontos: ____	(1 ponto) Toma banho completamente ou necessita de auxílio somente para lavar uma parte do corpo como as costas, genitais ou uma extremidade incapacitada	(0 pontos) Necessita de ajuda para banhar-se em mais de uma parte do corpo, entrar e sair do chuveiro ou banheira ou requer assistência total no banho
Vestir-se Pontos: ____	(1 ponto) Tira as roupas do armário e veste as roupas íntimas, externas e cintos. Pode receber ajuda para apertar os sapatos	(0 pontos) Necessita de ajuda para vestir-se ou necessita ser completamente vestido
Ir à casa de banho Pontos: ____	(1 ponto) Dirige-se ao WC, entra e sai do mesmo, arruma as suas próprias roupas, limpa a área genital sem ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para ir ao WC, limpar-se ou usa urinol ou arrastadeira
Transferência Pontos: ____	(1 ponto) Senta-se/deita-se e levanta-se da cama ou cadeira sem ajuda. São aceitáveis equipamentos mecânicos de ajuda	(0 pontos) Necessita de ajuda para sentar-se/deitar-se e levantar-se da cama ou cadeira
Continência Pontos: ____	(1 ponto) Tem completo controle sobre a eliminação (intestinal ou vesical)	(0 pontos) É parcial ou totalmente incontinente a nível intestinal ou vesical
Alimentação Pontos: ____	(1 ponto) Leva a comida do prato à boca sem ajuda. Preparação da comida pode ser feita por outra pessoa	(0 pontos) Necessita de ajuda parcial ou total com a alimentação ou requer alimentação parenteral

Total de Pontos = _____

Escala de Braden

A escala de avaliação de risco de desenvolvimento de úlceras de pressão de Braden (Braden e Bergstrom, 1987) é constituída por seis dimensões: percepção sensorial, humidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e forças de deslizamento.

Todas as dimensões contribuem para o desenvolvimento de úlceras de pressão, não devendo nenhuma delas ser avaliada preferencialmente em relação a qualquer outra.

Os itens estão pontuados de 1 a 4, exceto o último que se encontra pontuado de 1 a 3. O score pode variar entre 6 (valor de mais alto risco) e 23 (valor de mais baixo risco), pelo que quanto maior for a pontuação menor o risco, e vice-versa.

Percepção sensorial	1. Completamente limitada	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitada	4. Nenhuma limitação
Humidade	1. Pele Constantemente húmida	2. Pele muito húmida:	3. Pele Ocasionalmente húmida	4. Pele Raramente húmida
Atividade	1. Acamado	2. Sentado	3. Anda ocasionalmente	4. Anda frequentemente
Mobilidade	1. Completamente imobilizado	2. Muito limitada	3. Ligeiramente limitado	4. Nenhuma limitação
Nutrição	1. Muito pobre	2. Provavelmente inadequada:	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Nenhum problema	

Total de Pontos = _____

Mini-Mental State – MMS

O Mini-Exame do Estado Mental (Folstein et al., 1975) é um dos testes mais utilizados e mais estudados em todo o mundo para avaliação do funcionamento cognitivo..

Este teste é utilizado para a avaliação da mudança do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Examina a orientação temporal e espacial, memória de curto prazo (imediate ou atenção) e evocação, cálculo, coordenação dos movimentos, habilidades de linguagem e viso-espaciais. Pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva. Não pode ser usado para diagnosticar demência.

Idade: ____ Data: ____/____/____

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar um ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas, procure sabê-las de cor.”

Pera

Gato

Bola

Nota: _____

3. Atenção e cálculo (um ponto por cada resposta correta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair, consideram-se as seguintes como corretas. Para ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado voltar a tirar 3 e repete assim ate eu dizer para parar”

30 __ 27 __ 24 __ 21 __ 18 __ 15 __

Nota: _____

4. Evocação (um ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi a pouco para decorar”

Pera

Gato

Bola

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. “Como se chama isto” Mostrar os objetos:

Relógio

Lápis

Nota: _____

b. “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

Nota: _____

c. “Quando eu lhe der esta folha, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha, segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita

Dobra ao meio

Coloca onde deve

Nota: _____

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

Fechou os olhos

Nota: _____

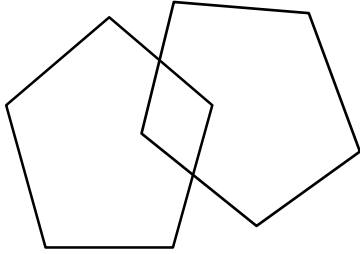
e. “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Nota: _____

6. Habilidade construtiva (um ponto pela copia correta)

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

Desenho



Cópia

Nota: _____

Total de Pontos = _____

Escala Geriátrica de Depressão

A Escala Geriátrica de Depressão (Brink et al., 1982) foi elaborada com o objetivo de ser utilizado, especificamente, para pessoas idosas.

Trata-se de uma escala de heteroavaliação, composta por 28 itens, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial na semana decorrida.

1. Está satisfeito com a sua vida?
 SIM **NÃO**
2. Abandonou muitas atividades de seu interesse?
 SIM **NÃO**
3. Sente que a sua vida é vazia?
 SIM **NÃO**
4. Sente tédio na sua vida?
 SIM **NÃO**
5. Vê o futuro com otimismo?
 SIM **NÃO**
6. Sente-se perturbado por pensamentos que não
lhe saem da cabeça?
 SIM **NÃO**
7. Está, geralmente, de bom humor?
 SIM **NÃO**
8. Tem medo que alguma coisa de mau lhe possa acontecer?
 SIM **NÃO**
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?
 SIM **NÃO**
10. Sente-se indefeso com frequência?
 SIM **NÃO**
11. Sente-se irrequieto?
 SIM **NÃO**
12. Você prefere ficar em casa em vez de sair à
descoberta de novas experiências?
 SIM **NÃO**
13. Preocupa-se, frequentemente com o futuro?
 SIM **NÃO**
14. Tendo em conta a média, considera que tem
uma memória pior do que esta?
 SIM **NÃO**
15. Acha que é maravilhoso estar vivo neste momento?
 SIM **NÃO**

16. Sente-se desanimado e deprimido com frequência?
() **SIM** () **NÃO**
17. Sente que não tem valor no estado em que se encontra agora?
() **SIM** () **NÃO**
18. Preocupa-se muito com o Passado?
() **SIM** () **NÃO**
19. Acha a vida excitante?
() **SIM** () **NÃO**
20. É difícil para si iniciar novos projetos?
() **SIM** () **NÃO**
21. Sente-se cheio de energia?
() **SIM** () **NÃO**
22. Sente que não há esperança para a sua situação?
() **SIM** () **NÃO**
23. Acha que a maioria das pessoas está melhor que você?
() **SIM** () **NÃO**
24. Altera-se (frequentemente) com pequenas coisas?
() **SIM** () **NÃO**
25. Tem (frequentemente) vontade de chorar?
() **SIM** () **NÃO**
26. Tem dificuldades em concentrar-se?
() **SIM** () **NÃO**
27. Gosta de se levantar de manhã?
() **SIM** () **NÃO**
28. Prefere evitar encontros sociais?
() **SIM** () **NÃO**
29. Toma decisões como antigamente?
() **SIM** () **NÃO**
30. A sua mente está tão clara como antigamente?
() **SIM** () **NÃO**

Total de Pontos = _____

Escala de Edmonton

A escala de Edmonton (1991) é uma ferramenta utilizada para a avaliação do utente em fase terminal, utilizada frequentemente em cuidados paliativos. Avalia os seguintes sintomas: dor, cansaço, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia.

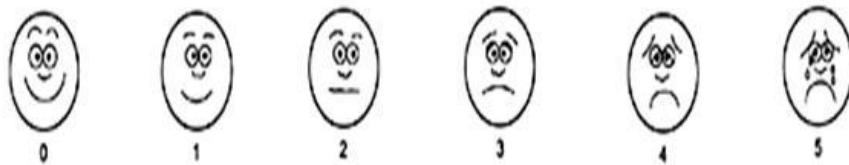
A intensidade dos sintomas é graduada pelo relato do paciente numa escala visual numérica, variando de 0 a 10 pontos, onde scores mais altos representam uma pior intensidade dos sintomas.

Sem dor	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior dor possível
Sem cansaço	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior cansaço possível
Sem náuseas	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior náusea possível
Sem depressão	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior sonolência possível
Bom apetite	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior falta de ar possível
Boa sensação de bem-estar	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10	

Total de Pontos = _____

Escala de Faces

Na Escala de Faces (Wong & Baker, 1988) é solicitado ao doente que classifique a intensidade da sua dor de acordo com a mímica representada em cada face desenhada, sendo que à expressão de felicidade corresponde a classificação “Sem Dor” e à expressão de máxima tristeza corresponde a classificação “Dor Máxima”. Regista-se o número equivalente à face seleccionada pelo doente.



Escala de Zarit

A escala ou entrevista de Zarit (Zarit, 1983) é um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal.

Composta por 22 perguntas de resposta fechada, cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma:

- Nunca (1);
- Raramente (2);
- Algumas vezes (3);
- Bastantes vezes (4)
- Quase sempre (5).

17. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu familiar apareceu?

- nunca raramente algumas vezes
 bastantes vezes quase sempre

18. Deseja que pudesse ser uma outra pessoa a cuidar do seu familiar?

- nunca raramente algumas vezes
 bastantes vezes quase sempre

19. Sente-se indeciso(a) quanto ao que fazer com o seu familiar?

- nunca raramente algumas vezes
 bastantes vezes quase sempre

20. Acha que devia estar a fazer mais pelo seu familiar?

- nunca raramente algumas vezes
 bastantes vezes quase sempre

21. Acha que podia cuidar melhor do seu familiar?

- nunca raramente algumas vezes
 bastantes vezes quase sempre

22. De uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado(a) por estar a cuidar do seu familiar?

- absolutamente nada um pouco moderadamente
 muito muitíssimo

Total de Pontos = _____

ANEXO F - GUIA PRÁTICO PARA CUIDADORES INFORMAIS

GUIA PRÁTICO PARA CUIDADORES INFORMAIS



*“A cada um, peço que se centre nas forças da vida,
na mobilização dos recursos vitais,
respeitando o indivíduo e a humanidade
para promover os cuidados e promover a vida”.*

Collière

ÍNDICE

	Página
INTRODUÇÃO	4
O DOMICÍLIO	5
CUIDAR	5
POSICIONAMENTOS	6
PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	8
EXERCÍCIOS	11
CUIDADOS NA HIGIENE ORAL	15
AJUDAR O INTESTINO A FUNCIONAR	16
CUIDADOS COM A MEDICAÇÃO	17
O CUIDADOR INFORMAL	18
CUIDAR DO CUIDADOR	19
DIREITOS DO CUIDADOR	23
CONTACTOS ÚTEIS	24

INTRODUÇÃO

Cuidador Informal é a pessoa, da família ou da comunidade, que cuida de outra pessoa, que se encontre em situação de dependência física, com limitações físicas ou mentais. O papel do cuidador vai mais além do simples auxiliar nas actividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, doentes e/ou acamados, em situação de risco ou fragilidade.

A função do cuidador é **acompanhar** e **assistir** a pessoa cuidada, fazendo por esta apenas as actividades que não consegue fazer sozinha. É importante relembrar que não fazem parte da rotina do cuidador informal procedimentos ligados a áreas de profissionais, tal como os cuidados da área de enfermagem.

É essencial que o cuidador não se esqueça de si próprio e que tenha a capacidade de manter sua própria saúde e bem-estar.

Cuidar de si próprio possibilita também o bem-estar da pessoa cuidada. Nos dias em que está mais relaxado, descansado e de bom humor é mais fácil realizar as tarefas de cuidar. Isto significa que se estiver bem, melhor será o cuidado à outra pessoa.



O DOMICÍLIO



Os cuidados no domicílio previnem ou adiam a institucionalização, promovendo a cura, permitindo simultaneamente maior liberdade e, em contraste com a instituição, são cuidados personalizados, adequados às necessidades específicas de cada pessoa.

Este guia pretende ir de encontro às necessidades dos **cuidadores informais**, tem como objectivo fornecer aos cuidadores informações importantes acerca do cuidar, de forma a melhorar a qualidade de vida de quem cuida e de quem é cuidado.

CUIDAR

O Cuidado é sinónimo de precaução, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar deve ir além dos cuidados físicos e deve incluir as emoções, a história de vida e os sentimentos da pessoa cuidada. Ao perceber isso, o cuidador deve prestar o cuidado de forma individualizada, a partir das suas ideias, conhecimentos e criatividade, tendo sempre em atenção as particularidades e necessidades da pessoa cuidada.

CONSELHOS PRÁTICOS...

Para ajudar a cuidar melhor a pessoa que tem a cargo.



POSICIONAMENTOS

A forma mais fácil de ajudar a pessoa cuidada a assumir a posição em pé é segurando-a pela cintura e colocar um dos seus joelhos entre os joelhos da outra pessoa.

Este movimento pode ser feito com qualquer pessoa, independentemente da doença. Se for possível peça à pessoa que incline o tronco para frente, no momento de se levantar. O pé do cuidador deve apoiar os pés da pessoa cuidada, dando suporte e impedindo que deslize.

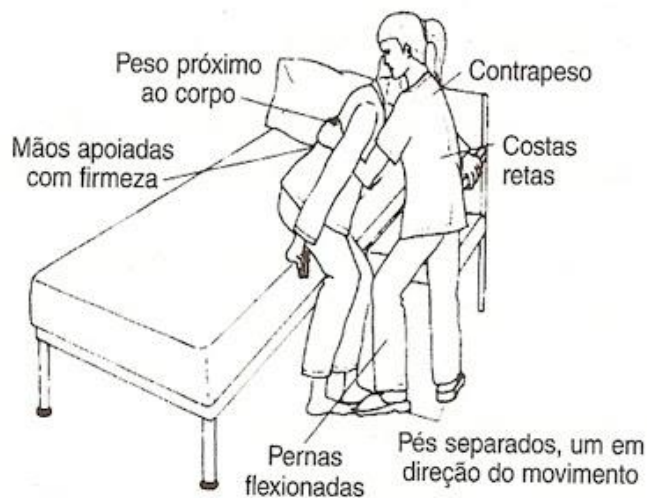


- ✓ **Em pessoas com maiores dificuldades físicas a transferência deve ser iniciada sentado na beira da cama.**
- ✓ **Deve ser sempre explicado o procedimento que se vai realizar.**
- ✓ **Ao levantar a pessoa cuidada deve segurá-la próxima do seu próprio corpo.**
- ✓ **Deve flectir ligeiramente as pernas para não forçar a coluna. Aconselha-se aos cuidadores o uso de sapatos baixos.**

- ❖ No caso de pessoas muito pesadas, ou se o cuidador tiver dificuldades nas transferências, deve pedir a ajuda de uma terceira pessoa.



- ❖ Em casos de maior desequilíbrio, o cuidador deve estar à frente do utente segurando-o firmemente entre as mãos e os cotovelos e estimulando que olhe para frente ao andar.

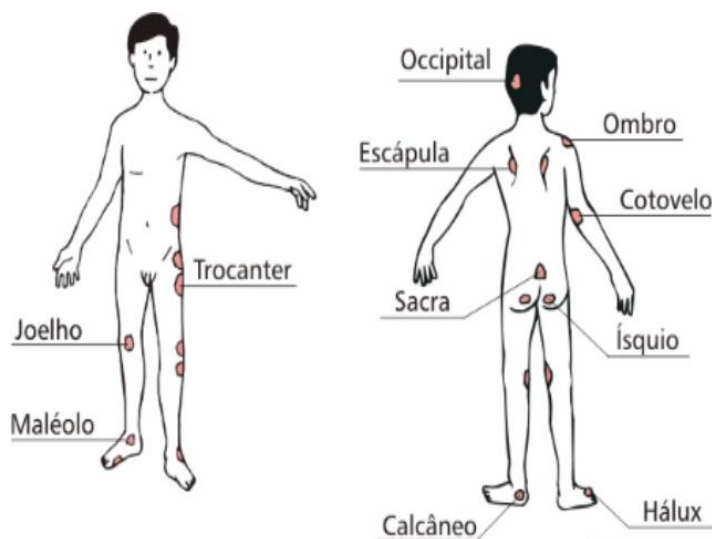


- ❖ Quando a pessoa cuidada apresentar dificuldades para andar, a melhor maneira de a ajudar é apoiar o lado que apresenta maiores dificuldades, colocando uma mão por baixo do seu braço, ou da sua axila, dando-lhe apoio e segurança.

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

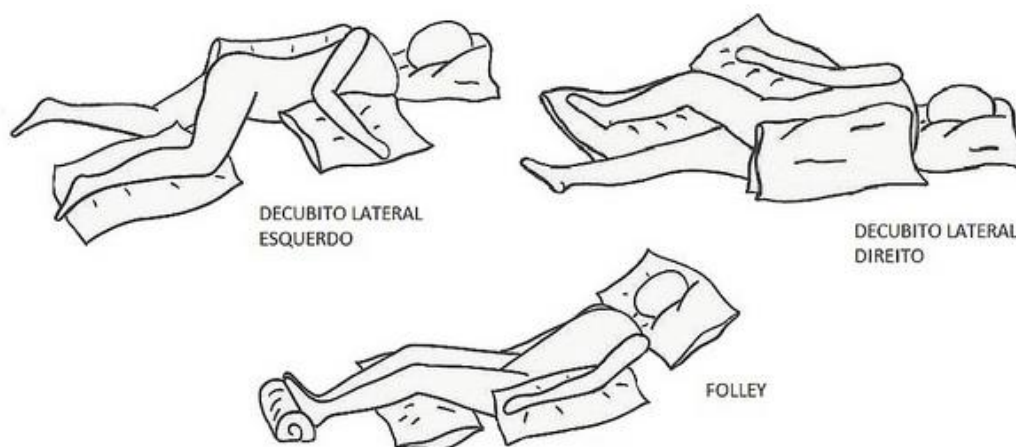
As úlceras de pressão são feridas que surgem na pele quando se permanece muito tempo na mesma posição. É causada pela diminuição da circulação do sangue nas áreas do corpo que ficam em contacto com a cama ou com a cadeira.

Os locais mais comuns onde se formam este tipo de feridas são: região final da coluna (sacro), calcanhares, tornozelos, entre outros, conforme indica a figura a seguir:

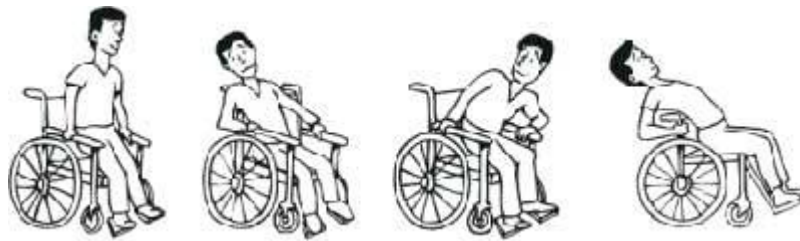


Os seguintes cuidados ajudam a **prevenir** o aparecimento de úlceras de pressão:

- ✓ Mudança de posição a cada duas horas. À noite, o cuidador também deve mudar a pessoa de posição.
- ✓ Evitar a fricção da pele no lençol ou na cadeira.
- ✓ A roupa da cama e da pessoa deve estar bem esticada, pois as rugas da roupa podem ferir a pele.
- ✓ Recorrer a apoios que ajudem na mudança de posição, como por exemplo: barras de apoio para cabeceiras da cama, faixas de pano presas na cabeceira, nas laterais ou nos pés da cama.
- ✓ Alimentar a pessoa fora da cama para evitar que a comida caída nos lençóis magoe a pele e possa provocar feridas. Caso seja necessário alimentar a pessoa na cama, é preciso apanhar toda a comida que possa ter caído.
- ✓ Utilização de colchão de pressão alternada que protege os locais do corpo onde os ossos são mais salientes.
- ✓ Proteger os locais do corpo onde os ossos são mais salientes com travesseiros, almofadas, lençóis ou toalhas dobradas em forma de rolo



- ✓ Apanhar sol durante 15 a 30 minutos, de preferência antes das 10 e depois das 16 horas, ajuda a fortalecer a pele, fixa as vitaminas no corpo e ajuda na cicatrização das úlceras de pressão.
- ✓ Se a pessoa cuidada ficar muito tempo sentada é preciso ajudá-la a aliviar o peso do corpo sobre as nádegas, da seguinte maneira:
 - Se a pessoa tem força nos braços: oriente-a a sustentar o peso do corpo ora sobre uma nádega, ora sobre a outra.
 - Se a pessoa não se consegue apoiar nos braços: o cuidador deve ajudá-la a movimentar-se.



CUIDADOS...

O tratamento das escaras é definido pela equipa de saúde, após avaliação.

O cuidador tem como responsabilidade fazer as mudanças de posição, manter a área ao redor da ferida limpa e seca, para evitar que fezes e urina contaminem a ferida e seguir as orientações da equipa de saúde.

A PELE PRECISA DE SER BEM HIDRATADA!

Para manter a hidratação da pele é preciso:

- Oferecer líquidos em pequenas quantidades, de preferência água, muitas vezes ao dia.
 - Após o banho, massajar a pele com creme ou óleo apropriado, ajudando a hidratar a pele e a melhorar a circulação do sangue.
 - Quando se utilizam fraldas, é necessário trocá-las cada vez que tiver urina ou fezes, para evitar que a pele fique húmida.



EXERCÍCIOS

Uma das actividades do cuidador é ajudar a pessoa cuidada a recuperar, ou seja, ajudá-la a recuperar movimentos e funções do corpo, prejudicados pela doença. Alguns exercícios podem ser feitos mesmo na cama ou em cadeira de rodas.



Exemplos de alguns exercícios que podem ser feitos na cama ou na cadeira de rodas:

- Mexa cada um dos dedos dos pés, para cima e para baixo, para os lados e com movimentos de rotação.



- Segure o tornozelo e movimente o pé para cima, para baixo, para os dois lados e em movimentos circulares.



- Dobre e estenda uma das pernas, repita o movimento com a outra perna (sem tocar com o calcanhar na cama o que pode provocar feridas).



- Com os pés da pessoa apoiados na cama e os joelhos dobrados, faça movimentos de separar e unir os joelhos.



- Levante e baixe os braços da pessoa cuidada, depois abra e feche.



- Faça movimentos de dobrar e estender os cotovelos, os punhos e depois os dedos.



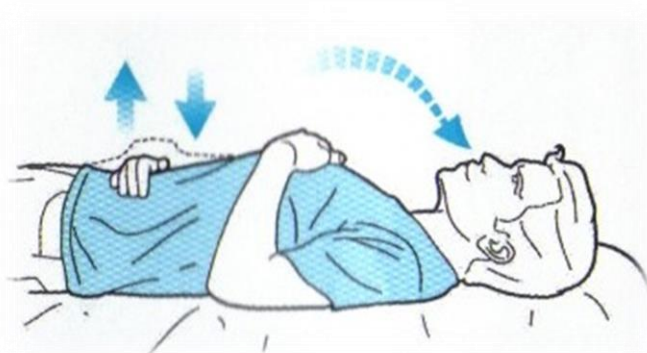
- Ajude a pessoa a flexionar suave e lentamente a cabeça para a frente e para trás, para um lado e para o outro. Estimule para que faça os movimentos sozinho.



Exercícios respiratórios

Quando existem movimentos limitados ou necessidade de estar acamado por longos períodos pode surgir uma acumulação de secreções. Por isso é importante que o cuidador estimule e ajude a fazer exercícios respiratórios para eliminar essas secreções e melhorar a entrada de ar nos pulmões.

- Na posição de deitado ou sentado, peça à pessoa cuidada que coloque as mãos sobre a barriga, puxe o ar pelo nariz, e solte pela boca, de forma lenta e prolongada.



- Ao puxar o ar pelo nariz deve levantar os braços estendidos, depois ao soltar o ar pela boca baixa os braços.



CUIDADOS NA HIGIENE ORAL

A higiene oral é um hábito saudável e agradável que deve ser mantido ao longo de toda a vida. Alterações da mucosa oral, perda de dentes, próteses mal ajustadas, inflamação das gengivas, diminuição da saliva, são factores que podem ocasionar infecções na cavidade oral.

Dicas que conduzem a uma boa higiene oral:

- Oferecer bastante água durante todo o dia é importante para evitar a desidratação e manter a boca sempre húmida.



limpeza das mucosas. Essa limpeza deve ser realizada após cada refeição e à noite, antes de dormir.

- As próteses dentárias devem ser retiradas após cada refeição, limpas fora da boca, e recolocadas após limpeza da cavidade oral.

- Quando existem falta de dentes deve-se utilizar uma gaze ou algodão embebido em água, para a

- As próteses dentárias devem ser retiradas à noite colocadas em solução antisséptica, e após limpeza, recolocadas pela manhã.
- Na presença de uma crosta branca sobre a língua esta deve ser removida utilizando uma solução de higiene oral. Realizar os movimentos no sentido de dentro para fora, nunca com a espátula ou o dedo apontando para o final da língua, para evitar que magoe a garganta da pessoa.

AJUDAR O INTESTINO A FUNCIONAR

Nem sempre é fácil recuperar o controlo do funcionamento do intestino, no entanto é possível treinar o intestino a evacuar em determinados períodos.



As seguintes estratégias podem facilitar o funcionamento do intestino:

- ✓ Diariamente, antes do banho, massage a barriga da pessoa cuidada com a mão, começando pelo lado direito na parte inferior, suba para o lado direito superior, vá para o lado esquerdo superior, desça a mão para o lado esquerdo inferior e volte para o lado inferior direito, pois é assim que o intestino funciona.
- ✓ Deite a pessoa de barriga para cima, segure as pernas, estique-as e dobre-as sobre a barriga, a pressão das pernas sobre a barriga/abdómen ajuda a eliminar os gases que causam desconforto.

CUIDADOS COM A MEDICAÇÃO

O uso correto da medicação é fundamental, mas para isso são necessários alguns cuidados:

- ✓ Pedir ajuda à equipa de saúde para organizar a medicação.
- ✓ Manter os medicamentos nas embalagens originais.
- ✓ Utilizar caixas de organização com divisões para a medicação.
- ✓ Material para tratamento de feridas, tais como: pomada, gazes, luvas, ligaduras, soro fisiológico e outros devem ser guardados num recipiente com tampa, separados dos outros medicamentos.
- ✓ Material e medicação utilizados para nebulizações (ex: aerossol) devem ser guardados em locais secos num recipiente com tampa.
- ✓ Ajustar com a equipa de saúde o horário da medicação.
- ✓ Evitar administrar medicação nos horários em que a pessoa dorme, uma vez que pode afectar a qualidade do sono.
- ✓ Manter os medicamentos num local seco, arejado, sem exposição directa ao sol e principalmente onde as crianças não chegam.
- ✓ Evitar guardar medicamentos na casa de banho, pois a humidade pode estraga-los.
- ✓ Não alterar a medicação sem conhecimento da equipa de saúde.
- ✓ Avisar a equipa de saúde se existirem reacções a qualquer medicamento.
- ✓ Preparar e/ou administrar a medicação em locais bem iluminados para evitar trocas.



O CUIDADOR INFORMAL

O bom cuidador é aquele que observa e identifica o que o outro pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as actividades.

O cuidador não deve ignorar a capacidade da pessoa cuidada em fazer algumas tarefas e deve estimular a sua autonomia, uma vez que cuidar não é fazer pelo outro.

É também fundamental que o cuidador não se esqueça de si próprio e tenha em atenção o seu autocuidado, com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida.

Algumas tarefas que fazem parte da rotina do cuidador informal incluem:

- Actuar como elo de ligação entre a pessoa cuidada e a equipa de saúde.
- Escutar, estar atento e ser solidário com o outro.
- Ajudar nos cuidados de higiene.
- Estimular e ajudar na alimentação.
- Ajudar nas actividades físicas.
- Estimular actividades de lazer e ocupacionais.
- Gerir o esquema terapêutico de acordo com a prescrição e orientação da equipa de saúde.
- Comunicar à equipa de saúde mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada.

**Cuidar exige
paciência e tempo!**



CUIDAR DO CUIDADOR



As consequências de ser cuidador variam de pessoa para pessoa uma vez que existem diferenças tanto entre os cuidadores como entre as pessoas que recebem os cuidados.

É comum o cuidador informal viver situações de tensão e *stress* devido ao cansaço, problemas físicos, sentimentos de impotência, sentimentos de culpa e irritabilidade.

Cuidar de uma pessoa acarreta um excesso de trabalho e como consequência, o tempo para atender às próprias necessidades pode não ser suficiente.

É possível que não descanse o suficiente, que não tenha tempo para se dedicar a actividades que lhe dão prazer, que não visite os amigos ou simplesmente, não saia de casa.

Os cuidadores informais podem em certas alturas sentir cansaço, mal-estar geral, solidão e tristeza.

Os **sinais de alerta** de exaustão de cuidador podem ser os seguintes:

- Problemas de sono.
- Perda de energia, fadiga crónica, sensação de cansaço contínuo.
- Isolamento.
- Consumo excessivo de bebidas com cafeína, álcool ou tabaco.
- Problemas físicos: palpitações, tremor das mãos, problemas digestivos.
- Problemas de memória e dificuldades na concentração.
- Aumento ou diminuição de apetite.
- Aborrecer-se facilmente.
- Mudanças frequentes de humor.

Algumas dicas podem ajudar a preservar a saúde e aliviar a tarefa do cuidador:

- O cuidador deve contar com a ajuda de outras pessoas, como a família, os amigos ou vizinhos e definir dias e horários para cada um assumir parte dos cuidados, permitindo assim ao cuidador ter um tempo para si. **Peça ajuda sempre que algo não estiver bem!**
- É fundamental que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para descansar, relaxar e praticar alguma actividade física e de lazer, tais como: caminhar, fazer ginástica, tricô, pinturas, desenhos, dançar.

EXERCÍCIOS PARA O CUIDADOR

Exercício para o pescoço:

- Flexione a cabeça até encostar o queixo no peito, depois estenda a cabeça para trás olhando para cima.
- Gire a cabeça primeiro para um lado e depois para o outro.
- Incline a cabeça lateralmente, para um lado e para outro, como se fosse tocar a orelha no ombro.



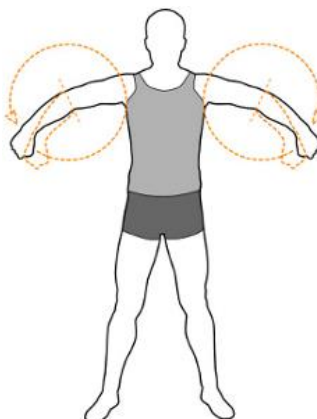
Exercício para os ombros:

- Encha os pulmões de ar, levante os ombros para próximo das orelhas, solte o ar deixando os ombros caírem rapidamente, depois faça movimentos circulares, gire os ombros para frente e para trás.



Exercício para os braços:

- Gire os braços esticados para frente e para trás, fazendo círculos.



Exercício para o tronco:

- Em pé, apoie uma das mãos no encosto de uma cadeira ou na própria cintura, levante o outro braço passando por cima da cabeça, incline lateralmente o corpo. Repita o mesmo movimento com o outro lado.

**Exercício para as pernas:**

- Deitado de barriga para cima, mantendo uma das pernas esticadas segure com as mãos na outra perna e traga o joelho para próximo do peito. Fique nesta posição por alguns segundos e volte para a posição inicial. Faça o mesmo exercício com a outra perna.



DIREITOS DO CUIDADOR

- ❖ Tenho direito a cuidar de mim.
- ❖ Tenho o direito de receber ajuda e participação dos familiares nos cuidados.
- ❖ Tenho o direito de procurar ajuda.
 - ❖ Tenho o direito de ficar aborrecido, deprimido e triste.
- ❖ Tenho o direito de não deixar que os meus familiares tentem manipular-me com sentimentos de culpa.
- ❖ Tenho o direito a receber consideração, afeição, perdão e aceitação dos meus familiares e da comunidade.
 - ❖ Tenho o direito de me orgulhar do que faço.
- ❖ Tenho o direito de proteger a minha individualidade, os meus interesses pessoais e as minhas próprias necessidades.
 - ❖ Tenho o direito de receber instrução para cuidar melhor.
 - ❖ Tenho o direito de ser feliz!

CONTACTOS ÚTEIS

Unidade de Saúde Familiar Eborae: **266 785 618**

Emergência: **112**

Bombeiros Voluntários de Évora: **266 702 122**

Hospital do Espírito Santo de Évora: **266 740 100**

PSP Évora: **266 702 022**

GNR Évora: **266 744 405**

Cantinho do Cuidador (UCC de Évora): **266 760 010**

**ANEXO G - FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM NA VISITA
DOMICILIÁRIA**

REGISTO DE ENFERMAGEM NA VISITA DOMICILIÁRIA

Data da Primeira Visita

IDENTIFICAÇÃO	
Nome: _____	
Idade: _____	
Morada: _____	
Contacto: _____	
<input type="checkbox"/> Vive só <input type="checkbox"/> Com o cônjuge <input type="checkbox"/> Com Filhos <input type="checkbox"/> Outro	Antecedentes Pessoais: _____
Cuidador Principal: _____ Parentesco: _____	

VISITA DOMICILIÁRIA		
<i>Solicitada por</i>	<i>Periodicidade</i>	<i>Motivo da Visita</i>
<input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Utente <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Diária <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Trisemanal <input type="checkbox"/> Mensal Duração da Visita: _____ Tempo de Deslocação: _____	<input type="checkbox"/> Promoção <input type="checkbox"/> Tratamento <input type="checkbox"/> Prevenção

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> ENG <input type="checkbox"/> Avaliação TA <input type="checkbox"/> Sonda Vesical <input type="checkbox"/> Injetável <input type="checkbox"/> Administração de Terapêutica	<input type="checkbox"/> Apoio ao Próprio <input type="checkbox"/> Apoio ao cuidador	<input type="checkbox"/> Tratamento de Feridas <input type="checkbox"/> Úlceras de Pressão <input type="checkbox"/> Cirúrgicas <input type="checkbox"/> Compromisso Vascular <input type="checkbox"/> Traumáticas <input type="checkbox"/> Outra: _____
--	---	--

NECESSIDADES IDENTIFICADAS

<i>Necessidades Identificadas pelo Cuidador</i>	<i>Ensinos realizados ao Cuidador</i>
<input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Posicionamentos <input type="checkbox"/> Feridas <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Sono <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Alimentação <input type="checkbox"/> Higiene <input type="checkbox"/> Posicionamentos <input type="checkbox"/> Feridas <input type="checkbox"/> Medicação <input type="checkbox"/> Sono <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Outro:

Necessidade de articulação com outros profissionais

<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Psicologia	<input type="checkbox"/> Fisioterapia
<input type="checkbox"/> Nutricionista	<input type="checkbox"/> Assistente Social	<input type="checkbox"/> Outro: _____

ALTA DA VISITA DOMICILIÁRIA

Motivo

Cura/Melhoria

Transferência

Óbito

Lar

Outro: _____

Hospital

Outro: _____

Data:

ESCALAS DE AVALIAÇÃO DO UTENTE APLICADAS

Índice de Barthel
Score
Data de Aplicação

Índice de Lawton-Brody
Score
Data de Aplicação

Mini-Mental State
Score
Data de Aplicação

Índice de Katz
Score
Data de Aplicação

Escala de Braden
Score
Data de Aplicação

Escala Geriátrica de
Depressão
Score
Data de Aplicação

Escala de Edmonton
Score
Data de Aplicação

Escala de Faces
Score
Data de Aplicação

Escala de Zarit
Score
Data de Aplicação

**ANEXO H- SESSÃO DE APRESENTAÇÃO À EQUIPA DE ENFERMAGEM DA
USF EBORAE DOS INSTRUMENTOS DE REGISTO ELABORADOS**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
1º ANO / 2º SEMESTRE
ESTÁGIO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA



Importância dos Registos na Visita Domiciliária: Um Projecto de Intervenção na Comunidade

Discente:
Mafalda Elias nº 32831

Docente:
Professora Felismina Mendes
Supervisor Clínico:
Enfermeiro Antero Campeão

Introdução

Para a implementação deste projecto de intervenção na comunidade foram elaborados documentos de registo que visam assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

Estes documentos são:

Guião de Registos para a Visita Domiciliária

Folha de Registo de Enfermagem na Visita Domiciliária

Guia Prático para os Cuidadores Informais de Idosos

GUIÃO DE REGISTOS PARA A VISITA DOMICILIÁRIA

Justificação

A importância dos registos na visita domiciliária é central para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Objectivo Geral

Prestar cuidados holísticos e individualizados aos utentes susceptíveis de serem incluídos no programa de Visita Domiciliária e aos seus cuidadores, de forma a melhorar a equidade e acesso aos cuidados de saúde e potenciando as capacidades de autonomia do utente, para que este atinja o mais alto nível possível de bem-estar e independência.

Objectivos Específicos

- ➔ Facilitar a comunicação, entre os profissionais de saúde, sobre a situação dos utentes.
- ➔ Identificar problemas/necessidades dos utentes e cuidadores.
- ➔ Prevenir complicações derivadas da patologia e das limitações físicas que esta acarreta.
- ➔ Promover a reabilitação do utente.
- ➔ Facilitar a coordenação entre os diferentes serviços assistenciais de forma a assegurar a continuidade dos cuidados.
- ➔ Apoiar o cuidador/família do utente de modo a detectar precocemente situações de disfunção familiar.

Critérios de Inclusão

- ➔ O utente deve estar inscrito na USF Eborae ou familiares com inscrições esporádicas.
- ➔ Após avaliação da necessidade de cuidados no domicílio pelo médico de família do utente ou do familiar deste.
- ➔ Incapacidade de se deslocar à USF Eborae (ex. utente acamado).
- ➔ Residência no concelho de Évora.

Planeamento das Visitas

- ➔ Na **primeira visita** será feita a identificação dos Problemas/Necessidades a partir da aplicação dos instrumentos de avaliação que se seguem.
- ➔ Todos os problemas detectados e necessidades identificadas serão registados na folha de Registo de Enfermagem na Visita Domiciliária (REVD).
- ➔ Será depois elaborado o Plano de Cuidados individualizado, em função dos problemas identificados.

Nas **visitas seguintes:**

- ➔ **Apreciação/ Diagnóstico de Enfermagem**
Colheita de dados.
- ➔ **Planeamento**
Seleccionar intervenções.
- ➔ **Execução**
Manutenção dos cuidados planeados.
- ➔ **Avaliação**
Identificar a evolução das necessidades detectadas em visitas anteriores.

Escalas de Avaliação

- ➔ As Escalas de Avaliação são instrumentos fundamentais de avaliação em geriatria.
- ➔ Permitem estabelecer um diagnóstico, um prognóstico e uma avaliação clínica adequada, que irão servir de base para a tomada de decisões sobre a intervenção.

Índice de Barthel

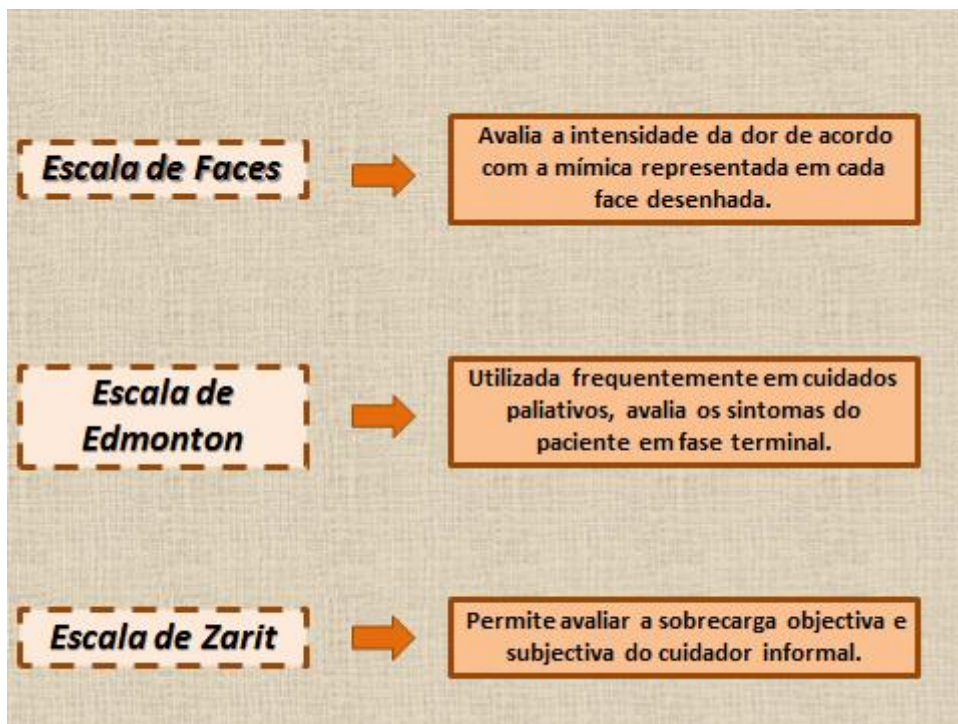
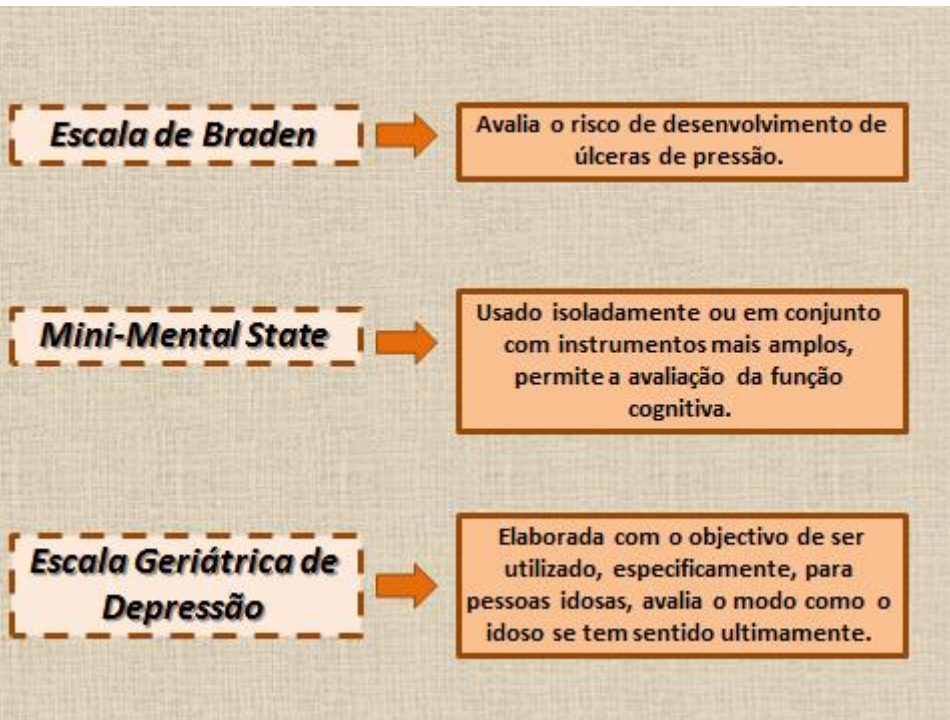
Avalia o nível de dependência do sujeito para a realização das AVD's.

Índice de Lawton-Brody

Avalia a autonomia do idoso para realizar as Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD).

Índice de Katz

Avalia o funcionamento físico de doentes com doença crónica.



FOLHA DE REGISTO DE ENFERMAGEM DA VISITA DOMICILIÁRIA

 **REGISTO DE ENFERMAGEM NA VISITA DOMICILIÁRIA**

DADOS GERAIS DO PACIENTE

Nome: _____
 Idade: _____
 Morada: _____
 Contacto: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____
 Morada: _____
 Contacto: _____

NECESSIDADES IDENTIFICADAS

Alimentação Com o cônjuge Atividades Passivas
 Sem Alimentação Sem Cônjuge Sem Atividades Passivas

Outros: _____

VISITA DOMICILIÁRIA

Estado de Saúde

Estável Melhor Igual Sem Alterações Pior Não Avaliado

Hipertensão Diabetes Doença Cardíaca Doença Renal Doença Respiratória Doença Neurológica

Outros: _____

Queda de peso: _____
 Tempo de demora: _____

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Educar Apoio ao Paciente Tratamento de Feridas
 Avaliação da Apoio ao Cuidado Cuidado de Paciente
 Cuidado de Feridas Cuidado Cuidado
 Cuidado Cuidado Cuidado
 Apoio emocional de familiares Treinamento Cuidado _____

NECESSIDADES IDENTIFICADAS

Necessidade identificada pelo Cuidador **Outras necessidades do Cuidador**

Alimentação Cuidado Alimentação Cuidado
 Atividades Passivas Cuidado Atividades Passivas Cuidado
 Atividades Passivas Cuidado Atividades Passivas Cuidado
 Outros: _____ Outros: _____

Necessidade de articulação com outros profissionais

Médico Farmacêutico Fisioterapeuta
 Nutricionista Assistente Social Outros: _____

Neste Guia são abordados o seguintes tópicos:

- ✓ O idoso e o domicílio
- ✓ O Cuidador Informal
- ✓ Cuidar do Cuidador
- ✓ Exercícios
 - Exercícios para o Cuidador
 - Exercícios para o Idoso
- ✓ Posicionamentos
- ✓ Úlceras de Pressão
- ✓ Cuidados na Higiene Oral
- ✓ Ajudar o Intestino a funcionar
- ✓ Cuidados com a Medicação
- ✓ Direitos do Cuidador
- ✓ Contactos Úteis

FIM!

ANEXO I – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

