



Departamento de Medicina

Serviço de Medicina III

Manual de Boas Práticas no Planeamento da Alta da Pessoa Dependente nas Actividades Básicas de Vida Diárias.

Elaborado por: Enf. Sónia Marques Malaca

(Enf. Especialista em Enfermagem Comunitária)

Colaboração: Equipa de Enfermagem do

Serviço de Medicina III

2010

***" O que me dizem esqueço;
o que vejo, entendo;
o que faço aprendo"***
(Provérbio Chinês)

| ÍNDICE: | Ff's. |
|---|--------------|
| 1 - INTRODUÇÃO | 4 |
| 2 - O PLANEAMENTO DA ALTA | 6 |
| 3 - O CUIDADOR INFORMAL | 7 |
| 3.1 – PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL | 8 |
| 4 - A PESSOA DEPENDENTE | 10 |
| 4.1 - ÍNDICE DE BARTHEL | 10 |
| 5 - ALGORITMO DE DECISÃO - DEPENDÊNCIA NO AUTO CUIDADO | 13 |
| 6 - AVALIAR CONHECIMENTOS E CAPACIDADES DO CUIDADOR | 14 |
| 7 - PREPARAR CUIDADOR PARA O EXERCÍCIO DO SEU PAPEL | 15 |
| 7.1 - INFORMAÇÃO/FORMAÇÃO QUE DEVE SER FORNECIDA À PESSOA E AO CUIDADOR INFORMAL DE ACORDO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA EM CADA ABVD | 16 |
| 8 - A CARTA DE ALTA DE ENFERMAGEM | 22 |
| 9 – CONCLUSÃO | 23 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 24 |

1 - INTRODUÇÃO

A alta não é um acto isolado. A transferência de responsabilidade de prestação de cuidados a pessoa dependente, pode e deve ser planeado o mais cedo possível, garantindo a continuidade destes e o uso eficiente dos recursos do hospital e da comunidade, a partir da identificação e avaliação das necessidades das pessoas dependentes e dos cuidadores informais, de acordo com parâmetros estabelecidos.

Um inadequado planeamento de alta contribui para uma má utilização dos recursos da comunidade, inadequado seguimento após a alta, falta de preparação para o autocuidado e readmissões subsequentes por insuficiente educação da pessoa e do cuidador Informal.

O internamento hospitalar, para além do seu custo económico, tem um preço quer a nível físico, quer psicológico e também social, pelo que não será de valorizar o seu prolongamento para além do estritamente necessário. O espaço domiciliário, é o local privilegiado à recuperação das pessoas, junto daqueles que lhes são significativos.

As curtas estadias no hospital, que tantas vantagens apresentam, podem no entanto, afectar a educação da pessoa e cuidador. Por um lado, limitam o tempo de que os enfermeiros dispõem para identificar necessidades e educar / informar pessoas e cuidadores, por outro lado, afectam a capacidade destes para aprender.

A preparação da alta deverá começar logo após a entrada da pessoa no serviço, em que o enfermeiro deve fazer um levantamento de todas as necessidades reais e potenciais bem como a recolha de informação sobre recursos da pessoa, de forma, a poder planificar intervenções susceptíveis de a ajudar. Este primeiro momento, deve ser contínuo, organizado e sistemático, feito através da observação, exame físico da pessoa, ou recorrendo a outras fontes de informação como: familiares, cuidador informal, processo clínico e outros elementos da equipa. Para o efeito, geralmente nos serviços existem protocolos a seguir (HESBEEN, 2000). No serviço de Medicina III, não existe qualquer documento sobre a preparação/planeamento da alta, mostra-se assim, pertinente e fundamental a elaboração do presente “Manual de Boas Práticas na

Preparação da Alta da Pessoa com Dependência nas Actividades Básicas de Vida Diárias (ABVD)”, por forma, a uniformizar os procedimentos de actuação.

Este manual tem como objectivo uniformizar o processo de planeamento da alta da pessoa dependente que regressa ao domicílio.

2 - O PLANEAMENTO DA ALTA

Um bom planeamento das altas hospitalares é fundamental, não somente para reduzir o tempo de internamento e o número de readmissões, mas também para assegurar o sucesso da reintegração das pessoas dependentes e suas famílias na comunidade. Este, é o culminar de um programa da melhor prática clínica e o assegurar que a dependência e o isolamento social da pessoa no pós-alta hospitalar serão minimizados, sendo maximizada a sua autonomia.

O planeamento da alta é um processo complexo que exige uma efectiva comunicação entre os membros da equipa, a pessoa dependente e seu cuidador informal, devem-se considerar as necessidades de equipamentos materiais e sociais e a ligação com quem na comunidade providencia os cuidados e serviços necessários.

No serviço o planeamento da alta deve:

- Iniciar-se no momento de admissão da pessoa no serviço, com o preenchimento completo da folha de avaliação inicial nas primeiras 24 horas de internamento;
- Envolver pessoa dependente e cuidador informal em todo o processo;
- Assegurar a continuidade de cuidados.

3 - O CUIDADOR INFORMAL

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

No âmbito do cuidado formal: Este tipo de prestação de cuidados é habitualmente executado por profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.), os quais são designados por cuidadores formais, uma vez que existe preparação específica para o desempenho deste papel e que estão integrados no âmbito da sua actividade profissional.

No âmbito do cuidado informal: Outra forma que a prestação de cuidados pode assumir está inserida na prestação de cuidados, executados preferencialmente no domicílio e que habitualmente ficam sob a responsabilidade de elementos da família, dos amigos, vizinhos e outros, sendo designados por cuidadores informais.

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

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

O impacto da doença na família altera os planos de futuro, o papel que cada um representa, e todos acabam por ficar sobrecarregados, agravando-se por vezes os problemas financeiros. Segundo ROLIM e SILVA (2002), o sucesso do treino é fazer do cuidador informal uma pessoa segura e pronta para assumir os cuidados básicos. Para tal, é necessário que ele comece a ser treinado enquanto o doente estiver sob cuidados de enfermagem 24 horas por dia e dar continuidade com o apoio do enfermeiro comunitário.

O enfermeiro tem portanto que estar com a sua atenção orientada para o grupo familiar mas principalmente para o Cuidador Informal para que este tenha o máximo de

efectividade e o mínimo de repercussões sobre a sua saúde. Devem utilizar e mobilizar sempre que necessário os recursos externos, as redes de apoio.

3.1 - PAPEL DO CUIDADOR INFORMAL

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

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

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

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

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

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

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

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

A **Orientação** implica a existência de uma incapacidade para o desempenho de uma tarefa de forma autónoma, pelo que necessita de alguém que o ajude, não no

sentido de o substituir, mas no sentido de lhe dizer como o fazer. Às vezes com pequenas orientações consegue manter-se o doente em actividade, estimulando as suas capacidades e, simultaneamente, evitando um desempenho inadequado, prejudicial ao seu estado de saúde.

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

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

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

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

Assim, é imprescindível que o cuidador, à semelhança da pessoa dependente, seja considerado o alvo prioritário de intervenção para profissionais de saúde, com o intuito de avaliarem as suas capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades que emergem do contexto, as estratégias que pode utilizar para facilitar o cuidado, a informação de que dispõe e a capacidade para receber e interpretar a informação. Os cuidadores formais devem elaborar um plano para o cuidador informal, com o objectivo de dota-lo dos requisitos necessários para a prestação de cuidados adequados (HAM, 1999).

4 - A PESSOA DEPENDENTE

A dependência resulta habitualmente do declínio funcional da pessoa, em consequência do aparecimento da complicação de uma patologia ou devido a um acidente, ou ainda, agravada por outros factores a que os idosos estão expostos, como a polimedicação, uma alimentação deficitária, a falta de ajudas técnicas, ambientes inadequados, etc.

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

4.1 - ÍNDICE DE BARTHEL

O índice de Barthel é um instrumento de avaliação das actividades básicas de vida diárias.

As ABVD são definidas de modo sucinto como um conjunto de actividades primárias da pessoa, relacionadas com o autocuidado e a mobilidade, que permitem ao indivíduo viver sem necessidade de ajuda.

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

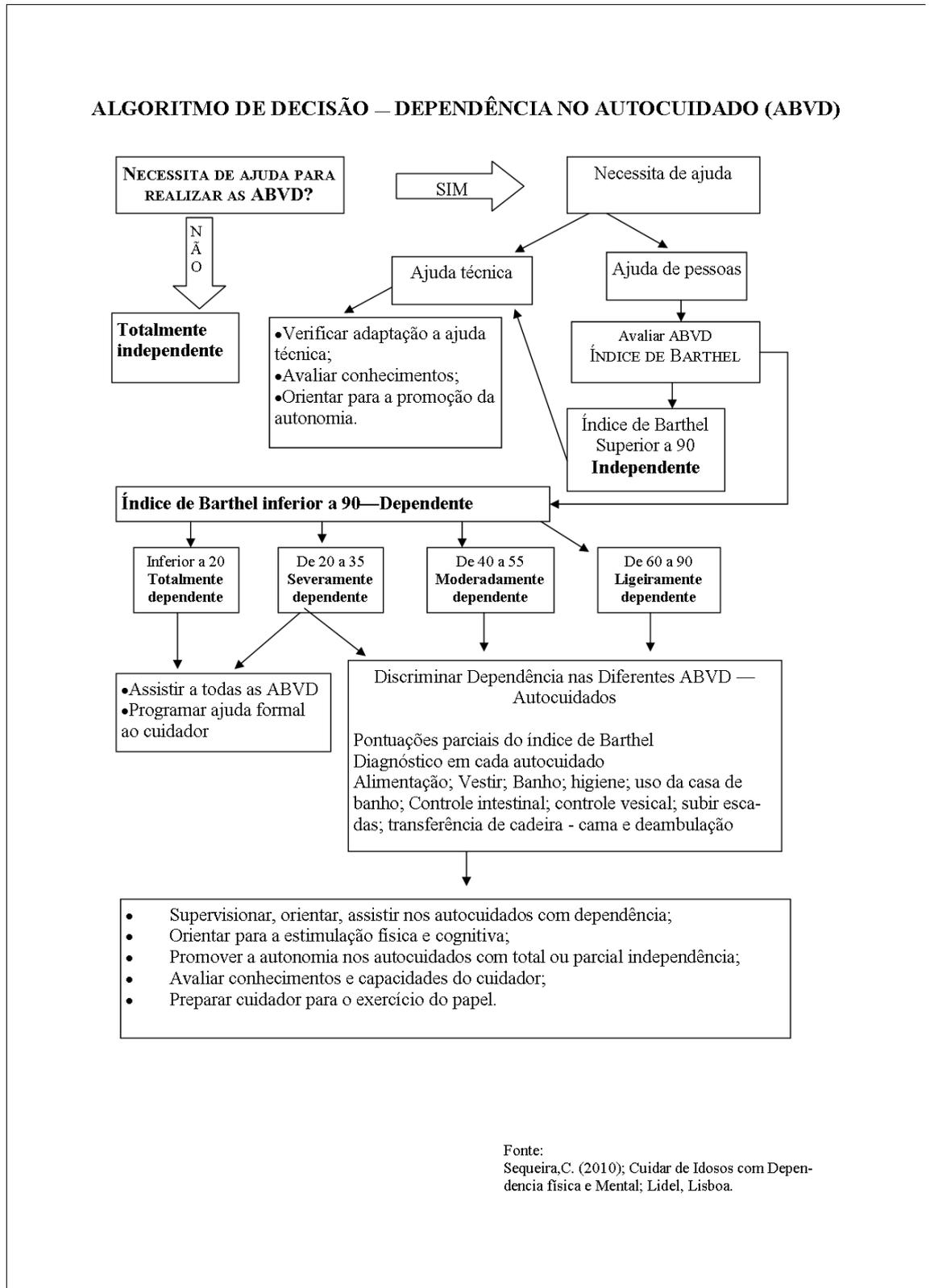
Este índice possibilita a avaliação da capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada actividade. É um instrumento frequentemente utilizado na prática clínica e na investigação (SEQUEIRA, 2010).

| Tabela nº 1 - Índice de Barthel – Actividades Básicas de Vida Diárias (ABVD) | | |
|--|--|---------|
| Itens | ABVD | Cotação |
| Alimentação | Independente (Capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável) | 10 |
| | Necessita de Ajuda (para cortar, levar á boca, etc.) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Vestir | Independente (Veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.) | 10 |
| | Necessita de Ajuda (pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Banho | Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Higiene corporal | Independente (Lava a face, mãos e dentes, Faz a barba) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Uso da Casa de Banho | Independente (Usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho) | 10 |
| | Necessita de Ajuda (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Controlo Intestinal | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-los sozinho) | 10 |
| | Incontinente Ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres) | 5 |
| | Incontinente Fecal | 0 |
| Controlo Vesical | Independente (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou colector, fá-los sozinho) | 10 |
| | Incontinente Ocasional (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para o uso de sonda ou colector) | 5 |
| | Incontinente ou Algaliado | 0 |
| Subir Escadas | Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio) | 10 |
| | Necessita de Ajuda (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir / descer escadas) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Transferência a Cadeira-Cama | Independente (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa cadeira de rodas, transfere-se sozinho) | 15 |
| | Necessita de Ajuda Mínima (Ajuda mínima e supervisão) | 10 |
| | Necessita de Grande Ajuda (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência) | 5 |
| | Dependente | 0 |
| Deambulação | Independente (Caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas) | 15 |
| | Necessita de Ajuda (Caminha 50 metros com ajuda ou supervisão) | 10 |
| | Independente com Cadeira de Rodas (anda pelo menos 50 metros) | 5 |
| | Dependente | 0 |

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

| Tabela nº 2 - Níveis de dependência nas ABVD por pontuação. | |
|---|--------------------------|
| Pontuação | Nível de dependência |
| 90 – 100 | Independente |
| 60 – 89 | Ligeiramente Dependente |
| 40 – 55 | Moderadamente Dependente |
| 20 – 35 | Severamente Dependente |
| <20 | Totalmente Dependente |

Figuras nº 1 - Algoritmo de Decisão – Dependência no autocuidado (ABVD)



6 - AVALIAR CONHECIMENTOS E CAPACIDADES DO CUIDADOR

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

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

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

A melhor forma de avaliar conhecimentos e capacidades do cuidador é através de uma entrevista informal e pela sua inclusão na prestação de cuidados durante o período de internamento.

7 - PREPARAR CUIDADOR PARA O EXERCÍCIO DO SEU PAPEL.

Quando uma pessoa dependente tem alta hospitalar, os familiares, mais precisamente o cuidador informal, vêm-se confrontados com uma realidade dura de enfrentar. Têm que fazer um esforço enorme e as dificuldades são muitas. Sem informação, desconhecendo todo o tipo de cuidados e técnicas, temem o erro e consequentemente o agravar da situação da pessoa.

Poderemos considerar que o ensino feito ao cuidador principal, em contexto hospitalar, é um instrumento que o enfermeiro pode e deve usar, de forma a transmitir informação para garantir a continuidade de cuidados. Os cuidadores devem ser chamados a participar de forma activa nos cuidados a serem prestados a pessoa dependente, de modo a conseguirem um saber-saber e um saber-fazer, necessários à adopção, e comportamentos informados e conscientes após a alta. A família precisa de ser treinada e informada do que deve e como deve fazer (PEREIRA e LOPES, 2002). Neste processo de ensino aprendizagem, é importante dar poder às pessoas, dar informações, estabelecer metas e objectivos conjuntos.

O enfermeiro não deve apenas limitar-se a fornecer informações sobre a doença, é necessário ensinar o que os cuidadores podem e devem fazer (HESBEEN, 2000). Assim os ensinamentos dos pequenos pormenores, das actividades precisas, como prestar cuidados de higiene, alimentar o doente oralmente ou por sonda naso-gástrica, como posicionar o doente, os cuidados com a eliminação, a importância da mobilização para a prevenção de complicações, a transferência do doente, entre outros, bem como os cuidados a longo prazo devem ser ensinados.

É necessário que o cuidador principal, treine competências, isto é, o enfermeiro deve ver na prática a diferença entre aquilo que é ensinado e a actuação, fazendo ajustes constantes; pressupõe-se uma avaliação de resultados. Para isso pensamos serem importantes percorrer três etapas para este processo, ou seja:

- Numa primeira fase o cuidador deve ser chamado para observar os cuidados a serem realizados pelo enfermeiro à pessoa dependente;
- Numa segunda fase deve ser chamado a colaborar com o enfermeiro nesses cuidados;
- Numa última fase deve fazer só, com a supervisão do enfermeiro.

7.1 - INFORMAÇÃO/FORMAÇÃO QUE DEVE SER FORNECIDA À PESSOA E AO CUIDADOR INFORMAL DE ACORDO COM O GRAU DE DEPENDÊNCIA EM CADA ABVD.

Logo que seja possível o cuidador informal deve ser contactado para vir ao serviço, no dia e hora mais oportunos (para equipa de enfermagem, cuidador e pessoa dependente), para lhe serem efectuados os ensinamentos sobre os cuidados que a pessoa necessita de acordo com o seu nível de dependência nas ABVD.

ALIMENTAÇÃO

Pontos a abordar com a pessoa e cuidador informal consoante o grau de dependência.

INDEPENDENTE (A)

NECESSITA DE AJUDA (A) + (B)

DEPENDENTE (A) +(B) + (C)

(A) A refeição deve decorrer num ambiente agradável;

(A) Uma alimentação correcta, com especial atenção a ingestão hídrica é fundamental para um bom funcionamento físico e mental;

(A) Os alimentos devem ser preparados, de modo a que sejam ingeridos com facilidade, sem riscos acrescidos;

(B) Durante a refeição, é preferível a pessoa sujar-se e alimentar-se por si, promovendo a sua independência, do que ser alimentada por outrem, promovendo a dependência. Esta situação, como é óbvio, deve ser avaliada com bom senso e em função das capacidades da pessoa, de modo a não tornar o acto de alimentar-se num sacrifício para a pessoa dependente;

(B) Utilização de utensílios adaptados a cada caso, de acordo com as limitações da pessoa. O recurso a dispositivos (pratos, copos, colheres, etc.) pode facilitar o acto de alimentar-se e promover a independência da pessoa.

(C) Deve-se ajudar a pessoa dependente a alimentar-se ao seu próprio ritmo, estimulando a sua participação de acordo com as suas capacidades;

(C) Ensino de cuidados inerente à alimentação por sonda naso-gástrica;

(C) Frequência de mudança de sonda (a efectuar por enfermeiro)

VESTIR

Pontos a abordar com a pessoa e cuidador informal consoante o grau de dependência.

INDEPENDENTE (A)

NECESSITA DE AJUDA (A) + (B)

DEPENDENTE (A) +(B) + (C)

(A) Sempre que possível deve ser a pessoa a escolher o seu vestuário (mantém a capacidade de decisão, valoriza a sua opinião em termo de hábitos e preferências);

(B) Utilização de roupa prática para promover a independência da pessoa. Devem privilegiar-se fechos a botões, roupas confortáveis e pouco apertadas e os sapatos devem ser sem atacadores;

(B) O vestuário deve ser preparado por ordem inversa a sua utilização, de modo a facilitar o vestir e a diminuir o tempo entre as duas actividades (banho/vestir);

(B) O vestuário deve cumprir o requisito da funcionalidade para facilitar o recurso à casa de banho, a mobilidade, etc.

(C) Deve ser respeitado o ritmo da pessoa dependente, estimulando a sua participação de acordo com as suas capacidades;

BANHO / HIGIENE CORPORAL

Pontos a abordar com a pessoa e cuidador informal consoante o grau de dependência.

INDEPENDENTE (A)

DEPENDENTE (A) + (C)

(A) Higiene Corporal e Banho devem ser executada com a periodicidade necessária, de modo a manter o conforto e bem-estar da pessoa, respeitando hábitos e preferências;

(A) É fundamental a preservação da privacidade da pessoa, mesmo na presença de deterioração cognitiva;

(C) Deve solicitar-se e possibilitar a participação da pessoa nos cuidados, ou seja, ajudar apenas o necessário, de modo a manter e a promover a sua funcionalidade;

(C) O Banho deve ser devidamente preparado através da optimização do ambiente, por vezes são necessárias alterações na estrutura física da casa de banho;

(C) Deve-se ter a preocupação de reunir o material necessário para o banho, de modo a agilizar a sua execução, mas ter sempre em atenção que o mais importante não é proporcionar um banho rápido, mas sim um banho adequado, com estimulação da pessoa, promovendo a sua independência e, conseqüentemente, o seu bem-estar;

(C) Importância da hidratação corporal;

(C) Banho geral na cama, técnica de executar a cama ocupada.

USO DA CASA DE BANHO

Pontos a abordar com a pessoa e cuidador informal consoante o grau de dependência.

INDEPENDENTE (A)

NECESSITA DE AJUDA (A) + (B)

DEPENDENTE (A) +(B) + (C)

(A) Sempre que uma pessoa usar a casa de banho deve ser promovida a sua privacidade;

(B) Por vezes são necessárias adaptações na casa de banho, como a adaptação de barras de apoio junto à sanita.

(B) Privilegie o uso de vestuário prático de vestir e despir;

(C) Deve ser respeitado o ritmo da pessoa, estimulando a sua participação de acordo com as suas capacidades;

CONTROLO INTESTINAL E VESICAL

Pontos a abordar com a pessoa e cuidador informal consoante o grau de dependência.

INDEPENDENTE (A)

INCONTINENTE OCASIONAL (A) + (B)

INCONTINENTE VESICAL E/OU FECAL, ALGALIADO (A) +(B) + (C)

(A) A pessoa dependente padece muitas vezes de incontinência (vesical e/ou intestinal), o que implica um sentimento perturbador e desconfortante para quem cuida e para que é alvo de cuidados, pelo que se deve evitar uma atitude crítica e depreciativa. É importante aliviar a possível tensão e desconforto associado ao comprometimento desta actividade;

(B) Institua uma frequência, relativamente a esta actividade, de acordo com as necessidades da pessoa e estabeleça uma estratégia para identificar situações de incontinência;

(B) Nas situações em que existe défices de comunicação verbal, pode instruir-se estratégias de comunicação não verbal, de modo a manter a pessoa limpa e confortável o máximo de tempo possível;

(B) Importância de utilização de dispositivos práticos, de modo a atenuar o problema, como o uso de pensos, fraldas, protecção da cama, protecção do sofá;

(B) Promova o acesso fácil ao uso de dispositivos (urinóis, bacios, arrastadeiras, etc.), que a pessoa possa utilizar de forma independente, ou com ajuda, de forma a promover a independência;

(B) Facilite o acesso à casa de banho;

(B) Adopte vestuário facilitador do autocuidado em termos de eliminação;

(B) Cuidados a ter com a pele da pessoa com incontinência;

(B) Cuidados na colocação da fralda;

(B) Higiene da zona genital;

(B) Verificar características das fezes e urina;

(B) Verificar frequência de dejectões e quantidade de urina eliminada;

(C) Cuidados inerentes à algaliação (trocar saco colector, manuseamento da algália e frequência da mudança da algália).

SUBIR ESCADAS

Pontos a abordar com a pessoa e cuidador informal consoante o grau de dependência.

INDEPENDENTE (A)

NECESSITA DE AJUDA (A) + (B)

DEPENDENTE (A) +(B) + (C)

(A) No domicílio, surge por vezes a necessidade de eliminar tapetes, passadeiras e colocar barras de apoio e/ou corrimão nas escadas;

(B) Necessidade de supervisão sempre na subida e descida de escadas;

(B) Forneça ajuda física sempre que necessário;

(C) Se necessário adapte um elevador ou cadeira elevatória

TRANSFERÊNCIA CADEIRA-CAMA

Pontos a abordar com a pessoa e cuidador informal consoante o grau de dependência.

INDEPENDENTE (A)

NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA (A) + (B)

NECESSITA DE GRANDE AJUDA OU DEPENDENTE (A) +(B) + (C)

(A) A transferência para a cadeira de rodas de forma independente, permite adquirir o máximo de independência possível, evitando consequências da imobilidade prolongada na cama;

(B) Estimular o levante diário;

(B) Ensino da técnica de transferência da cama para a cadeira e vice-versa, com a colaboração da pessoa dependente;

(B) Camas adaptadas (adequação em altura) facilitam o processo de transferência.

(C) Ensinar a correcta transferência da cama para a cadeira e vice-versa, protegendo sempre o cuidador informal;

DEAMBULAÇÃO

Pontos a abordar com a pessoa e cuidador informal consoante o grau de dependência.

INDEPENDENTE (A)

NECESSITA DE AJUDA (A) + (B)

INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS (A) + (B) + (C) + (D)

DEPENDENTE (A) +(B) + (C)

(A) O cuidador deve promover a mobilidade adaptando o ambiente, facilitando a deambulação e reduzindo o risco de quedas, pequenos gestos como: retirar tapetes e colocar barras laterais de apoio, promovem a deambulação com segurança.

(A) Em determinadas situações, o recurso a ajudas técnicas (bengala, andarilho, cadeira de rodas) pode desempenhar um papel determinante na manutenção da actividade;

(A) A mobilidade deve ser sempre incentivada, de modo a manter a pessoa o mais activa possível.

(A) Para que a pessoa não se canse demasiado, a actividade deve ser devida, por vários períodos ao longo do dia.

(B) O cuidador tem um papel fundamental no incentivo, na supervisão, na ajuda e na criação das condições de segurança necessárias à deambulação;

(B) No domicílio por vezes é necessário proceder a alterações da estrutura física, nomeadamente de degraus, largura de portas e disposição de mobiliário.

(C) A imobilidade é um factor de risco elevado para o aparecimento de úlceras de pressão. Deve manter-se a roupa da cama bem esticada e a mudança de posição de duas em duas horas, no máximo de três em três horas.

(C) Ensino sobre os posicionamentos correcto, e ajudas técnicas existentes, almofadas, colchões de pressão alternada;

(C) Alertar para as medidas promotoras da integridade cutâneo, além da alternância de decúbitos como: alimentação equilibrada, a hidratação, a manutenção da pele limpa e hidratada, bem como a estimulação da mesma;

(C) Importância do levante diário;

(C) Importância de se manter activa mesmo no leito, dentro das suas possibilidades.

(D) O cuidador tem um papel fundamental na adequação das condições do domicílio, eliminação de barreiras, que possibilitem a deambulação em cadeira de rodas. Assim como na supervisão e/ou ajuda na transferência de e para a cadeira de rodas;

8 - A CARTA DE ALTA DE ENFERMAGEM

É inquestionável a necessidade de considerar o cuidador informal como parceiro nos cuidados, reconhecendo o seu contributo valioso na preparação da alta e na garantia de continuidade dos mesmos, facultando-lhe as condições adequadas para que a pessoa possa desempenhar essas funções.

Importa todavia sublinhar que embora a parceria com o cuidador informal e a família seja crucial, existem situações, que pela sua complexidade necessitam de continuidade de cuidados exclusivamente técnicos, ou pelo menos de acompanhamento, orientação e supervisão dos enfermeiros após a alta hospitalar, sendo esta a área de competências dos enfermeiros dos Cuidados de Saúde Primários.

Afigura-se assim importante a articulação dos Cuidados de Saúde Primários / Diferenciados como estratégia a desenvolver, empenhando-nos activamente neste processo.

A carta de alta de enfermagem além de apresentar uma avaliação da pessoa deve:

- Descrever os cuidados de que a pessoa necessita;
- Ensinos já realizados à pessoa e cuidador informal;
- Ensinos com necessidade de reforço ou que não foi possível abordar, bem como com necessidade de adaptação as condições do domicílio;
- Promover a continuidade de cuidados de qualidade.

9 - CONCLUSÃO

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

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

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

HAM, Richard - Involving standards in patient and caregiver support. **Alzheimer Disease and Associated Disorders**, N° 13 (1999) p.27-35.

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

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

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

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

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

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

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