



Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre



Primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde
Orientador: Prof. Doutor Raul Cordeiro

TRABALHO DE PROJETO
(Gestão da Formação em Educação para a saúde em
cuidadores Informais de utentes em cuidados
Continuados Integrados: Guia de Boas práticas na
Prevenção de Úlceras de Pressão)

Autora: Arlete da Conceição Brinquete Espanhol

Fevereiro
2012

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

Primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde
Orientador: Raul Cordeiro

TRABALHO DE PROJETO
(Gestão da Formação em Educação para a saúde em cuidadores Informais de utentes em cuidados Continuados Integrados: Guia de Boas práticas na Prevenção de Úlceras de Pressão)

Autora: Arlete da Conceição Brinquete Espanhol

Fevereiro
2012

RESUMO

O cuidador informal é aquela pessoa sobre quem recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados ao doente dependente, sem que para isso tenha sido preparado. Cabe-nos a nós técnicos de saúde orientar, no sentido de apoio e ajuda a estes cuidadores informais que têm a seu cargo um doente dependente, de modo a desenvolver as competências que lhes permita superar as mudanças e consequentemente favorecer um processo de adaptação mais rápido e consciente, melhorando a sua Qualidade de Vida e a do doente. Através da implementação de intervenções específicas, Educação para a Saúde.

Neste sentido, o presente trabalho passou pela criação de um Guia de Boas Práticas e pela elaboração de um Plano de Formação com o objectivo de estabelecer linhas de orientação para a educação para a saúde e normalizar procedimentos que garantam as boas práticas na prevenção de Úlceras de Pressão em particular.

ABSTRACT

The informal caregiver is a person who bears the responsibility for providing the majority of care related to patient dependent, without this having been prepared. It is up to us to guide health professionals in order to support and help these informal caregivers who are in charge of a patient dependent, in order to develop skills to enable them to cope with the changes and thus favoring a faster adjustment process and conscious, improving their quality of life and patient. Through the implementation of specific interventions, Education for Health.

In this sense, this work began by creating a Best Practice Guide and the development of a Training Plan with the aim of establishing guidelines for health education and standardize procedures to ensure good practice in preventing ulcers pressure in particular.

ABREVIATURAS

UCC – Unidade de Cuidados Continuados na Comunidade

ECCI – Equipa de Cuidados na Continuados Integrados

ÍNDICE

1 – INTRODUÇÃO.....	8
2 - ESTADO DA ARTE.....	11
2.1 - Teorias e Modelos de Educação para a Saúde	12
2.1.1 - Teorias de Educação para a Saúde	13
2.1.2 - Modelos de Educação para a Saúde	13
2.2 - Educação para a Saúde: um Processo Holístico.....	14
2.3 - Papel dos Enfermeiros na Educação para a Saúde na Equipa Pluridisciplinar	19
2.4 - Dimensão Ética em Educação para a Saúde.....	20
3 – ENQUADRAMENTO OPERACIONAL	26
3.1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO	26
3.2 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO	28
3.4 – EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS	31
4 - GUIA DE BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO	34
5- ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER	35
6- PROGRAMAÇÃO DAS ACCÇÕES	36
7- AVALIAÇÃO	37
8- CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
9- REFEÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
APÊNDICES	43
APENDICE I – GUIA DE BOAS PRÁTICAS.....	44
APÊNDICE II – PLANO DE FORMAÇÃO	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Alentejo Central.....	26
Figura 2- Distrito de Évora e respetivos concelhos.....	26
Figura 3- Freguesias do concelho de Estremoz.....	27
Figura 4- Concelho de Estremoz.....	27

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Distância da sede do concelho às freguesias rurais.....	28
Quadro 2- Distribuição da população residente no concelho de Estremoz, por grupo etário e sexo, 2008.....	29
Quadro 3- Caracterização das famílias.....	30
Quadro 4- Distribuição das instituições sociais e respetivas valências por local de implantação.....	31

1 – INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem - Especialização em Gestão das Unidades de Saúde, e desenvolve-se no Centro de Saúde de Estremoz, na ECCI, encontrando-se esta inserida na UCC de Estremoz.

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados, é uma “equipa multidisciplinar de responsabilidade dos cuidados primários de saúde e dos recursos sociais, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes de avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e de apoio social ou outros a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma.” (artigo 27º, Dec. Lei 101/2006 de 6 Junho). A ECCI pretende capacitar as pessoas idosas e/ou em situação de dependência e os seus cuidadores, trabalhando para que estes participem ativamente na promoção da sua própria saúde, autonomia e funcionalidade nos contextos de vida.

Tendo em consideração as recomendações previstas no Plano de Ação da UCC, que preveem uma abordagem centrada na necessidade de intervir a nível da formação de uma forma mais visível nos problemas de saúde de origem social, a prioridade vai para a intervenção nos diferentes *settings* em contexto comunitário, e dado que, a UCC tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, e após conversação com a coordenadora da UCC do Centro de Saúde de Estremoz, chegamos á conclusão que seria de toda a pertinência intervir em particular sobre a problemática “formação”.

Este trabalho teve como tema central a formação em educação para saúde em cuidadores informais de utentes em cuidados continuados integrados.

Com uma crescente importância da Educação para a Saúde na sociedade atual, em que os cuidados de Enfermagem se direcionam para a prevenção e promoção da saúde, competindo-

lhe a curto, médio e longo prazo, interferir no processo saúde/doença do indivíduo, família e comunidade, é importante promover projetos de intervenção junto dos mesmos.

Considerando que os familiares diretos, assumem na maioria das vezes a prestação de cuidados de saúde do utente, constituem-se, agentes ativos no processo de formação, no sentido de garantir a qualidade de prestação desses serviços, torna-se necessário que, obtenham informação e desenvolvam “estratégias” que lhe permitam assumir e suportar emocionalmente o cargo desta função. Por tudo isto considerou-se pertinente a realização de um guia de boas práticas e à forma de o abordar com os cuidadores, para que, os profissionais de enfermagem continuem a reconhecer a importância do significado da família na saúde e bem-estar de cada um dos seus membros, e possam ajudar a família a compreender a doença e os seus tratamentos e melhorar a interligação utente – família – enfermeira.

Devido ao número de utentes em situação de dependência e com grande incidência de úlceras de pressão, pareceu-nos urgente a abordagem á temática (prevenção de úlceras de pressão) de forma a dar resposta com qualidade ás necessidades dos utentes. A identificação das necessidades de formação foi feita de acordo com as necessidades sentidas pelos profissionais decorrentes da prestação de cuidados a este tipo de utentes.

Este trabalho de projeto está estruturado em três partes fundamentais. A primeira parte corresponderá ao enquadramento teórico, baseado na investigação de alguns autores, onde se revê as teorias que têm surgido em redor do tema. A segunda parte incidirá sobre o enquadramento operacional, do que se destaca a caracterização do concelho e da população de implementação do projeto. Na terceira parte, apresentar-se-á a construção de um Guia de Boas Práticas na Prevenção de Úlceras de Pressão, com o objetivo de capacitar os Cuidadores Informais na prestação de cuidados. Por último, será apresentado um possível plano de formação para que a equipa de enfermagem planei as suas intervenções.

Com este trabalho, apenas se pretende dar um contributo que possa ajudar a uma maior consciencialização e reflexão acerca de tão delicada matéria.

É nossa convicção que a intervenção nesta área permite sugerir ganhos em saúde, associados á maximização dos recursos que lhe forem destinados.

A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade.

Além disso, pretende-se que a área proposta seja implementada, conseguindo reforços positivos nas atividades a desenvolver e nos resultados conseguidos.

2 - ESTADO DA ARTE

Desde o início da história da humanidade que o cuidar é necessário no sentido de garantir a continuidade da vida em grupo.

Nos dias de hoje, a Enfermagem é definida pela Ordem dos Enfermeiros (2007, p.6) como “Disciplina do conhecimento autónomo (...) tomando por objeto a resposta humana aos problemas de saúde e processos de vida dos indivíduos, família e grupos”.

Também a Enfermagem pode classificar-se como sendo uma ciência e uma arte, englobando processos técnicos, científicos e humanos, mas sempre tendo como base a relação interpessoal. O Enfermeiro no exercício da sua atividade profissional deve centrar toda a sua atuação em quatro principais objetivos: a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e reinserção social. Tornando-se fundamental organizar, coordenar, executar e avaliar as intervenções de Enfermagem nos três níveis de prevenção.

O Enfermeiro deverá optar pelas técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados de Enfermagem impulsionando a participação do indivíduo, da sua família e da comunidade. Deverão ser dinamizadas as atividades associadas à situação de saúde/doença quer no internamento, ambulatório ou domicílio e transmitir conhecimentos.

A formação terá sempre como finalidade principal o incentivar as pessoas a progredir, facultando a integração de novos comportamentos e atitudes, potenciando as suas capacidades, na incorporação de novas competências e responsabilidades, no interesse por toda a consequência da sua ação, abrindo caminho à delegação de poderes e tomada de decisão, encorajando o cuidador na participação direta e orientação do seu trabalho.

A promoção da saúde é tomada como decisão estratégica para mudança na formação do cuidador. A formação dos cuidadores centrada na realidade dos serviços de saúde e que

atendam às procuras de boas práticas de promoção da saúde, exige que os profissionais e os cuidadores estejam juntos nas discussões do processo de formação.

Enfatiza-se a necessidade de implementar no serviço noções de promoção da saúde em contraposição à atuação dos profissionais, considerando-se o social, comunitário e político como determinante das respostas efetivas em saúde.

Segundo Carvalho & Carvalho, (2006) a Educação para a saúde é um processo de comunicação interpessoal que faculta informação e identifica problemas, estabelecendo uma relação causa efeito nos comportamentos da saúde física e psíquica das pessoas.

Para Tones e Telford, a Educação para a Saúde é “(...) toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença”, originando mudanças no conhecimento, compreensão e nas formas de pensar (cit in Carvalho & Carvalho, 2006, p.25). Segundo eles, a Educação para a Saúde pode influenciar ou clarificar valores, propiciar mudanças de convicções e atitudes, facultar a aquisição de saberes, conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida. Na ótica de Amorim, a Educação para a Saúde deve instituir “ (...) um processo interativo, reconhecido e aceite pela comunidade (...)” atribuindo responsabilidades na determinação da sua saúde e qualidade de vida (cit in Carvalho & Carvalho 2006, p.26).

2.1 - TEORIAS E MODELOS DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

As estratégias orientadas para a promoção e Educação para a Saúde não podem restringir-se à utilização exclusiva da informação ou a aspetos persuasivos para alterar comportamentos. Segundo Rodrigues et al. (2005), encontram-se descritas diferentes teorias e modelos de educação para a saúde, que procuram explicar os processos de organização, planeamento, execução e avaliação das ações sistémicas de aconselhamento, promoção e Educação para a Saúde.

2.1.1 - Teorias de Educação para a Saúde

São as várias teorias existentes que orientam os Enfermeiros no processo de compreensão da forma como as pessoas aprendem, como projetar e implementar a educação dos utentes/doentes, família e comunidade.

A Teoria dos estádios de mudança e a Teoria da aprendizagem social, são apontadas como as teorias que intervêm na alteração de comportamentos, quer na comunidade quer na educação individual e familiar.

A *Teoria dos estádios de mudança* reflete uma sequência de estádios, designadamente: pré-contemplação, contemplação, preparação para agir, ação e manutenção. Na pré-contemplação, o utente/ doente, família e comunidade não apresentam qualquer intenção de mudar, pelo que carecem ser despertados para a consciência do problema; na contemplação, o utente/doente, família e comunidade reconhecem o problema e desejam mudar; na preparação para agir prevê-se um momento propício para que a mudança aconteça; na ação são fornecidos ao utente/doente, família e comunidade os reforços e apoios necessários; na manutenção o utente/doente, família e comunidade deve manter o novo comportamento (Prochaska e Diclemente, cit in Rodrigues e tal., 2005).

A *Teoria da aprendizagem social* estabelece o princípio de que o comportamento é “(...) uma função de expectativas individuais sobre o valor de um resultado (...) ou êxito pessoal” (Blair et al. cit in Stanhope e Lancaster, 1999, p. 268). Na perspetiva destes autores, os Enfermeiros/Educadores podem usar esta teoria para mudar comportamentos, ajudando os utentes/doentes, família e comunidade a serem capazes de modificar as expectativas de determinar resultados ou as possibilidades de alcançar o fim desejado.

2.1.2 - Modelos de Educação para a Saúde

Dos vários Modelos com aplicação em Educação para a Saúde, Rodrigues et al. Refere que “(...) não há nenhum modelo que se destaque pela (...) certeza absoluta da sua eficácia”, no entanto, “(...) da sua síntese resultam eixos de força para uma intervenção eficaz” (Rodriguez et al., 2005, p.11).

Podem aplicar-se diretamente em saúde comunitária qualquer destes três modelos: **Precede – Proceed, Saúde – Crença e Promoção da Saúde.**

O **Modelo PRECEDE – PROCEED** focaliza-se na planificação e avaliação da educação da comunidade, tendo como ponto de referência a resolução de problemas, numa área identificada de necessidades. A mudança dos seus comportamentos das comunidades é o principal objetivo deste modelo. Parte dum avaliação do ambiente em que vive o grupo sem nunca descorar os fatores sociais que influenciam os comportamentos em relação á saúde. Numa segunda fase, confere os fatores internos e ambientais que arrastam a comunidade para determinados comportamentos ou problemas de saúde. Na terceira fase, reconhece os fatores que irão ajudar essa comunidade a adotar comportamentos saudáveis. Como terminus dessas fases, desenvolve-se o planeamento, implementa-se e avalia-se (Edwards, 1990; Padilla & Bulcavage, 1991; Green & Kreuter, 1992 cit in Stanhope & Lancaster 1999).

O **Modelo Saúde – Crença** aparece devido à preocupação quer dos sectores públicos, quer dos sectores privados de saúde ao verificarem que algumas pessoas se mostravam renitentes quando convocadas para vigiar o seu estado de saúde. Este modelo foi desenvolvido para prever tais situações e para sugerir intervenções que pudessem diminuir a relutância das mesmas a decidir-se pelos cuidados de saúde. A base do modelo assenta em três componentes: perceções individuais, fatores de mudança e variáveis que afetam a probabilidade de ação. Aconselha ações de campanha nos meios de comunicação social, postais/cartas de avisos, artigos de jornais ou revistas com o objetivo de motivar os utentes a tomar providências (Salazar cit in Stanhope & Lancaster, 1999).

O **Modelo de Promoção da Saúde** desenvolveu-se como complemento de outros modelos de proteção de saúde, explicando a possibilidade que os modelos de estilo de vida saudável e comportamentos de promoção da saúde têm de ocorrer. Expande os princípios do modelo saúde – crença e segundo Stanhope & Lancaster (1999, p.271) “(...) pressupõe que os indivíduos possam alterar o seu comportamento para se sentirem melhor física, psicológica, social e espiritualmente”

2.2 - EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: UM PROCESSO HOLÍSTICO

A Educação para a Saúde centrada no ser humano, é considerado pela perspectiva holística como “(...) uma unidade biofisiológica, psicológica, social e espiritual (...)” que está “(...)em

constante interação consigo mesmo, com outros seres humanos e com o meio envolvente” (Carvalho & Carvalho, 2006, p.17). Assim, a Educação para a Saúde exige uma abordagem global e particular da pessoa. Considera-se por isso a Educação para a Saúde como um processo holístico, que tem como objetivo aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procurando desenvolver os processos internos que permitam á pessoa adotar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças, sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte (Carcel cit in Carvalho & Carvalho, 2006).

O Homem como “(...) um todo não se pode separar o físico do psíquico, do social e do mental” (Damásio cit in Carvalho & Carvalho, 2006, p.18). Participa na sua própria construção e evolução, estabelecendo uma universalidade de interações entre as suas várias dimensões. Adaptando estilos de vida e comportamentos saudáveis, através de um papel ativo no seu processo de saúde torna-se necessário que “(...) a pessoa escolha e assuma as suas opções de vida responsabilizando-se pela sua saúde” (Carvalho & Carvalho, 2006 p.18).

Como refere Roach “(...) a enfermagem nasceu do cuidar, organizou-se para cuidar e profissionalizou-se através do cuidar” (cit in Festas, 1999, p.63). Pegando nesta linha de pensamento a enfermagem tem vindo a suportar a sua prática para um modelo “(...) holístico, subjetivo, interativo, humanista e orientado para a experiência única de cada pessoa” (Moniz, 2003, p.29). Isto porque cada pessoa é um ser único com as suas histórias e experiências de vida. E, é nesta ótica que o cuidar pode ser caracterizado, segundo Moniz (2003, p.26), como um verdadeiro “(...) encontro com o outro, um estar disponível para o outro numa relação de proximidade e ajuda, na base da compreensão e confiança (...)”.

A competência técnica e a sensibilidade afetiva, são duas características que devem estar sempre presentes no cuidar, o “(...) verdadeiro cuidar não implica desvalorizar a ciência e a técnica (...)”, mas utilizá-las para prestar cuidados globais à pessoa, não desrespeitando nenhuma das necessidades do doente (Pacheco, 2002, p.34). A intervenção dos Enfermeiros deverá ser orientada não só na vertente mais técnica relacionada com o tratamento – Tratar, como também, na vertente mais expressiva, humana e preocupada com a pessoa como ser holístico – Cuidar (Valadas, 2005). Cuidar e tratar são atitudes distintas mas inerentes ao exercício profissional dos Enfermeiros. Prestar cuidados de Enfermagem holísticos e humanísticos exige capacidade para cuidar e tratar ao mesmo tempo, sendo que, “(...) a principal preocupação é a pessoa doente, sempre tida em conta como ser único e insubstituível (...)” (Pacheco, 2002, p.32). A Educação para a Saúde vincula conhecimentos e a construção

do conhecimento de cada indivíduo faz-se com base na afetividade envolvendo as emoções que se estabeleceram entre as pessoas.

O processo de educação comunitária deve integrar a vertente de Educação para a Saúde, sendo os profissionais de saúde a desempenhar um papel fundamental dentro do programa educativo, mas, não se devem assumir como únicos intervenientes neste processo. Os Enfermeiros, enquanto prestadores de cuidados, são seres com qualidades especiais que se dedicam às pessoas com a intenção de as ajudar, orientar e auxiliar nas várias situações da vida. Na Educação para a Saúde as estratégias psicológicas e pedagógicas quando utilizadas pelos Enfermeiros são indispensáveis para a condução dos sujeitos até ao objetivo da mensagem. Sendo a saúde um bem, “(...) a Educação para a Saúde é uma missão que deve ser encarada com sentido pedagógico, didático e de investigação” (Rodrigues et al, 2005, p.16).

Das atividades de Educação para a Saúde fazem parte, a formação em serviço, a educação formal, as campanhas publicitárias o aconselhamento a doentes e o trabalho comunitário de intervenção programada. É crescente a importância que a Educação para a Saúde tem vindo a obter na consciência pública, fazendo com que resulte melhor a estruturação, coordenação, articulação de forma sustentável das intervenções nos sistemas de saúde local. Este é o caminho também seguido na Declaração da Alma-Ata quando defende que, para além do sector da saúde, devem estar envolvidos todos os sectores de desenvolvimento nacional e comunitário (Rodrigues e tal 2005).

O planeamento prévio é um processo fundamental na Educação para a Saúde, facilitando de forma significativa a aquisição de comportamentos saudáveis, e dando resposta às necessidades educativas do doente/utente, família ou comunidade a que se destina, influencia ainda a clareza com que se preveem os recursos e as metodologias mais adequados para conseguir atingir os objetivos (Carvalho & Carvalho, 2006).

Planear – Em termos de planeamento de atividades, existem diferentes caminhos para levar a cabo a programação de atividades, consoante os focos a tratar. Segundo Carvalho & Carvalho (2006), os programas de Educação para a Saúde devem ser constituídos pelas seguintes etapas:

- Análise da situação – identificar as necessidades educativas do utente/doente, família ou comunidade a que se destina, com o propósito de desenhar um programa que dê

resposta a essas necessidades e conhecer as características do utente/doente, família ou comunidade para melhor adaptar a metodologia, as atividades e recursos. O planeamento da Educação para a Saúde surge quando se tenham identificado os problemas do doente/utente, família ou comunidade e estabelecendo prioridades. A Educação para a Saúde deve ter como prioridade a modificação dos comportamentos que influenciam de forma negativa os problemas de saúde identificados;

- Justificação da necessidade do programa – Consiste em apresentar de forma explícita a necessidade da realização da Educação para a Saúde;
- Definição de objetivos – Tem como intuito indicar o que se pretende com a Educação para a Saúde e servir de instrumento para posterior avaliação;
- Conteúdos educativos – Dizem respeito à informação que se pretende transmitir ao doente/utente, família ou comunidade, com o intento de atingir os objetivos propostos. Devem ser previamente elaborados mediante as características do indivíduo/grupo a que de destinam como a idade, o nível de instrução, as experiências de vida, as doenças, as atitudes e os conhecimentos.
- Determinação das estratégias de intervenção – A seleção das estratégias depende das características do destinatário e do educador, dos conteúdos envolvidos e dos recursos disponíveis. As estratégias devem ser adequadas aos destinatários, no que diz respeito à idade, nível de desenvolvimento e nível educacional.
- Atividades e metodologias educativas – Contêm a identificação de meios, métodos, atividades e procedimentos pedagógicos na execução da Educação para a Saúde. Os meios são o suporte que se utiliza para transmitir uma informação, estimular um comportamento e mobilizar sentimentos. O método pedagógico é o caminho que se deve seguir para expor a informação numa linguagem mais fácil e explícita.
- Desenho da avaliação – A última tarefa do planeamento em Educação para a Saúde é desenvolver um plano de avaliação, cujos instrumentos de recolha de dados podem ser questionários, grelhas de observação, escalas de autonomia.

No que às atividades e metodologias diz respeito, estas podem ser influenciadas pelos seguintes fatores:

- Natureza do conteúdo – Se é uma aprendizagem de factos simples será suficiente o uso de materiais escritos. Se o objetivo é o desenvolvimento de competências devem-se

incorporar métodos como a demonstração e a prática por parte do utente/doente, família, comunidade.

- Características do grupo alvo – Se o grupo tem um nível de instrução alto e conhecimentos sobre o tema podem utilizar-se métodos como o expositivo e a conferência. Quando o nível de instrução é mais baixo ou se trata dum assunto totalmente desconhecido, utilizam-se métodos demonstrativos (Osuna & Moral cit in Carvalho & Carvalho, 2006).

Desenvolver - Para o desenvolvimento de Educação para a Saúde, Clark (cit in Carvalho & Carvalho, 2006) são estabelecidas como diretrizes: ser definida e de possível modificação; refletir as necessidades do utente/doente, família ou comunidade; apresentar intervenções que sejam capazes de ir ao encontro das necessidades e permitir a avaliação dos seus efeitos. O mesmo autor propõe quatro dimensões para desenvolver a Educação para a Saúde: o propósito que pode influenciar o comportamento do utente/doente, família ou comunidade; o indivíduo/grupo alvo que pode ser segmentado de acordo com as atitudes, valores e crenças, podendo ser aplicadas diferentes estratégias de comunicação; o tempo em que vai decorrer a Educação para a Saúde e dentro do qual se espera atingir os objetivos, as atividades bem definidas e planeadas através das quais se pretende transmitir os conhecimentos.

Avaliar - Para Hawe et al, (cit in Stanhope & Lancaster, 1999), a avaliação da Educação para a Saúde envolve três áreas: a avaliação do educador, do processo e do produto. Na primeira a avaliação do educador permite introduzir modificações no processo de ensino de forma a responder melhor á necessidade do utente/doente, família ou comunidade. No que diz respeito á avaliação do processo, ela é necessária em toda a extensão do programa educativo, para determinar se os fins e objetivos definidos estão a ser atingidos e qual o tempo necessário para o seu cumprimento. O produto educacional é avaliado como uma mudança mensurável na saúde ou comportamento do utente/doente, família ou comunidade. Para avaliar a mudança na saúde e no comportamento, podem ser usados varias técnicas, métodos e materiais (questionários, testes, observação direta). A avaliação dos resultados deve demonstrar mudanças positivas a nível de conhecimento, de comportamento, de destreza, de estado de saúde e de qualidade de vida.

2.3 - PAPEL DOS ENFERMEIROS NA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NA EQUIPA PLURIDISCIPLINAR

No campo da Educação para a Saúde, os Enfermeiros assumem um papel importante pela sua formação, experiência e competência em diversas dimensões dos cuidados de saúde. Compete-lhes, por isso, desenvolver parcerias com os utentes/doentes, família, comunidade e identificar situações de saúde para os ajudar a criar estilos de vida saudáveis (Rodrigues, 2005). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2007, p.20), são considerados como “(...) uma comunidade profissional e científica (...)necessária para que o sistema de saúde funcione e garanta á população (...) cuidados de saúde de qualidade (...)”.

Segundo Greene e Simons-Morton (cit in Rodrigues, 2005, p.49), o Enfermeiro é um “(...) especialista da equipa de saúde que diagnostica as questões de saúde numa perspetiva pedagógica seguindo estratégias de intervenção educativa (...)”, através de intervenções programadas e avaliadas. Necessitando desenvolver-se como pessoa atualizando os seus conhecimentos de forma a adquirir sensibilidade para as questões humanas e assumir comportamentos adequados para que se verifique a mudança.

O Enfermeiro, como Educador de Saúde, deve: cuidar a arte da relação; cultivar o desejo de aprender e de mudança e saber aplicar a criatividade. No plano da intervenção prática, o Enfermeiro tem que aprender a relacionar-se com o individuo/grupo em contextos e condições específicas, tem de recorrer a estratégias críticas e a desenvolver ações conjuntas com vários Profissionais de Saúde e com aqueles que pretende ajudar. Assim sendo, o Exercício Profissional dos Enfermeiros deve inserir-se num contexto de acuação Multiprofissionais (Rodrigues, 2005).

A Educação para a Saúde implica uma perspetiva democrática de conjugação de esforços sendo que a chave do sucesso do trabalho em grupo implica partilhar experiências. Neste âmbito, o Enfermeiro deve promover interações e patilha, através de habilidades para comunicar, informar, convencer, motivar e obter respostas positivas dos outros (Rodrigues, 2005).

2.4 - DIMENSÃO ÉTICA EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

A ética, segundo Fortin (1999), é a ciência da moral que ajusta a nossa postura e o nosso comportamento. Assim sendo, pode-se considerar como um juízo assente em princípios utilizados como justificação das ações tendentes à resolução de problemas. A obrigação do cuidar, associada á necessidade de formar como condição da possibilidade de existir, coloca questões éticas quanto aos critérios de apreciação sobre a maneira como o Enfermeiro cumpre o dever de cuidar.

A ética sobreposta ao cuidar reúne princípios fundados na dignidade humana, antes de tudo, o respeito da pessoa na sua inalienável dignidade. Ela está, sobretudo, “(...) no pensamento, na liberdade de escolher e na possibilidade de falar” (Honoré, 2004, p.276)

Em qualquer profissão está implícito o desempenho de uma atividade socialmente valorizada, em que a comunidade deposita expectativas quanto ao desempenho técnico e moral. Também o Exercício da Enfermagem está associada a um conjunto de “(...)expectativas internas e externas quanto á conduta moral dos agentes e cujo teor ultrapassa o que está explícito no seu código deontológico” (Veiga, 2006, p.42). Sempre que falamos em Profissões de Saúde, a deontologia profissional está inspirada na Declaração Universal dos Direitos do Homem: o respeito pela dignidade humana. Este facto não é alheio á consciência ética dos Enfermeiros que, para além dos deveres de solidariedade que decorrem do trabalho em equipa, têm a responsabilidade moral de se centrar naquele a quem presta cuidados (Veiga, 2006).

São os comportamentos e a linguagem que definem a circulação de sentido entre os Homens. Assim, é necessário distinguir entre “(...) normas morais que dizem o que se deve e o que não se deve fazer” e princípios éticos que “(...) explicitam as condições de possibilidade de um diálogo: não impedindo outro de falar, não o manipular não lhe mentir” (Honoré, 2004, p.270).

A base da boa prática de Enfermagem está “(...) nos princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e os demais previstos no código deontológico (...)” (Ordem enfermeiros, 2001, p.10). A Ordem dos Enfermeiros, vem lembrar que, no seu dia-a-dia, os Enfermeiros não devem esquecer que “(...) bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas (...)”, pelo que, devem ter sensibilidade para lidar com essas diferenças.

Pelo que, os Enfermeiros devem adotar uma conduta ética e responsável, agindo de acordo com o respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos.

O cuidar é parte integrante da vida, o ser humano é aquele que apresenta menos capacidades para sobreviver com ausência de cuidados. A sua fragilidade faz com que ao nascer, seja de imediato colocado perante a possibilidade de morrer se não for cuidado.

Para Petit (2004, p.101) aquele que cuida “(...) não é um ator que desempenha um papel, mas sim uma espécie de camaleão que adquire uma diversidade de hábitos num único dia que se introduz no mundo do outro numa atitude de empatia e aí se adapta”.

Cuidar de alguém representa assim um dos maiores desafios a serem ultrapassados, envolvendo longos períodos de tempo concedidos ao doente, desgaste físico, custos financeiros, sobrecarga emocional riscos mentais e físicos.

Também os cuidadores, têm a necessidade que se cuide deles, porque “cuidar” é uma tarefa difícil e exigente, sendo necessário cuidar de quem cuida. Santos (2006) refere “(...) são cuidadores, todos os que dispensam cuidados a terceiros e existem vários tipos de cuidados”.

Os cuidados informais são prestados por cuidadores familiares, vizinhos, amigos e voluntários e podem ser pagos ou não pagos. A nova geração de políticas introduz a possibilidade de os cuidados prestados pelo cuidador familiar serem igualmente pagos, valorizando assim o trabalho de “cuidar” efetuado dentro da família (Ibidem).

Os amigos e/ou vizinhos tornam-se cuidadores perante a ausência de familiares da pessoa dependente, ou uma fonte de ajuda complementar (Gratão, 2006).

Neste âmbito, esta rede informal de vizinhança e/ou de amizade aparece como opção na produção de cuidados a pessoas doentes em situação de dependência, impulsionando uma verdadeira economia de apoios informais.

Segundo Medeiros (2002), os cuidadores experimentam dificuldades na atividade de cuidar que são reunidas em três grandes áreas: dificuldades no cuidar, dificuldades referentes aos serviços de saúde e dificuldades socioeconómicas.

As primeiras dificuldades estão relacionadas com os obstáculos que os cuidadores têm que defrontar, o que proporciona uma alteração na rotina doméstica.

A segunda dificuldade está relacionada com o facto de o cuidador se sentir pouco informado sobre a doença, acarretando um forte desgaste físico e emocional.

Os problemas financeiros têm a ver com a sobrecarga financeira que o cuidador assume, o que em muitos casos constitui a principal preocupação. Alguns cuidadores recusam a ajuda formal por incapacidade económica.

As alterações psicossociais são das mais sentidas pelo cuidador, este sente que o dia-a-dia do seu núcleo familiar é extremamente afetado. O prestador passa a ter menos tempo para si próprio e para os outros, promovendo o isolamento social (Brito, 2003).

Também o garantir cuidados durante um longo período de tempo pode prejudicar a saúde do cuidador. Entre a literatura consultada, verifica-se que os cuidadores manifestam um aumento do desgaste físico o que resulta numa enorme sobrecarga intrínseca a todos os cuidados prestados á pessoa dependente.

O termo sobrecarga refere-se “ (...) ao conjunto de problemas físicos, psicológicos e socioeconómicos que decorrem da tarefa de cuidar, suscetíveis de afetar diversos aspetos da vida do indivíduo, nomeadamente as relações familiares e sociais, a carreira profissional, a intimidade, a liberdade e o equilíbrio emocional” (Sousa e tal., 2004, p.78)

Consoante a condição individual de cada cuidador, assim serão as necessidades sentidas por cada um deles.

Os cuidadores informais realizam várias tarefas, entre elas a vigilância, acompanhamento e prestação de cuidados diretos. Vêm-se confrontados com vários tipos de necessidades que muitas vezes passam pela falta de informação acerca dos cuidados prestados, assim como pela inexistência de supervisão.

Também para Medeiros (2000), os cuidadores sentem dificuldade na atividade de cuidar que podem ser agrupadas em três grandes áreas: dificuldades no cuidar, dificuldades referentes ao serviço de saúde e dificuldades socioeconómicos.

Na primeira, a maioria das dificuldades estão relacionadas com os obstáculos que os cuidadores têm que enfrentar, levando a que haja uma modificação na rotina diária.

Na segunda, as dificuldades estão relacionadas com o facto de o cuidador se sentir pouco informado sobre a doença, provocando nele um forte desgaste físico e emocional.

Na terceira, os problemas financeiros, têm a ver com a sobrecarga financeira que o cuidador assume, o que em muitos casos constitui a principal preocupação. Alguns cuidadores abdicam de terem ajuda formal por incapacidade económica.

Também, Quaresma (1996) apontava como principais necessidades do prestador de cuidados informais:

- Necessidades económicas: aumento das despesas com o doente ao nível da alimentação, saúde e apoio social.
- Necessidades de ajudas técnicas: que possibilitem uma maior autonomia ao doente dependente e que ao mesmo tempo auxiliem a tarefa do prestador.
- Necessidades de proteção social: Resultantes da ausência de compatibilidade entre o desempenho profissional e a prestação de cuidados intrafamiliares.
- Necessidades da existência de apoios na comunidade: Falta de informação aos prestadores de cuidados, para que estes possam ter acesso aos serviços existentes.
- Necessidade de tempo livre para si próprio: Quem presta cuidados sente necessidade de “ser livre” das suas funções e responsabilidades nem que seja por curtos períodos.
- Necessidade de convívio, apoio psicossocial: os prestadores de cuidados têm necessidade de falar sobre a sua situação, os seus medos e dificuldades.
- Necessidade de informação: O cuidador tem necessidade de informação de como ajudar a pessoa dependente e quais os serviços disponíveis na comunidade aos quais pode recorrer.
- Necessidade de formação: O cuidador necessita de formação de forma a adquirir conhecimentos que lhes permita melhorar a sua prestação de cuidados.

Com o intuito de melhorar as condições e a qualidade de vida das populações, designadamente no domínio, dos cuidados de saúde, o Estado criou a lei 30-B/92 de 28 de Dezembro. Algumas respostas sociais que podem ser dirigidas aos utentes com dependência e servir de apoio aos seus cuidadores, são os cuidados continuados. Definidos como um sistema organizado para a satisfação do utente/família, composto por serviços e mecanismos

integrados. Estes cuidam dos utentes/famílias ao longo do tempo, através de um conjunto, articulado de saúde e serviços sociais, cobrindo todos os níveis de intensidade de cuidados, organizados no sentido de promoção da saúde e melhoria da efetividade dos cuidados.

O utente/família é o alvo de cuidados, é o parceiro ativo na planificação dos mesmos.

A população alvo de cuidados corresponde a todas as pessoas portadoras de diversos tipos e níveis de dependência habitualmente com doenças crónicas, algumas delas incuráveis, ou em convalescença de doença aguda incapacitante. Essas pessoas têm frequentemente que lidar com perdas de autonomia e com a ameaça ou proximidade da morte.

De acordo com o documento emanado pela UCC de Estremoz (2010) as situações clínicas de maior prevalência são:

- Pessoas com sequelas de AVC
- Pessoas com fraturas associadas a dependência física e funcional
- Pessoas acamadas com úlceras de pressão
- Pessoas com doença oncológica em fase avançada
- Pessoas com demência
- Pessoas com doenças cardiorrespiratórias
- Pessoas com amputações

De acordo com o elevado número de utentes em situação de dependência e o elevado número de utentes com úlceras de pressão pareceu-nos urgente a abordagem á temática (elaboração de um guia de boas praticas para a prevenção de úlceras de pressão) de forma a dar resposta com qualidade às necessidades dos utentes. A identificação das necessidades de formação foi feita de acordo com as necessidades manifestadas pelos profissionais decorrentes da prestação de cuidados a este tipo de utentes.

Como critérios de inclusão são considerados, todos os utentes inscritos e residentes na área de abrangência do Centro de Saúde e todos os utentes em situação de dependência, transitória ou permanente.

Os esforços desenvolvidos ao longo dos últimos tempos, quer do ponto de vista social quer do ponto de vista da saúde, no sentido de dar resposta aos utentes que carecem de cuidados continuados têm sido amplamente desenvolvidos.

A partir de 1997, com a publicação do “Pacto para a cooperação e solidariedade social”, com a posterior inclusão da Estratégia de Saúde Regional como área prioritária e mais recentemente, com a saída do Despacho Conjunto nº 407/98 dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e Solidariedade, está aberta a porta para a criação de respostas integradas em matéria de cuidados continuados, dirigidos à população em situação de dependência, garantindo assim a articulação e intervenção integrada dos sectores da saúde e da ação social.

Neste âmbito, surgiu recentemente o novo Decreto-Lei nº60 de 2003 que reforça este empenho, referindo que: “Esta nova rede de prestação de Cuidados de Saúde Primários, para além de continuar a garantir a sua missão específica tradicional de providenciar cuidados de saúde abrangentes aos cidadãos, deverá também constituir-se e assumir-se, em articulação permanente com os cuidados de saúde ou hospitalares e os cuidados de saúde continuados, como um parceiro fundamental na promoção da saúde e prevenção da doença (...)”.

Em 2006, através do Decreto-Lei 101/2006, foi criada a chamada Rede Nacional de Cuidados Integrados que tem como objetivo geral “(...) a prestação de cuidados Continuados Integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência” (Decreto-Lei 101/2006, Capítulo I, artº 4º). A Rede Nacional de Cuidados Integrados é a resposta do Estado que tem por objetivo assegurar aos cidadãos um modelo de intervenção e articulação de Saúde e de Segurança Social para os cuidados continuados e paliativos. Envolve a participação e colaboração de diversos parceiros (públicos, privados e sociais), a sociedade civil e o Estado, como principal incentivador. Constitui um novo nível intermédio de cuidados de saúde e apoio social.

3 – ENQUADRAMENTO OPERACIONAL

3.1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO

Território e população

O concelho de Estremoz tem uma área de 513,7 km² e encontra-se integrado no Alentejo Central, distrito de Évora (Fig. 1 e 2).

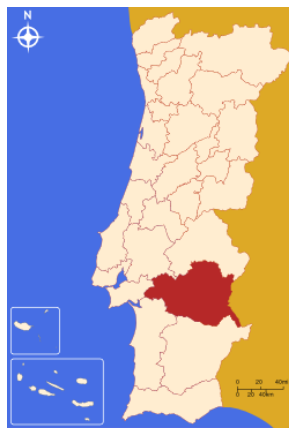


Figura 1- Alentejo Central



Figura 2- Distrito de Évora e respetivos concelhos

O concelho é constituído por treze freguesias (Fig 3): Santo André, Santa Maria, Arcos, São Domingos de Analoura, Glória, Évoramonte, São Bento do Ameixial, Santa Vitória do Ameixial, São Lourenço de Mamporcão, São Bento do Cortiço, São Bento de Analoura, Santo Estêvão e Veiros.



Figura 3- Freguesias do concelho de Estremoz

Como podemos verificar na fig. 4, no concelho de Estremoz a grande maioria das freguesias rurais não têm ligação viária entre elas. A rede viária entre a sede do concelho e as freguesias encontra-se em bom estado de conservação, não acontecendo o mesmo em alguns caminhos rurais e algumas das poucas ligações existentes entre as freguesias rurais.



Figura 4- Concelho de Estremoz

As distâncias entre a sede do concelho e as freguesias rurais são as seguintes:

FREGUESIA RURAL	DISTÂNCIA (km)
Arcos	8
Évoramonte	18
Glória	9
São Bento do Ameixial	10
São Bento do Cortiço	12
São Domingos de Analoura	10
São Lourenço de Mamporcão	7
Santa Vitória do Ameixial	12
Veiros	17
Santo Estêvão	7

Quadro 1- Distância da sede do concelho às freguesias rurais

Fonte: Rede Social, Diagnóstico do Concelho de Estremoz, 2004

3.2 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

População residente no concelho de Estremoz

O concelho de Estremoz tem perdido população desde 1950, exceto no período de 1991 a 2001. Durante a década de 1991/2001 apenas a freguesia de Santa Maria aumentou a sua população ao contrário de todas as outras freguesias.

De acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), Estimativas Anuais da População, em 2008 a população total do concelho era de 14500 habitantes, dos quais 48,3% eram do sexo masculino e 51,6% eram do sexo feminino, e apresentava uma densidade populacional de cerca de 28 habitantes/ km².

No final de 2008 a população do concelho de Estremoz distribui-se da seguinte forma, por sexo e grupo etário: (INE Estimativas Anuais da População).

Grupos quinquenais	Masculino	Feminino	Masculino/Feminino
0-4 anos	277	266	543
5-9- anos	320	282	602
10-14 anos	319	308	627
15-19 anos	344	338	682
20- 24 anos	409	368	777
25- 29 anos	441	413	854

30-34 anos	490	445	935
35- 39 anos	497	474	971
40- 44 anos	492	519	1011
45- 49 anos	537	487	1024
50- 54 anos	416	425	841
55- 59 anos	400	424	824
60- 64 anos	343	406	749
65- 69 anos	342	522	864
70- 74 anos	475	626	1101
75- 79 anos	436	540	976
80- 85 anos	292	393	685
85 e +	183	251	434
Subtotal	7013	7487	14500

Quadro 2- Distribuição da população residente no concelho de Estremoz, por grupo etário e sexo, 2008

Fonte: INE, 2008, Estatísticas e Projeções

Através da leitura da pirâmide etária do concelho (gráfico I) constatamos a elevada presença de pessoas idosas, traduzindo-se numa população envelhecida, com maior ênfase nas faixas etárias entre os 70 e os 79 anos.

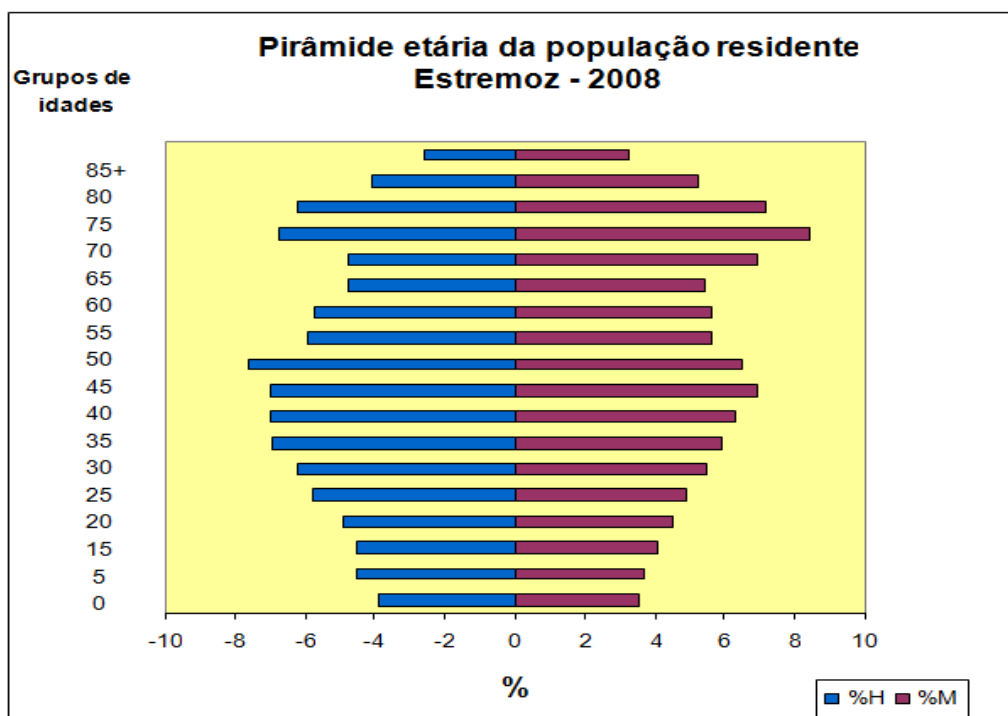


Gráfico 1- Pirâmide etária da população residente em Estremoz, 2008

(FONTE: INE, ESTATÍSTICAS E PROJECCÇÕES, 2008)

Caracterização das famílias

Número de famílias na área geográfica da UCC	
Famílias clássicas	6041
Famílias Institucionais	12

Quadro 3- Caracterização das famílias

Fonte: INE, Censos 2001- Periodicidade decenal

A faixa etária dos 65 e mais anos é a que apresenta maior número de famílias unipessoais, sendo na sua maioria constituídas por indivíduos do sexo feminino. Estas famílias constituem 20,4% do total dos outros tipos de família, idêntica à média da região do Alentejo (21,1%) e superior à média do país (18,7%) (Rede Social, 2004).

Outro aspeto a ter em conta é relativo às famílias unipessoais a viverem em locais isolados. Segundo dados fornecidos pela Guarda Nacional Republicana – Destacamento Territorial de Estremoz (2007), em relação à população isolada com 65 e mais anos existiam a viver em 30 montes isolados, trinta famílias num total de 42 indivíduos, dos quais 42,8% viviam em famílias unipessoais.

Instituições sociais do concelho

Entre as várias valências existentes no concelho para pessoas idosas salientam-se os seguintes: apoio domiciliário, apoio domiciliário integrado, centros de dia e lares.

Na totalidade, ou em parte, estas valências existem em algumas instituições implantadas na cidade de Estremoz e nas freguesias rurais de Arcos, Évora Monte, São Bento do Cortiço, São Lourenço de Mamporcão e Veiros.

No quadro 4 podemos verificar a sua distribuição:

LOCAL	DESIGNAÇÃO	VALÊNCIAS
Arcos	Centro Social e Paroquial de St ^o António dos Arcos	Centro de Dia
		Apoio Domiciliário
		ADI
		Lar de Idosos
	Centro de Bem Estar Social	Lar de Idosos
	Centro Social e Paroquial de Santo André	Centro de Dia
		Apoio Domiciliário
		ADI
		Lar de Idosos

Estremoz		Centro de Convívio
	Santa Casa da Misericórdia de Estremoz	Casa Abrigo
	Recolhimento Nossa Senhora dos Mártires	Centro de Dia
		Apoio Domiciliário/ADI
	Lar de Idosos	
Évora Monte	Santa Casa da Misericórdia de Évoramonte	Centro de Dia
		Lar de Idosos
São Bento do Cortiço	Centro Social e Paroquial de São Bento do Cortiço	Centro de Dia
		Apoio Domiciliário
		Centro de Convívio
São Lourenço de Mamporcão	Associação de Amigos da 3ª Idade	Centro de Dia
		Apoio Domiciliário
Veiros	Santa Casa da Misericórdia de Veiros	Centro de Dia
		Apoio Domiciliário
		ADI
		Lar de Idosos

Quadro 4- Distribuição das instituições sociais e respetivas valências por local de implantação

Fonte: Rede Social, Diagnóstico 2004

Em relação aos equipamentos de apoio à Terceira Idade, a taxa de cobertura do Concelho por freguesia (53,9%) é um pouco superior à dos equipamentos para a infância e juventude.

Em termos globais há 7 Centros de Dia no Concelho com capacidade para 195 indivíduos; 6 lares de idosos com capacidade para 189 idosos e 2 centros de convívio para 60 utentes.

Em termos de apoio e cuidados a pessoas dependentes, há 6 instituições no Concelho que prestam apoio domiciliário, com capacidade para 247 indivíduos; 3 instituições com apoio domiciliário integrado, com capacidade para 25 indivíduos.

3.4 – EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Em Portugal, tem-se vindo a verificar um continuado envelhecimento demográfico da população residente, em consequência do declínio da fecundidade, daí resultando o envelhecimento ao nível da base da pirâmide etária. Segundo dados do INE entre 2001 e 2006, houve um decréscimo da proporção de jovens (com menos de 15 anos de idade) de

15,9% para 15,5%, verificando-se concomitantemente um aumento da proporção da população idosa (65 e mais anos de idade) de 16,5% para 17,3%.

As várias características geodemográficas desta região e as necessidades identificadas contribuíram para a prestação de apoio domiciliário a pessoas em situação de dependência, com cuidados de saúde e de apoio social.

Com o objetivo de prestar apoio domiciliário a utentes em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, com rede de suporte social, foi criada a Equipa de Cuidados continuados Integrados de Estremoz, através do despacho conjunto 101/2006 da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Assim, os “ Cuidados Continuados integrados visam o conjunto de intervenções sequenciais de saúde ou de apoio social decorrente da avaliação conjunta multidisciplinar centradas na recuperação global entendida como um processo terapêutico e de apoio social, activo e contínuo que visa promover a autonomia, melhorando a funcionalidade da pessoa em situação de dependência, através da sua reabilitação, readaptação e reinserção familiar e social” (Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

A Equipa de Cuidados continuados Integrados (ECCI) é uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários e das entidades de apoio social, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, ou outros, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou processo de convalescença, com rede de suporte social, cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma do seu domicílio. (Art. 27 do Dec. Lei nº 101/2006 de 6 de Junho).

O profissional médico que integra a ECCI, destina-se essencialmente a utentes sem médico de família, a utentes com necessidade de cuidados paliativos ou na ausência do médico de família.

Pela experiência da ECCI Estremoz no ano 2010 e com 33% do total de utentes a necessitar de cuidados paliativos, as horas a atribuir a cada utente é de **7h** por semana por utente por enfermeiro, de acordo com a equidade de cuidados que se pretende nos utentes em ECCI, uma vez que são estas as horas atribuídas na ECCI em outros concelhos da Região Alentejo.

Relativamente ao apoio da fisioterapia no domicílio, 34% melhorou o seu nível de dependência durante o internamento, 38% mantiveram o mesmo nível (avaliação do IAI e Índice de Katz).

População Alvo

- Utentes em situação de perda de autonomia, portadores de diversos tipos e níveis de dependência que necessitem de intervenções sequenciais de saúde e de apoio social, que sejam referenciados pela RNCCI- Com critérios de admissão em ECCI Estremoz.
- Familiares e cuidadores: cuidados de suporte psicológico, formativo, prestado no domicílio dos utentes acima identificados.

Objetivos

- Realizar visita domiciliária pela equipa a utentes da ECCI, de acordo com as necessidades identificadas, objetivos e plano de cuidados integrados, com uma periodicidade de acordo com as necessidades identificadas.
- Intervir em indivíduos dependentes e famílias/ cuidadores, no âmbito da RNCCI, que visem:
 - Prestar cuidados domiciliários de natureza curativa, preventiva, reabilitadora e de ações paliativas;
 - Realizar cuidados de reabilitação física;
 - Prestar apoio psicológico e social envolvendo os familiares e outros prestadores de cuidados;
 - Realizar sessões de educação para a Saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais;
 - Coordenar e gerir casos com outros recursos de saúde e sociais;
 - Produzir e tratar informação nos suportes de registo preconizados no âmbito dos CSP e da RNCCI.

Serviços Mínimos

Prestação de cuidados ao utente, apoio á família/cuidadores, registos, encaminhar para outros recursos e realização de reuniões mensais.

4 - GUIA DE BOAS PRÁTICAS NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

A elevada prevalência de indivíduos com úlceras de pressão, ou em risco de virem a desenvolver situações deste tipo, exige dos cuidadores informais, conhecimentos que são indispensáveis para uma prestação de cuidados de qualidade.

O conhecimento dos fatores de risco que estão envolvidos na génese de algumas destas situações, revela-se fundamental para quem, no dia-a-dia, se tem que preocupar em garantir aos seus doentes os cuidados que eles merecem.

Acreditamos que a elaboração deste guia de procedimentos irá contribuir para a melhoria dos cuidados ao doente/cuidador/família, caminhando no sentido de uma melhor qualidade de vida, uma vez que pretende normalizar procedimentos que garantam as boas práticas.

Este guia (APÊNDICE I) só cumpre satisfatoriamente a sua finalidade se for constantemente submetido á análise, á critica e á avaliação em particular daqueles que o utilizarão.

5- ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER

O sucesso de um plano deste tipo depende do envolvimento e empenho de todos os elementos de enfermagem. Para tal, existe a necessidade de os envolver desde o início da sua elaboração, para que todos se sintam valorizados e cúmplices num processo em que os seus saberes (saber ser, saber estar, saber fazer), as suas experiências, os seus conhecimentos, o querer saber mais, a pesquisa bibliográfica sejam instrumentos utilizados para enaltecer o seu conhecimento científico, o que lhes vai permitir uma maior valorização no seu constructo pessoal e profissional.

Cada ação de formação deverá obedecer a um plano de FORMAÇÃO tipo (APÊNDICE II), que se apresenta em apêndice, mas que poderá ser adaptado de acordo com as metodologias pedagógicas de cada elemento da equipa da UCC.

6- PROGRAMAÇÃO DAS ACÇÕES

Os formadores são os enfermeiros da UCC de Estremoz e as estratégias/ metodologia utilizada é o método expositivo/ demonstrativo.

7- AVALIAÇÃO

A avaliação é um processo onde se pretende verificar se os conteúdos da sessão foram ao encontro das necessidades dos formandos.

Sendo a avaliação um processo complexo no processo formativo, a avaliação dos progressos de aprendizagem é fundamental para se efetuarem as melhorias qualitativas ao desenvolvimento da própria formação.

Para avaliação da sessão utiliza-se o método participativo com colocação de questões aos cuidadores informais.

8- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em contexto domiciliário, Educar para a Saúde consiste em dotar o doente/família/cuidador de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudam a fazer opções e a tomar decisões adequadas á sua saúde e ao bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhe assim um papel interventivo.

A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão. Dai, a importância da Educação para a Saúde em meio domiciliário, processo para o qual contribui o sector da saúde.

Sendo a UCC um serviço dotado de instalações, pessoal e equipamento capaz de assegurar formação aos familiares/cuidadores informais de utentes em ECCI, os enfermeiros da ECCI, organizarão sessões de Educação para a Saúde destinadas a que os cuidadores informais adquiram conhecimentos e venham a desempenhar técnicas de boas práticas. Prevê-se que as sessões venham a ter uma componente expositiva, mas na abordagem de algumas matérias optar-se-á por utilização do método demonstrativo em que todos os cuidadores possam participar.

O objetivo do trabalho passou pela criação de um guia de boas práticas e pela elaboração de um plano de formação no sentido de estabelecer linhas de orientação para a educação para a saúde e normalizar procedimentos que garantam as boas práticas na prevenção de úlceras de pressão por parte dos cuidadores informais.

Os cuidadores informais mostram muitas vezes que assumem responsabilidades além dos seus limites físicos e emocionais, motivo pelo qual necessitam de ser apoiados, valorizados e reconhecidos pelo trabalho que executam. Por tanto consideramos fundamental a adoção de estratégias para melhorar a qualidade de vida dos prestadores de cuidados de doentes dependentes.

Como proposta consideramos que deveria existir uma melhoria dos cuidados prestados ao nível de apoio domiciliário, como aumentar a participação na educação para a saúde, no

sentido de incentivar, a promoção de comportamentos saudáveis de vida adiando o aparecimento de situações de dependência. E capacitar os mesmos para outras necessidades e problemas de saúde com o intuito de melhorar o cuidado prestado e, conseqüentemente, a qualidade de vida dos assistidos. (por exemplo implementação de programas de apoio ao cuidador, para que possam enfrentar com mais facilidade as dificuldades surgidas no processo de cuidar.

O interesse em desenvolver este trabalho decorreu da necessidade de uniformizar a realização de procedimentos que serão desenvolvidos ao longo da prática da formação, considerando como um fator de extrema importância para implementar um sistema de trabalho que assegure um nível de excelência de qualidade.

9- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARBOSA, A; NETO, I. (2006). *Manual de cuidados paliativos*. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

CÂMARA MUNICIPAL DE ESTREMOZ (2008). *Diagnóstico Social*.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (2007) – População residente em Portugal (nº) por sexo e grupo etário.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA, *Censos*, 1982; 1993; 2002; INE, *Fichas Concelhias da Região do Alentejo*, 1999, Anuário estatístico, 2003, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004), Plano Nacional de Saúde 2004-2010, Lisboa.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008). Decreto de Lei nº28/2008, *Diário da República*, 1.^a série, N.º 38, 22 de Fevereiro de 2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE, DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL (1998). Despacho Conjunto nº407/98, *Diário da Republica* II série, 15 de Maio de 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL (1998). *Diário da Republica* nº 254, I série, de 3 de Novembro de 1998, (p.5694-5696) Lisboa.

Portugal. Ministério da Saúde. Decreto-Lei nº 437/91 - Regime Legal da Carreira de Enfermagem. *Diário da Republica* I Serie, 257 (91/11/08) 5723-5741.

BRITO, M.E.C. (2003) – Cuidar da pessoa idosa em casa: Uma perspectiva dos prestadores de cuidados formais. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

CARVALHO, A.A.S.; C.S. Graça (2005). Educação para a saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação. Loures, Lusociência.

- CARVALHO, M.I.L. (2006) – Orientações da Política de Cuidados às Pessoas Idosas e Dependentes: Modelo de Cuidados em Portugal e nalguns países Europeus. Lisboa: I Congresso Internacional sobre Gerontologia – Viver para sempre, Instituto Superior de Ciências Educativas.
- FESTAS, C. (1999). Cuidar no 3º Milénio. Servir, nº47/Março – Abril.
- FORTIN, M. (1999) -Processo de Investigação: Da Concepção á Realização. Loures: Lusociência.
- GRATÃO, A.C.M.; e tal (2006) – Demanda do cuidador familiar com idoso demenciado. Ribeirão: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MEDEIROS, M.C.S. (2000) – A prestação de cuidados á população idosa: Inquérito a uma amostra d população idosa dependente e aos seus prestadores de cuidados na cidade de Lisboa. Lisboa: Monografia da Licenciatura em Política Social, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- MONIZ, J. M. N .(2003). A Enfermagem e a Pessoa Idosa. Loures, Lusociência.
- OMS. Carta de Otawa. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção na Saúde. Otawa, Novembro de 1986.
- OMS. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6 – 12 de Setembro de 1978.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). A Enfermagem Portuguesa implicações na adequação ao processo de Bolonha no actual quadro regulamentar. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros 1998. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislação/Documents/legislação/Enfermagem/> REPE. Consultado em 2 Abril de 2011.
- PACHECO, S. (2002). Cuidar a Pessoa em Fase Terminal. Loures, Lusociência.
- PETIT, C. (2004) – Cuidar neste mundo: Uma exigência da humanidade. In – “Hesbeen, Walter – Cuidar neste mundo”. Loures: Lusociência.
- QUARESMA, M. del. Q., (s.d) – Melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. “Futurando”, nº2 Maio. 3-5.
- RODRIGUES, M.; Pereira, A.; Barroso, P. (2005) – Educação para a Saúde – Formação Pedagógica de Educadores de Saúde. Coimbra, Formasau.

SANTOS, M. I. S. (2006) – Os cuidadores informais dos idosos dependentes em casa.

Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta.

SOUSA, L.; et al. (2004) – Envelhecer em família. Porto. Âmbar.

STANHOPE, M. ; LANCASTER, J. (1999) - Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos. Trad. 4ª ed. em inglês. Lisboa: Lusociência.

VALADAS, M. A. B. (2005). Reflexão sobre a prática do Cuidar em Enfermagem. Sinais Vitais, nº 59 / Março.

VEIGA, J. (2006). Ética em Enfermagem – Análise, Problematização e (Re) construção. Lisboa, CLIMAPSI Editores.

European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and treatment of pressure ulcers: quick reference guide. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009.

(<http://pt.wikipedia.org/wiki>), consultado a 22 de Abril de 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE I – GUIA DE BOAS PRÁTICAS

ÍNDICE

Introdução.....	1
1 – Definição de Úlceras de Pressão	2
2 – Prevenção das Úlceras de Pressão	3
2.1 Áreas de risco	3
2.2 Medidas de conforto, higiene e hidratação cutânea	4
2.3 Medidas de alívio de pressão	4
2.3.1. Meios materiais	4
2.3.2. Recursos humanos	5
2.3.3 Técnicas de alívio de pressão	6
2.4- Alimentação	6
2.4.1- Necessidades de nutrientes na prevenção de Úlceras de Pressão	6

INTRODUÇÃO

O aparecimento de uma Úlcera de Pressão é, quase sempre, consequência do incumprimento de boas práticas nos cuidados prestados a doentes sujeitos a longos períodos de imobilidade.

O risco de desenvolvimento de úlceras de pressão aumenta consideravelmente quando se combinam os seguintes fatores:

- ✓ Imobilidade
- ✓ Compromisso do sistema imunitário
- ✓ Perda de massa muscular

A manutenção da integridade cutânea, intervindo nos fatores que a condicionam, é determinante para a qualidade de cuidados prestados.

As presentes recomendações pretendem alertar para os meios de prevenção.

1 - DEFINIÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

As Úlceras de Pressão são lesões localizadas na pele e/ou tecido subjacente, normalmente sobre uma proeminência óssea que sofreram exposição prolongada a pressões elevadas ou fricção, de modo a impedir a circulação local, com conseqüente destruição.

Há vários métodos de classificação das Úlceras de Pressão, sendo o mais comum aquele que atribui categorias às estruturas e tecidos lesados.

Categoria I – Pele intacta com eritema não branqueável cutâneo de uma área localizada, normalmente sobre uma proeminência óssea, descoloração da pele, calor, edema, tumefação ou dor podem também estar presentes. Que não desaparece ao fim de 15 min de alívio da pressão. Apesar da integridade cutânea, já não está presente resposta capilar.

Categoria II – Perda parcial da derme, epiderme ou ambas estão destruídas. Podem observar-se também flictenas preenchidas por líquido seroso ou ser-hemático e escoriações.

Categoria III – Perda total da espessura tecidual (ausência de pele). Pode ser visível o tecido adiposo subcutâneo, mas não estão expostos os ossos, tendões ou músculos. Pode estar presente algum tecido desvitalizado (Fibrina húmida). Pode incluir lesão cavitária e encapsulamento.

Categoria IV – Perda total da espessura dos tecidos com exposição dos tendões e músculos. Pode estar presente tecido desvitalizado (fibrina húmida) e ou necrótico. Frequentemente são cavitários e fistuladas.

Para proceder a uma classificação correta das úlceras deve primeiro, ser retirado o tecido necrosado.

2 - PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS DE PRESSÃO

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

A manutenção da integridade cutânea e a ausência de lesões reflete mais o trabalho da equipa de cuidadores do que o estado geral do doente.

São de considerar:

2.1 Áreas de risco

A localização das úlceras está associada às proeminências ósseas do esqueleto humano e à atitude postural do doente.

São áreas preferenciais para o seu aparecimento:

- ✓ Região sacro coccígea
- ✓ Região trocanteriana / crista ílíaca
- ✓ Região isquiática
- ✓ Região escapular
- ✓ Região occipital
- ✓ Cotovelos
- ✓ Calcâneos
- ✓ Região maleolar

Áreas de risco relacionadas com posições:

Em decúbito lateral:

- ✓ Maléolo externo
- ✓ Trocânter
- ✓ Caixa torácica, na região das costelas
- ✓ Acrómio
- ✓ Pavilhão auricular
- ✓ Face externa dos joelhos

Em decúbito dorsal:

- ✓ Calcâneos
- ✓ Região sacro coccígea
- ✓ Cotovelos
- ✓ Região occipital
- ✓ Omoplatas

Em posição de Fowler:

- ✓ Região sagrada
- ✓ Região isquiática
- ✓ Calcâneos

2.2 Medidas de conforto, higiene e hidratação cutânea

A avaliação contínua da pele é essencial para a detecção precoce de danos causados por pressão.

A inspeção da pele deve incluir a avaliação do calor localizado, edema ou tumefação (rigidez).

A pele deve ser observada diariamente e sujeita a cuidados:

- ✓ Manter a pele seca (e limpa);
- ✓ Lavar com água morna e sem esfregar/causar fricção;
- ✓ Secar a pele, sem friccionar e utilizar toalhas ou outros tecidos suaves e lisos;
- ✓ Não utilizar álcool;
- ✓ Usar sabões não irritantes e hidratantes;
- ✓ Massajar com cremes hidratantes;
- ✓ Não massajar sobre as proeminências ósseas ou zonas ruborizadas (os capilares já estão afetados);
- Quando presentes situações de incontinência, a zona afetada deve ser limpa e seca o mais rapidamente possível;
- Usar meios de proteção que não danifiquem ou irrite a pele.

2.3 Medidas de alívio de pressão

2.3.1 Meios materiais

Existem vários materiais e dispositivos que podem ser utilizados na prevenção de úlceras de pressão. Muitos deles também têm o seu uso no tratamento das mesmas.

Entre os materiais existentes, são de referir:

Colchões:

- ✓ Colchão de água
- ✓ Colchão de sílica
- ✓ Colchão de silicone
- ✓ Colchão hidro-aéreo
- ✓ Colchão de pressão alternada.

A escolha do colchão deverá considerar a relação custo/benefício, tendo presente que todos eles podem ser eficazes, mas que a alternância de decúbitos do doente é obrigatória, seja qual for o colchão usado.

Roupa:

- ✓ Lençóis moldáveis, sem bordas, lisos
- ✓ Roupa de tecidos naturais
- ✓ Têxteis de lã de carneiro (“meias”, resguardos)

Suportes:

- ✓ Almofadas
- ✓ Almofadas e dispositivos especiais para suporte dos pés e cotovelos

Basicamente, na prevenção, a característica mais importante dos materiais utilizados é aliviar e/ou diluir a pressão no corpo, sem causar fricção, estiramento ou “pontos quentes”.

Toda a escolha do material a adquirir para o domicílio do utente, deverá ter a participação dos técnicos da ECCI, nomeadamente médico e enfermeiro e fisioterapeuta.

2.3.2 Recursos humanos/ posicionamentos

Nunca é demais repetir que a mobilização e alternância de decúbitos do doente são fundamentais para a prevenção das úlceras de pressão. Para tal são fundamentais os recursos humanos, quer em número, quer em competências.

Está implícito que todos os intervenientes conhecem quais as atitudes a ter na mobilização dos doentes.

O respeito por estas recomendações garante não só a proteção dos prestadores como e sobretudo, a correção de execução das manobras necessárias ao correto posicionamento.

2.3.3 Técnicas de alívio de pressão

Para além dos meios descritos anteriormente, existe um conjunto de técnicas que contribuem para a prevenção de úlceras de pressão e que se baseiam nas operações de posicionamento dos doentes.

Técnicas de posicionamento dos doentes:

- ✓ Evitar arrastar o doente –levantar!
- ✓ Distribuir o peso do doente no colchão, evitando zonas de pressão.
- ✓ Colocar o doente em posições “naturais”. (respeitando o alinhamento corporal).
- ✓ Não elevar a parte superior da cama mais que 30-35° quando o doente estiver em posição lateral, de modo a evitar pressão de deslizamento.
- ✓ O tempo que um doente pode permanecer em qualquer posição, depende dos meios e materiais usados, posição e estado geral.

O tempo médio considerado para reposicionar doentes é com intervalos de 3-4 horas. Isto permite que a pele “descanse” após o posicionamento anterior e evita mobiliza-los demasiado, com fricção desnecessária.

2.4 Nutrição

2.4.1 - Necessidades de nutrientes na prevenção de úlceras de pressão

Uma vez que a subnutrição é um fator de risco reversível no desenvolvimento de úlceras de pressão, a sua deteção e tratamento precoces é muito importante. Indivíduos que estejam em risco de desenvolver úlceras de pressão, podem estar também em risco de subnutrição, por isso, devem ser examinados relativamente ao seu estado nutricional.

Se o rastreio nutricional revela indivíduos propensos ao desenvolvimento de úlceras de pressão, por se encontrarem desnutridos ou em risco nutricional, então, o nutricionista ou equipa nutricional deve realizar uma avaliação nutricional mais abrangente. Cada indivíduo que se encontre em risco nutricional ou risco de úlcera de pressão, deve receber suporte nutricional suplementar.

A nutrição oral (através de comida normal e/ou alimentação líquida adicional) é a via nutricional preferida e deve ser usada sempre que possível. Os suplementos nutricionais orais são importantes pois muitos doentes que se encontram em risco de úlcera de pressão muitas vezes não podem satisfazer as suas necessidades nutricionais através da ingestão alimentar oral habitual. Além disto, os suplementos orais parecem estar associados a uma redução significativa do desenvolvimento de úlceras de pressão, comparativamente com os cuidados nutricionais de rotina.

O aporte dos nutrientes necessários deverá ser, tanto quanto possível, garantido através de produtos naturais e uma alimentação com confeção e apresentação “normais”, devendo o recurso a produtos farmacêuticos (suplementos alimentares) ser restrito aos casos em que existe indicação estrita para tal.

APÊNDICE II – PLANO DE FORMAÇÃO

Plano da Formação
DESENVOLVIMENTO PROGRAMÁTICO

UNIDADE DE FORMAÇÃO: PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

OBJECTIVO (S): - Transmitir conhecimentos sobre os meios de prevenção de úlceras de pressão.
- Desenvolver nos cuidadores informais as capacidades e comportamentos adequados às necessidades do cliente.

ACTIVIDADES PEDAGÓGICAS			CONTEÚDOS TEÓRICO / PRÁTICOS	SUGESTÕES DIDÁCTICAS	DURAÇÃO (minutos)
Nº	DESIGNAÇÃO	DESENVOLVIMENTO			
1.	Úlceras de Pressão	1.1 – Descrever o conceito de Úlcera de Pressão; 1.2 – Assegurar que há uma avaliação completa e contínua da pele.	<ul style="list-style-type: none"> • Classificação das Úlceras de Pressão. • Categorias das Úlceras de Pressão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo/demonstrativo 	5
2.	Prevenção das Úlceras de Pressão	2.1 – Identificar áreas preferenciais para o aparecimento de úlceras de pressão.	<ul style="list-style-type: none"> • Áreas de risco 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo/demonstrativo 	5
		2.3 – Identificar sinais de alerta para o desenvolvimento de úlceras de pressão.	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliação do calor localizado, edema ou tumefação (rigidez) 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo/demonstrativo 	5
		2.4 – Identificar medidas de conforto, higiene e hidratação cutânea.	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger a pele da exposição á humidade; • Não posicionar o indivíduo na superfície corporal ruborizada; • Uso de emolientes para hidratação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo/demonstrativo 	5
		2.5 – Identificar medidas de alívio de pressão.	<ul style="list-style-type: none"> • Meios materiais <ul style="list-style-type: none"> ○ Tipos colchões, suportes, roupa, substância hidratante... • Recursos Humanos/Posicionamentos <ul style="list-style-type: none"> ○ Quer em nº quer em competência; material para prevenção de Úlceras de Pressão • Técnicas de alívio de pressão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo/demonstrativo 	15

			<ul style="list-style-type: none"> ○ Alternância de decúbitos como estratégia preventiva; ○ Frequência dos posicionamentos. 		
		2.6 – Avaliar o estado nutricional de todos os indivíduos em risco de desenvolver Úlceras de Pressão.	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição <ul style="list-style-type: none"> ○ Necessidades de nutrientes na prevenção de Úlceras de Pressão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo/demonstrativo 	10
	3. Avaliação da sessão	3.1 – Utilizar o método participativo com colocação de questões.			10