



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



Primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde  
Para obtenção do Grau de Mestre  
Prof. Doutor Adriano Pedro

**QUALIDADE DOS CUIDADOS A IDOSOS  
DEPENDENTES DE CUIDADORES INFORMAIS COM  
RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Aldina Rasquinho nº 43

**Março**  
**2012**

**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**

Primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Gestão de Unidades de saúde  
Para Obtenção do Grau de Mestre  
Prof. Doutor Adriano Pedro

**QUALIDADE DOS CUIDADOS A IDOSOS DEPENDENTES DE CUIDADORES  
INFORMAIS COM RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO**

Aldina Rasquinho N° 43

Março  
2012

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho aos meus filhos pelo amor incondicional e tão importantes são na minha vida.

Ao meu marido José pelo carinho e atenção nesta caminhada, sendo o meu auxílio nos momentos tristes e felizes, apoiando sempre as minhas decisões.

Aos meus pais e irmão que em todas as etapas da vida estão presentes, oferecendo-me apoio, incentivo e amor; que me ensinaram a enfrentar desafios sem nunca fugir deles; que choram e sorriem comigo...

Amo-vos muito, obrigada!

## **AGRADECIMENTOS**

Para que este trabalho fosse realizado o apoio e a disponibilidade de diversas pessoas foi imprescindível. É por isso que aqui fica o meu reconhecimento a todos os familiares, amigos e colegas que me apoiaram e incentivaram, contribuindo, de alguma forma para a concretização do mesmo. No entanto, houve pessoas cuja presença se manifesta com mais intensidade nesta minha etapa e às quais não posso deixar de expressar um agradecimento especial:

Ao Sr. Professor Adriano Pedro, pela sua disponibilidade, orientação e ajuda na elaboração deste trabalho, o meu muito obrigado.

A todos os enfermeiros da Unidade UCC Al-Qantara, que desde o início se mostraram disponíveis e colaboraram neste trabalho, sem eles não seria possível a sua concretização.

À enfermeira Sandra Ideias, enfermeira na UCC Al-Qantara, pela paciência, amizade e incentivo que sempre me deu.

## **RESUMO**

Para garantir a qualidade nos cuidados de saúde é necessário conhecer as principais componentes do conceito de qualidade, elaborar um programa de garantia da qualidade, avaliar de uma forma sistemática a execução do programa e definir o modelo conceptual a aplicar.

A prevenção das úlceras de pressão é uma preocupação dos profissionais de saúde que prestam cuidados aos idosos dependentes de cuidadores informais, sendo a sua prevenção um desafio para a equipa de enfermagem, uma vez que a incidência de úlcera de pressão é frequente nestes. A aposta na prevenção e tratamento da UP terá um efeito positivo na qualidade de cuidados prestados.

Tendo em conta esta problemática, foi feito o diagnóstico de situação com base na observação dos registos de enfermagem, bem como os procedimentos inerentes à prevenção e tratamento de úlceras de pressão, com a finalidade de contribuir para a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados a idosos dependentes de cuidadores informais com risco de úlceras de pressão. Após esta fase definiram-se algumas estratégias que consideramos pertinentes implementar.

Com as atividades desenvolvidas neste trabalho, esperamos melhorar a informação produzida conseguindo obter dados que permitem melhorar os cuidados de enfermagem aos idosos/família com risco de UP, assim como, contribuir para a identificação de problemas e definições de estratégias de melhoria no futuro.

**Palavras-chave:** Qualidade dos cuidados, Idoso, Cuidador informal e úlcera de pressão

## **ABSTRACT**

To provide the quality of healthcare services it is necessary to know the main components of the quality concept, implement a program of quality maintenance, evaluate systematically the program execution and define the conceptual model which will be applied.

The prevention of pressure ulcers is a concern of the healthcare professionals that give treatment to the elderly that depend on informal caregivers. Their prevention is a challenge to the team nurse because pressure ulcers are a common problem among the elderly. However, they are one of the most common, preventable and treatable conditions. Successful outcomes can be expected with preventative and treatment programs.

Considering this issue, the diagnosis was done based on the nurse records observation and on the procedures inherent in the prevention and treatment of pressure ulcers. It has the purpose of carrying out a program which will improve continually the quality of the cares given to the elderly who are dependent on informal caregivers and are at risk of developing pressure ulcers.

After this stage, we defined strategies which are important to implement.

With the activities developed in this paper, on the one hand we think we will improve the information by getting data which will allow the improvement of nurse health care to the elderly/family which are at risk of developing pressure ulcers. On the other hand, it will contribute to identify the problems and better future strategies.

**Keywords:** Quality of healthcare, the Elderly, Informal caregiver and pressur

## **Abreviaturas e Símbolos**

- ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde  
ARS – Administração Regional de Saúde  
CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem  
CSP – Cuidados de Saúde Primários  
ECCI – Equipa de cuidados continuados integrados  
EPE – Entidade Pública Empresarial  
INE – Instituto Nacional Estatística  
OCDE – Consentimento para a Cooperação e Desenvolvimento Económico  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PNS – Plano Nacional de Saúde  
PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem  
SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem  
SINUS – Sistema de Informação de Unidades de Saúde  
UCC – Unidade de cuidados na comunidade  
UCSP – Unidade de Cuidados Saúde Personalizados  
UE – União Europeia  
ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano  
UP – Úlcera de Pressão

## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>9</b>
<b>1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>14</b>
1.1 – QUALIDADE DOS CUIDADOS .....	14
1.2 - ENVELHECIMENTO .....	20
1.2.1 - <i>Aspetos do Envelhecimento Individual</i> .....	21
1.2.2 - <i>Aspetos Demográficos do Envelhecimento</i> .....	24
1.3 – DEPENDENCIA, INDEPENDENCIA E AUTONOMIA - CONCEITOS .....	29
1.4 – O CUIDAR E OS CUIDADORES INFORMAIS .....	33
1.4.1 – <i>A Família como prestadora de cuidados</i> .....	37
1.5 – ÚLCERAS DE PRESSÃO .....	40
1.6 – CUIDADOS DOMICILIÁRIOS .....	47
<b>2 – CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO</b> .....	<b>51</b>
<b>3 – METODOLOGIA</b> .....	<b>57</b>
3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO .....	58
3.2 – FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS .....	59
3.3 – SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS .....	60
3.4 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO .....	61
3.5 – PREVISÃO DA AVALIAÇÃO .....	66
<b>4 – REFLEXÃO CRÍTICA</b> .....	<b>68</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>72</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>75</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>79</b>
APÊNDICE I – <b>CRONOGRAMA DE ATIVIDADES PREVISTAS/REALIZADAS</b> .....	80
APÊNDICE II – <b>MANUAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO A</b> <b>IDOSOS DEPENDENTES DE CUIDADORES INFORMAIS</b> .....	82
APÊNDICE III – <b>FORMAÇÃO SOBRE “PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO”</b> .....	97
<b>ANEXOS</b> .....	<b>110</b>
Anexo I – <b>Escala de Braden</b> .....	111
Anexo II – <b>Monitorização de Úlcera de Pressão</b> .....	113

## **Índice de Figuras**

Figura 1 – Pirâmide Etária da População Residente Total, Portugal 2010.....	25
Figura 2 – Índice de Envelhecimento .....	27
Figura 3 – Distrito de Portalegre .....	29
Figura 4 - Distrito de Portalegre/Localização Geográfica dos Concelhos de Arronches e Monforte .....	55
Figura 5 – Pirâmide Etária da População Inscrita nos Centros de Saúde de Arronches e Monforte .....	57

## INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio integrado no primeiro Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Gestão de Unidades de Saúde, surge a necessidade de elaborar o relatório de estágio, cujos objetivos vão ao encontro do desenvolvimento de competências específicas nesta área. Pretende-se com o presente relatório:

- Refletir acerca das atividades desenvolvidas durante o estágio e constituir elemento de avaliação com vista a obtenção do grau de mestre.

O projeto de estágio anteriormente elaborado e entregue descreveu os objetivos e as atividades propostas, além disso serviu como linha orientadora para a realização do estágio já efetuado e do respetivo relatório.

“Consideram-se relatórios os trabalhos que traduzam a análise / autoavaliação do(s) desempenho(s) e a avaliação do acompanhamento da(s) atividade(s), desenvolvida(s) num determinado contexto / instituição, propondo sugestões para melhoria das capacidades e/ou competências, para além de ajustamentos relativamente aos objetivos a alcançar. Mais do que uma mera descrição de atividades, um relatório deve permitir que, após a sua leitura, se fique elucidado relativamente às tarefas executadas, onde foram realizadas, às aprendizagens efetuadas e às dificuldades encontradas.” (Arco, A., Costa, A., Pinto, B., Martins, M., Arriaga, M., 2010:8)

As intervenções de enfermagem não são unicamente restritas aos conteúdos apreendidos na formação inicial, sendo a formação contínua um recurso primordial. Neste sentido, os enfermeiros têm o “dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados” (Ministério Saúde, 1998:1753) observando os princípios inerentes à boa prática, devendo para isso possuir a formação necessária à excelência do seu exercício profissional.

Entendemos que a identificação das necessidades em cuidados, o diagnóstico de enfermagem, o estabelecimento de resultados esperados, a prescrição e execução das intervenções e a avaliação dos resultados são da responsabilidade do enfermeiro. O enunciado dos **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE)** descreve que o enfermeiro, independentemente do contexto em que presta cuidados, norteia a sua prática pelos padrões de qualidade, o saber, a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

O enfermeiro com formação especializada em enfermagem, com competência na área da gestão, tem responsabilidade de garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados na Unidade funcional, através de implementação de programas de garantia da qualidade, tendo em vista a obtenção de ganhos em saúde.

A responsabilidade pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados constitui-se como uma obrigação legal (Ministério da Saúde, 1991), com implicações a vários níveis, desde a prestação de cuidados gerais, aos cuidados especializados, à área da gestão, tal como referido no enunciado descritivo relativo à organização dos cuidados de enfermagem.

Os Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem são um enorme desafio, quer no reflexo que tem na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros.

“contribuir para a implementação e desenvolvimento de sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional e da qualidade dos cuidados através da apropriação dos padrões de qualidade e do envolvimento das organizações prestadoras de cuidados de saúde onde os enfermeiros desenvolvem a sua atividade profissional” (Ordem dos Enfermeiros, 2001:1).

Esta área de intervenção não só tem toda a pertinência na área de especialização, como também assenta numa base conceptual, como descreve a Ordem dos Enfermeiros no Projeto PQCE em que este visa ajudar os enfermeiros a integrar os padrões de qualidade definidos na sua prática, procurando a excelência do exercício profissional.

É no seguimento deste projeto, que os objetivos do trabalho realizado no decorrer do estágio encontram alicerces.

A consequência das alterações demográficas, económicas, políticas e sociais, as condições em que se prestam cuidados de saúde, estão em mudança cada vez mais rápida. Facto que implica uma procura e resposta mais premente dos serviços de saúde, submetendo-se a uma dinâmica, inevitável à introdução e adaptação a novas tecnologias e conhecimentos que se refletem nos cuidados prestados. No entanto, estes nem sempre acompanham a evolução dos conhecimentos, verificando-se ainda grandes variações nos resultados obtidos, assim como disparidades que ressaltam no confronto entre países mas, e sobretudo, entre regiões e na atuação dos diferentes técnicos das próprias instituições.

As necessidades crescentes em cuidados de saúde adequados à especificidade do envelhecimento humano determinam a caracterização de respostas, cada vez mais eficazes e humanizadas, que tenham em conta uma melhor organização e eficiência nos cuidados a prestar à população.

Constatamos que a população vive incomparavelmente mais tempo, embora se verifique que exista um número considerável de mortes prematuras devido à consequência de doenças que podiam ser evitadas, e que estão associadas ao estilo de vida. No entanto uma maior longevidade, torna-se em si fonte de problemas, tais como o aumento de doenças crónicas, consequentemente estas situações aumentam o risco de imobilidade, o que pode conduzir a isquémias e a úlceras de pressão, afetando o indivíduo e a família, originando um circuito de afeções mais prolongadas e de resultados e efeitos mais graves para estes.

A incidência de úlcera de pressão é notada com frequência em idosos dependentes. O progresso na prevenção e tratamento da úlcera de pressão consiste numa melhor qualidade de cuidados prestados.

As úlceras de pressão são consideradas por vários autores, como um problema que deve ser tido em conta em todas as áreas, porém destaca-se como um cuidado essencialmente de enfermagem, pois esta acompanha toda a evolução de vida da pessoa, tornando-se responsável por preservar sua qualidade de vida.

Todas estas situações patológicas conduzem, certamente a uma maior procura dos serviços de saúde, mudanças na sua organização e estrutura, assim como novos conceitos e novas práticas que levem à melhoria da qualidade dos cuidados, com novas abordagens preventivas, curativas, paliativas e de reabilitação multidimensional, numa perspetiva de continuidade e integração de cuidados.

Nesta perspetiva, consideramos a importância de aprofundar o conhecimento sobre as UP, para uma melhor identificação do problema, tomadas de decisões e instituição de práticas atualizadas para Prevenir e tratar as UP.

Os cuidados de saúde primários são o pilar central do sistema de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

Estando em curso a reorganização dos CSP, é necessário aprimorar estratégias para a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, permitindo uma gestão rigorosa e equilibrada, consciente das necessidades das populações e, acima de tudo, visando a melhoria dos cuidados de saúde para se poder alcançar maiores ganhos em saúde. Como refere,

“O programa do XVII Governo Constitucional, dando cumprimento ao supramencionado princípio da Lei de Bases, assumiu a reforma dos Cuidados de Saúde Primários como fator chave de modernização e pilar de sustentação de todo o sistema de saúde. A reconfiguração dos centros de saúde está, assim, orientada para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados: maior proximidade,

fácil acessibilidade e obtenção de ganhos em saúde.” (Plano Estratégico 2010-2011:5)

Neste contexto e reforçando o que vem descrito no Plano Estratégico para a Missão dos Cuidados Saúde Primários,

“(…) a qualidade dos CSP assenta sobretudo na acessibilidade, no conhecimento, e na capacidade de ir ao encontro das suas necessidades e expectativas.

A gestão da qualidade deve conjugar a incorporação das inovações com a segurança e a efetiva aplicação destas na gestão de processos, numa lógica de antecipação de respostas e soluções para os problemas de saúde das pessoas, famílias e comunidade.

Os sistemas de informação integrados são, nesta perspetiva, essenciais para a produção e utilização do conhecimento e a base da inovação e da melhoria da qualidade dos serviços prestados.

A investigação, a avaliação e a melhoria da qualidade visam diminuir a variabilidade e identificar e normalizar boas práticas.” (Plano Estratégico 2010-2011:26)

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais, e foi também assumido, no Plano Nacional de Saúde, fazendo referência à qualidade em Portugal, que,

“(…) é também importante reconhecer que em Portugal, existe pouca avaliação da qualidade dos cuidados e da sua variabilidade. Mesmo ao nível das grandes reformas não existe uma cultura de avaliação do seu impacte: mudanças tão importantes como transformação dos hospitais em E.P.E., a criação de centros hospitalares, a reforma das urgências, as unidades locais de saúde (ULS), as unidades de saúde familiares (USF), os agrupamentos de centros de saúde (ACE), as unidades de cuidados continuados integrados (UCCI), entre outras, não têm praticamente sido avaliadas ou se tal aconteceu, foi de forma muito insuficiente.” (PNS, 2011/2016: 26)

Tendo como base a temática selecionada para elaboração do projeto de estágio e o respetivo estágio, que decorreu de 14 de fevereiro a 30 de junho de 2011, na Unidade de Cuidados na Comunidade do concelho de Monforte/Arronches (UCC Al-Qantara), e que teve como objetivos os seguintes:

**Objetivo geral:**

- Desenvolver competências específicas em Enfermagem avançada na área da Gestão de Unidades de Saúde.

**Objetivos específicos:**

- Identificar problemas numa perspetiva de integração e interdisciplinar;

- Utilizar os conhecimentos teóricos atualizados e desenvolvimentos teóricos, em conjugação com uma análise da sua relevância, para o exercício profissional e para a investigação aplicada;
- Formular uma opinião independente relativamente a novos desenvolvimentos, baseando-se em conhecimentos ao mais alto nível;
- Efetuar escolhas lógicas, baseadas em pressupostos previamente validados, e de as fundamentar teórica e metodologicamente;
- Criticar acerca dos resultados obtidos e dos métodos de solução utilizados;

Com as atividades desenvolvidas esperamos contribuir não só para o atingir do objetivos propostos, assim como contribuir para a visibilidade da Enfermagem e da própria Unidade em si.

O presente trabalho encontra-se estruturado em quatro capítulos:

Capítulo 1 – Procedemos ao enquadramento teórico, de forma a contextualizar a problemática, organizando-se a sua apresentação em sub-capítulos, nos quais se abordam aspetos relacionados com a qualidade dos cuidados, o envelhecimento, dependência, os cuidadores informais, úlceras de pressão e cuidados domiciliários.

Capítulo 2 – Abordamos a contextualização e caracterização do local de estágio.

Capítulo 3 – Descrevemos, analisamos e discutimos a metodologia.

Capítulo 4 – Procedemos a uma reflexão crítica acerca de todo o trabalho desenvolvido, com as respetivas implicações práticas.

O presente relatório foi realizado segundo as normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos em vigor na Escola Superior de saúde da Portalegre e que passamos a descrever.

## **1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.1 – QUALIDADE DOS CUIDADOS**

A palavra qualidade deriva do latim do termo *qualitate*, e é utilizada para classificar a excelência de um produto ou serviço. Porém definir qualidade não é um processo simples, ela relaciona-se com a adequação ao propósito, ausência de defeitos (erros), conformidade com especificações, e assume-se uma procura constante na oferta dos serviços prestados nas instituições de saúde.

Na atualidade fala-se em programas de melhoria contínua de qualidade, e em Portugal muitas instituições de saúde encontram-se em processos de acreditação e de certificação de forma a aferir qualidade aos serviços prestados à comunidade, progredindo no aperfeiçoamento dos seus serviços.

“Em qualquer sistema de serviços de saúde existem múltiplos grupos de atores, desempenhando diferentes papéis. Cada grupo de atores possui definições, e conseqüentemente, medições de qualidade únicas para o seu papel no sistema de saúde”.

Sendo a qualidade em saúde “um conjunto integrado de atividades planeadas baseado na definição de custos explícitos e na avaliação do desempenho, abrangendo todos os níveis de cuidados, tendo como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados” (Biscaia, 2000, p. 8),

Devemos tentar compreender que existem diferentes perceções da qualidade em saúde e que o melhor é tentarmos percebê-las todas de modo a integrá-las na nossa prestação de cuidados a outrem.

Tendo sempre presente que o cliente/utente/doente deverá ser o centro da atividade dos serviços de saúde, importa aproveitar as ferramentas hoje ao nosso dispor, como sejam a sociedade da informação e a gestão dos conhecimentos, para dar um passo na modernização dos serviços de saúde rumo à qualidade. Afinal, a grande vantagem da qualidade será prestar um melhor serviço à sociedade, que é o verdadeiro objetivo e razão de ser das organizações de saúde.

A profissão de enfermagem tem uma história de dedicação à qualidade. Apesar de o termo “garantia de qualidade” ter aparecido posteriormente, Florence Nithingale recolheu dados epidemiológicos e introduziu padrões de enfermagem na prática dos meados do século XIX. Ao longo dos anos as publicações de enfermagem promoveram regularmente a avaliação e o aperfeiçoamento dos cuidados.

Em 1951, Joseph Juran, considerado o pai da qualidade, propôs que esta fosse regulada por três processos de gestão: planeamento, controle e melhoramento ficando conhecida como a Trilogia de Juran (Barbosa & Melo, 2008).

Contemporaneamente, W. Edwards Deming desenvolveu 14 pontos-chave necessários para que uma empresa se tornasse competitiva, ou seja um programa de melhoria contínua.

“Em 1962, Isolara criou o círculo de controlo de qualidade, que permitia a gestão e melhoramento da qualidade de uma forma muito simples, através da utilização do diagrama de espinha de peixe. Segundo este autor a qualidade é um processo contínuo e pode ser sempre aperfeiçoada”. (Barbosa & Melo, 2008:367).

Avedis Donabedian na década de 60 desenvolveu trabalhos tentando sistematizar o conhecimento sobre qualidade propondo a normalização de conceitos e nomenclatura, emergindo o Modelo Unificado, composto por três dimensões: estrutura, processo e resultados. Segundo o autor, a dimensão estrutura corresponde a todos os recursos materiais, equipamentos e humanos, incluindo o financiamento. Ao processo corresponde a interrelação entre prestador e recetor dos cuidados, ou seja é a dinâmica da prestação de cuidados e aos resultados cabe o produto final da assistência prestada, considerando a saúde, satisfação de padrões e expectativas.

Assim, o conceito de qualidade de cuidados de saúde pode-se afirmar, como sendo o tipo de cuidados que maximiza uma medida que inclui o bem-estar do utente, após considerar o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas que acompanham o processo de cuidados.

Mezomo (2001) “refere que a qualidade é um conjunto de propriedades de um serviço que o torna adequado a missão de uma organização concebida para dar resposta as necessidades e expectativas dos clientes”, (citado por Barbosa & Melo: 2008:367).

A melhoria da qualidade dos cuidados deve fazer parte de cada profissional na realização das suas tarefas e por isso, a avaliação da qualidade deve englobar todos os elementos da equipa multidisciplinar. Podemos afirmar que o principal objetivo de um sistema de garantia da qualidade, deve ser o de tornar efetivos os cuidados prestados, melhorando o estado de saúde e satisfação da população, atendendo aos recursos que a mesma disponibiliza para tais cuidados.

É neste contexto que surge a,

“Qualidade na Saúde, como exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde. A qualidade é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação dos cuidados e é detentora de algumas características. Esta, busca satisfazer e diminuir as necessidades, ou seja, não pretende responder só à procura oferecendo mais. É proactiva de modo a prevenir e a dar resposta, não servindo de pretexto para a procura de novas oportunidades de mercado. Reúne como atributos

a efetividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade, e não a exigência única da aceitabilidade. (Biscaia, 2000:8)

“Qualidade”, “exigir Qualidade pelos cuidados prestados”, “trabalhar com Qualidade”, são expressões que vulgarmente se utilizam e que estão difundidas na sociedade, mas o que realmente significam?

A qualidade nos cuidados de saúde torna-se premente por várias razões, destacando-se as de ordem social (existindo cada vez mais uma maior exigência e expectativas por parte dos utentes), ética (em que a exigência ao nível de formação e conhecimentos é cada vez mais visível), profissional (o desenvolvimento de boas práticas, valorização e satisfação dos prestadores de cuidados) e económicas (racionalização dos recursos e desenvolvimento por parte das organizações de uma Cultura da Qualidade na Saúde).

“O Ministério da Saúde considera que a Qualidade, nesta área, apresenta algumas características específicas que a diferenciam da Qualidade Organizacional noutros campos e atividades, na medida em que procura satisfazer e diminuir as necessidades em cuidados de saúde do cidadão e não responder à procura, oferecendo sempre mais” (PESSOA, 2005:49).

Neste sentido, algumas questões se colocam quando efetuamos a reflexão sobre esta temática:

Quais as dificuldades para garantir a qualidade dos cuidados? Como elaborar um programa de garantia da qualidade e promover a sua avaliação sistemática?

Não poderemos falar do conceito de qualidade sem relaciona-lo com o conceito de saúde.

A Qualidade na Saúde pode assumir-se em três dimensões complementares:

1. Na prática profissional, considerada quer a nível de processos, quer a nível de resultados;
2. Como elemento central de gestão organizacional;
3. Como marca de garantia e segurança, obtida através da Certificação e/ou acreditação vista na perspetiva do utilizador dos serviços de saúde.

Criar sistemas de qualidade em saúde revela-se assim uma ação prioritária.

A abordagem da temática exige a conceptualização dos intervenientes neste processo, sendo que:

### **Saúde**

“É o estado e, simultaneamente, a representação mental sobre a condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e conforto, emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo, por tanto não podendo ser tido como conceito oposto ao conceito de doença. É variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento, de acordo com os desafios que cada situação lhe coloca”. (Ordem dos Enfermeiros, 2001:6)

## **Pessoa**

“É um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e desejos de natureza individual, o que a torna num ser único, com dignidade própria e direito à autodeterminação. Os seus comportamentos são influenciados pelo ambiente onde vive e se desenvolve, o qual é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais. Ao interagir com o ambiente, modifica-o e sofre a influência dele na procura incessante do equilíbrio e harmonia. Cada pessoa, na procura de melhores níveis de saúde, desenvolve processos intencionais baseados nos seus valores, crenças e desejos individuais, o que permite entender que cada um assume e vivencia um projeto de saúde.

As funções fisiológicas são processos não intencionais, influenciados pela condição psicológica e pelo bem-estar e conforto físico. Esta inter-relação torna clara a unicidade e indivisibilidade de cada pessoa”. (OE, 2001:6)

## **Ambiente**

“O meio no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde. Na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de focalizar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa / ambiente”. (OE, 2001:7)

## **Os cuidados de enfermagem**

“O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, num quadro onde procura abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa cliente dos cuidados de enfermagem.

(...) Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.

(...) Os cuidados de enfermagem ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevenindo-se ser vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem da forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde. As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde”. (OE, 2001:8)

## **Qualidade**

“Não é tarefa fácil definir o conceito de **qualidade** uma vez que este é em grande parte subjetivo. Tem diferentes semânticas quando é empregue por políticos (pretende-se a satisfação da população), gestores (preocupação com os gastos económicos), prestadores de cuidados (boas condições de trabalho onde se incluem recursos humanos e materiais suficientes) ou utentes (acessibilidade aos cuidados, relações interpessoais gratificantes, etc.).

No léxico da língua portuguesa, qualidade é definida por propriedade ou condição natural de uma pessoa ou coisa que a distingue das outras; valor; distinção; plano elevado.

Nesta condição, o ser humano, ao longo da sua história, tem provado que na sua busca incessante em obter as melhores condições, de forma a satisfazer as suas necessidades, o aperfeiçoamento e melhoria das suas técnicas e invenções, tem-se pautado por uma força motriz que existe dentro de nós, e nos impele a procurar a melhoria. É pois uma cultura que só se atinge com a interiorização, a vivência e o esforço contínuo de todos para fazer bem e produzir o melhor, definir o que é desejável e agir em conformidade com os padrões estabelecidos.” (Ribeiro et al, s/data)

A responsabilidade pela qualidade dos cuidados de enfermagem prestados constitui-se como uma obrigação legal (Ministério da Saúde, 1991), com implicações a vários níveis, desde a prestação de cuidados gerais, aos cuidados especializados e área da gestão, tal como referido no enunciado descritivo relativo à organização dos cuidados de enfermagem. A Ordem dos Enfermeiros refere que:

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”, tendo como elementos importantes “a existência de um quadro de referências para o exercício profissional de enfermagem, a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a existência de um sistema de registos de enfermagem que incorpore sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados de enfermagem do cliente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis às intervenções de enfermagem obtidos pelo cliente, a satisfação dos enfermeiros relativamente à qualidade do exercício profissional, o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem, a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade e a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2001:15)

Desta forma compete aos enfermeiros responsáveis pela gestão, responsabilizar-se pela garantia da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, planear e concretizar ações que visem essa melhoria, colaborar na avaliação da qualidade dos cuidados e definir padrões de cuidados de enfermagem e indicadores de avaliação.

“Espera-se dos profissionais e dos gestores não só as habilitações e a disponibilidade para o trabalho em equipas multiprofissionais, mas também a partilha dos conhecimentos, tais como os que conduzem à capacidade de liderança, e dos saberes que lhes permitam utilizar, de forma eficiente os instrumentos de gestão ao seu dispor. Podemos considerar que gerir é avaliar, responsabilizar,

transmitir, exigir, para conduzir pessoas com saber, competência e rigor assente em informação e conhecimento”. (ESCOVAL, 2003:24)

É neste sentido que a enfermagem tem demonstrado a contribuição para alcançar cuidados ótimos.

Em 2001 foi publicado o Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem pela OE, em que a qualidade em saúde é uma tarefa multiprofissional, considerando que, “ (...) *nem a qualidade se obtém apenas do exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde.*” (Ordem dos Enfermeiros, 2001:4).

Um dos indicadores e critérios de qualidade do exercício profissional descritos pela OE é a organização dos cuidados de enfermagem.

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.”, ao qual correspondem os seguintes elementos, entre outros: o número de enfermeiros face à necessidade de cuidados de enfermagem; a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotora da qualidade”. (Ordem dos Enfermeiros, 2001:15)

A utilização de indicadores permite aos serviços e instituições aplicar programas de melhoria contínua de qualidade. Contudo a definição de políticas e procedimentos são primordiais para implementar programas de melhoria da qualidade a nível organizacional.

Devem ser atribuídas prioridades definindo-se objetivos e áreas a estudar, como por exemplo, as úlceras de pressão sobrecarrega cada vez mais um sistema de cuidados de saúde que por si só já padece de recursos cada vez mais escassos. As úlceras de pressão são uma preocupação em todos os ambientes de cuidados e a sua prevalência é diferente de serviço para serviço, ou seja, qualquer unidade funcional de prestação de cuidados.

Os avanços na prevenção e tratamento das UP têm sido alcançados de acordo com metas consistentes e de qualidades estabelecidas nos cuidados de saúde, bem como o controlo dos custos.

Os padrões de cuidados, protocolos, percursos e as diretrizes são, cada vez mais, consideradas ferramentas comuns no apoio à prestação de cuidados, contudo há que considerar a definição e seleção de indicadores mensuráveis dos resultados uma ferramenta muito útil neste conjunto.

A qualidade dos cuidados na prevenção de UP é, frequentemente, medida pelos indicadores: incidência e prevalência de UP, sendo este considerado, a nível mundial, um indicadores da qualidade dos cuidados de Enfermagem. A avaliação deste problema pode ser realizada através do cumprimento das normas, indicadores (evidência de que os padrões de

cuidados foram satisfeitos) e critérios (limiar em que foram cumpridos). As normas têm um papel preponderante em todo o processo, uma vez que aumentam a objetividade definindo claramente o que é aceitável ou não, e permitem evitar incorrer juízos, uma vez podem ser variáveis, subjetivos e sensíveis aos preconceitos dos avaliadores. As normas têm também a função de comunicar a todas as pessoas envolvidas qual o nível de serviço esperado nesse mesmo serviço.

Neste capítulo foi abordado o conceito de qualidade e qualidade em saúde, desde dos seus primórdios até à sua estreita relação com os cuidados de saúde. A qualidade em saúde é hoje um atributo, uma dimensão incontornável na saúde e na prestação de cuidados.

Podemos refletir e afirmar que qualidade é como a conformidade com as necessidades do utente, em oposição á não-conformidade. O processo de melhoria de qualidade permite conhecer como está a qualidade de cuidados prestados e detetar possíveis problemas.

Para efetuar a mensuração da qualidade dos cuidados prestados, recorre-se à aplicação de indicadores, estes podem ser de estrutura, processo e resultados. A complementaridade dos três permite às instituições a aplicação de um programa de melhoria contínua de qualidade através dos modelos de garantia de qualidade. Estes funcionam em espiral, inicia-se pela identificação de valores (filosofia do serviço, os cuidados que devem ser prestados aos utentes, código profissional de conduta, crenças sobre a individualidade das pessoas e os seus direitos humanos, filosofia de cuidados do distrito de saúde e valores sociais), estabelecem-se objetivos (o que se espera alcançar ao medir a qualidade dos cuidados prestados), identificam-se normas e critérios, medem-se os cuidados emergindo indicadores de qualidade.

Assim podemos afirmar que a qualidade na perspetiva do cuidar é complexa, subtil e dinâmica. Cabe ao enfermeiro a missão complexa de ajudar a pessoa para que ela consiga criar um modo compatível com o estado de bem-estar, sendo esta a missão e o cerne da prática de cuidados e o que define a qualidade.

“A qualidade é como a beleza, ela está nos olhos de quem olha. Isto relembrar-nos que a perceção que temos da beleza de uma pessoa ou de um objeto é determinada pelos olhos com que se olha e por toda a subjetividade contida nesse olhar.” (Hesbeen,2001:49)

## 1.2 - ENVELHECIMENTO

O nosso país, à semelhança de outros, está a passar por uma rápida transição demográfica, caracterizando-se esta por um aumento progressivo e acentuado da população

idosa. São tendências pesadas com fortes implicações estruturais, mas uma das principais consequências desta transformação dá-se ao nível do setor da saúde.

Atualmente, o envelhecimento está cada vez mais evidenciado na nossa sociedade, este facto deve-se ao aumento da esperança média de vida e ao claro declínio das taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, originando o estreitamento da base da pirâmide de idades, verificando-se uma redução da população jovem e um aumento significativo da população idosa.

O envelhecimento da população revela-se como uma tendência positiva, que está intimamente ligada à maior eficácia das medidas preventivas em saúde, ao progresso da ciência no combate à doença, a uma melhor intervenção no meio ambiente e, sobretudo, à consciencialização progressiva de que somos cada um de nós os principais agentes da nossa própria saúde.

Como se tem constatado as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira. A par dos fatores genéticos que determinam muito do processo, há que realçar que não é igual envelhecer no feminino ou no masculino, sozinho ou no seio da família, casado, solteiro, viúvo ou divorciado, com filhos ou sem filhos, no meio urbano ou no meio rural, na faixa do mar ou na intelectualidade das profissões culturais, no seu país de origem ou no estrangeiro, ativo ou inativo (Ministério da Saúde, 1998).

É um facto constatável a que Portugal "não foge á regra", na medida em que o envelhecimento da população portuguesa não se manifesta de forma homogénea em todo o território. Os fortes movimentos migratórios externos e internos têm deixado mais envelhecido o interior com a migração das gerações mais jovens para o estrangeiro e no território nacional, para os grandes centros urbanos do litoral (Ministério da Saúde, 1998).

O envelhecimento pode ser analisado sob duas grandes perspetivas: individualmente e demograficamente.

### **1.2.1 - Aspetos do Envelhecimento Individual**

O ser humano envelhece de uma forma gradual, surgindo alterações a nível fisiológico, psicológico e social, tornando-se geralmente são mais visíveis a partir dos sessenta e cinco anos de idade.

O envelhecimento é um processo que depende de diversos fatores, visto que alguns envelhecem mais depressa, outros de forma mais lenta, e outros ainda parecem não sofrer de

senescência. Deste modo, envelhecer depende de processos genéticos, diferenças individuais, e ainda, do meio social, físico e mental em que está inserido.

A velhice não é uma doença: representa uma fase do desenvolvimento da vida de uma pessoa que se inicia tão precocemente quanto a puberdade, sendo um processo contínuo... a cada dia que passa, a cada hora e cada minuto, estamos a envelhecer.

As etapas do envelhecimento assentam em alterações estruturais e funcionais suficientemente significativas e evidenciáveis, as causas e a natureza do processo estão ainda longe de se considerarem esclarecida. O envelhecimento tem início relativamente precoce no final da segunda década de vida, perdurando por longo tempo pouco perceptível, até que surjam no final da terceira década as primeiras alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas que vão alterando progressivamente o organismo.

Estas alterações, como nos refere Figueiredo “ traduzem numa diminuição progressiva da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático”. (Figueiredo, 2007:32)

“Socialmente, as características dos membros da sociedade que são percebidas como sendo as pessoas idosas, variam de acordo com o quadro cultural, com o decorrer das gerações e, principalmente, com as condições de vida e trabalho”. (Imaginário, 2004:45)

O ritmo de declínio das funções orgânicas varia não só de órgão para órgão, como também entre idosos da mesma idade. Tal facto justifica a impressão de que o envelhecimento produz efeitos diferentes de uma pessoa para a outra. Cada sistema tem o seu tempo de envelhecimento, mas sem a interferência dos fatores ambientais, há alterações que se dão mais cedo e se tornam mais evidentes quando o organismo é agredido pela doença.

Para além de tudo isto, temos ainda a considerar as diminuições orgânicas e funcionais, que originam significativas alterações na forma e na composição corporal com o decorrer dos anos. Talvez as condições mais relevantes a ter em consideração para a sobrevivência do idoso e para a sua qualidade de vida sejam, no entanto, a diminuição da sua reserva fisiológica e a consequente dificuldade na reposição do seu equilíbrio homeostático quando alterado. As modificações fisiológicas que se produzem no decurso do envelhecimento resultam de interações complexas entre os vários fatores intrínsecos e extrínsecos e que manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais.

A nível cognitivo as alterações são consideradas negativas porque se encaram como sinais de declínio intelectual. Como refere Imaginário (2004) é normal dizer-se que alguém está a ficar velho quando começa a ter lapsos de memória, dificuldade de aprender, falhas de concentração e orientação, comparativamente às suas capacidades intelectuais anteriores.

As principais características do envelhecimento emocional são: redução da tolerância aos estímulos, vulnerabilidade à ansiedade e depressão, sintomas hipocondríacos, conservadorismo de caráter e de ideias, e acentuação de traços obsessivos (Souza et al, 1998).

Isto leva-nos a pensar que o modelo existente de assistência aos idosos não se adequa à satisfação das suas necessidades. Os problemas de saúde dos mais velhos, além de serem de longa duração, requerem pessoal qualificado, equipas multidisciplinares, equipamentos próprios e exames complementares mais esclarecedores.

Além dos défices de caráter físico e intelectual, com o envelhecimento podem verificar-se modificações nas reações emocionais; acumulação de perdas e separações, solidão, isolamento e marginalização social.

Para além destas alterações, ocorrem alterações ao nível da afetividade que regulam certas mudanças de personalidade. Assim, o idoso quando se encontra perante uma rejeição da sociedade, aquando da reforma acaba por adquirir comportamentos e atitudes de isolamento, solidão e depressão, pelo facto de sentir que perdeu o trabalho, o dinheiro, os amigos, o prestígio social e os familiares.

Qualquer limite cronológico para definir as pessoas idosas é sempre arbitrário e dificilmente traduz a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano.

A OMS conceptualiza o idoso pela idade e grau de desenvolvimento do seu país, propondo para os países desenvolvidos um limite de 65 anos ou mais, e para os países em desenvolvimento, 60 ou mais.

Recentemente, a OCDE propôs um modelo onde se consideram duas etapas no processo de envelhecimento: a primeira etapa, dos 65 aos 80 anos, que corresponde à passagem à reforma, mas em que persiste autonomia. A segunda etapa, a partir dos 80 anos, que corresponde a um período de maiores riscos e vulnerabilidade. A maior parte da literatura geriátrica e gerontológica consultada, refere o ponto de corte aos 65 anos de idade, a partir da qual os indivíduos são considerados idosos.

Da mesma forma, a designação a atribuir às pessoas de mais idade não é consensual. Há quem lhe chame velhos ou velhinhos, outros velhotes ou avôs ou então idosos.

### **1.2.2 - Aspetos Demográficos do Envelhecimento**

O envelhecimento demográfico da população é considerado como um fenómeno de amplitude mundial, que se tem expandido por todo o mundo, as pessoas vivem mais tempo originando mudanças em diversos setores da sociedade. Conforme referiu Alfred Sauvey, o século XXI é o Século do Envelhecimento.

Espelho de que as pessoas idosas têm vindo a ocupar um lugar cada vez mais significativo na estrutura demográfica mundial foi o ano de 1999, declarado pela ONU como o Ano Internacional das Pessoas Idosas.

Podemos afirmar que o envelhecimento demográfico pode ser definido pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população em geral.

O envelhecimento demográfico foi o fenómeno mais relevante na segunda metade do século XX nas sociedades desenvolvidas, fenómeno este que foi decorrente da melhoria das condições de vida, das conquistas tecnológicas e da medicina moderna, que produziram ao longo dos anos, meios que tornaram possível diagnosticar, prevenir e curar muitas doenças fatais do passado. Associado a este fator temos a redução da mortalidade infantil, diminuição do número de crianças, melhor nutrição, melhores condições de saúde, acesso ao planeamento familiar e ao aumento da esperança de vida.

“A problemática portuguesa do envelhecimento em Portugal enfrenta presentemente uma realidade que, sendo comum á generalidade dos países Europeus, só agora começa a ganhar importância social relevante devido a baixas taxas de natalidade e de mortalidade, e ao aumento significativo do peso dos idosos no conjunto da população total do país. (Paúl, 2005:21)

No início da Era cristã, em Portugal, a expectativa de vida ao nascer era de 30 anos, tendo permanecido durante os séculos iniciais. Mas de acordo com o cenário mais plausível das projeções demográficas, em 2050, as mulheres podem esperar viver em média até aos 84,7 anos e os homens até cerca dos 79 anos.

A distribuição da população por sexo, relativamente ao grupo etário, mantém um padrão semelhante ao da década passada. Nos grupos etários mais jovens (até 24 anos) predominam os homens, relativamente às mulheres, 13,1 % contra 12,6% do total da população. Nos grupos etários com idades mais avançadas esta tendência inverte-se e passam a predominar as mulheres, relativamente aos homens. No grupo dos 25-64 anos de idade, a percentagem de mulheres é de 28,5% e a de homens é de 26,6%. Também no grupo etário dos 65 ou mais anos se verifica a preponderância das mulheres, 11%, face aos homens, 8%.

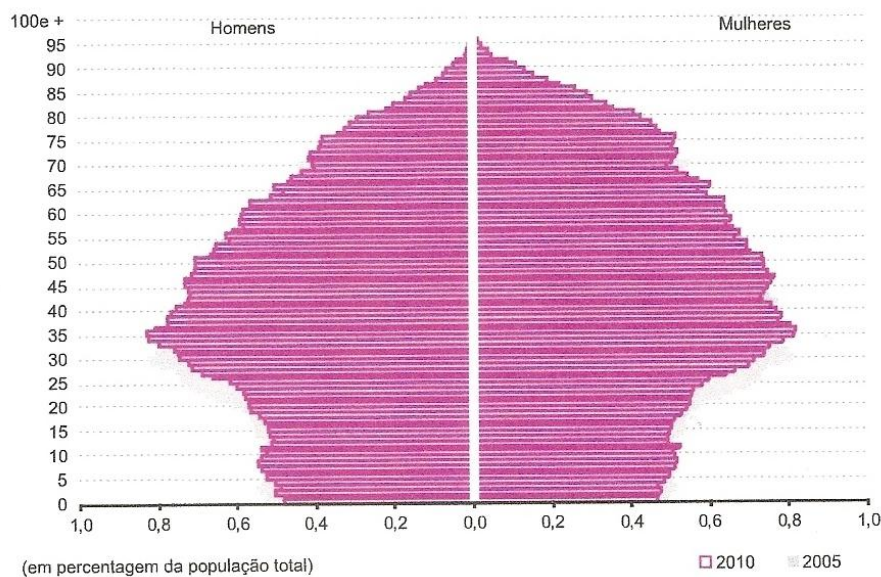
A preponderância da população feminina é reforçada à medida que a idade avança. Em 2011 a relação de masculinidade da população com 65 ou mais anos de idade desce para 72,4.

A sobre mortalidade da população masculina e a menor esperança de vida à nascença dos homens relativamente às mulheres ajudam a explicar estes resultados.

Em Portugal, à semelhança do que se passa na União Europeia, verifica-se um progressivo envelhecimento da população associado a um decréscimo crescente das taxas de: natalidade, mortalidade, mortalidade infantil, fecundidade. Como podemos constatar, no âmbito da prática profissional, são cada vez mais idosos são alvo dos cuidados de saúde, tanto no domicílio como no meio hospitalar.

Desta forma verificamos que, o estreitamento da base da pirâmide de idades deve-se redução de efetivos populacionais jovens e o alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos o que se traduz num duplo envelhecimento da população portuguesa.

Segundo as Estatísticas Demográficas de 2010 e os dados provisórios dos censos 2011, apontam para uma superioridade numérica das pessoas idosas comparativamente aos jovens.



**Figural - Pirâmide etária - da população residente total, Portugal, 2010 (Fonte: INE)**

Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%.

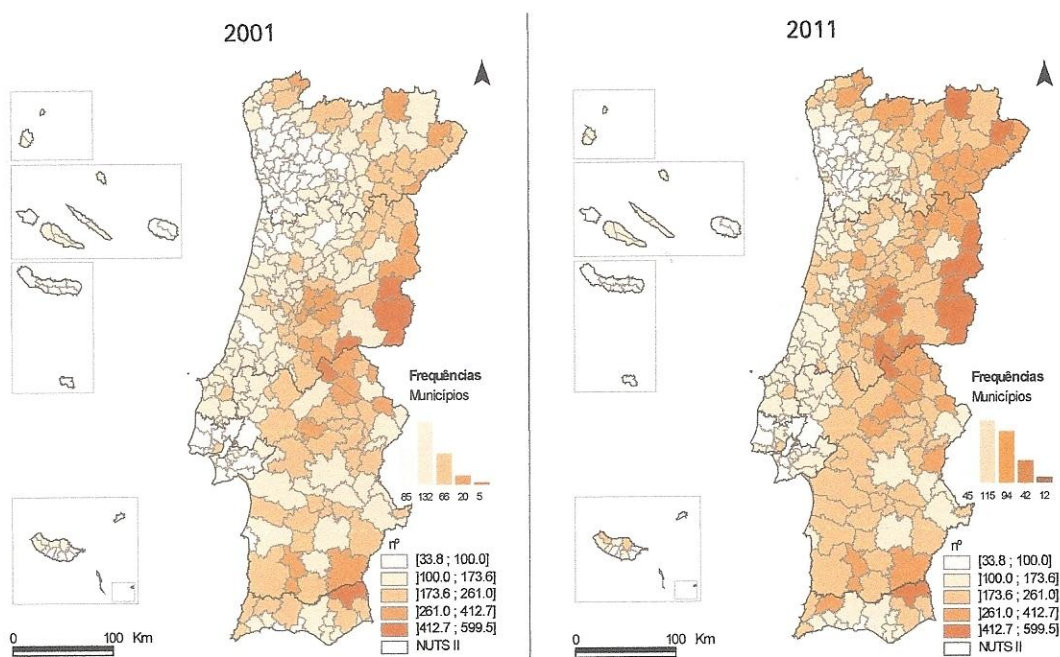
O fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados

provisórios dos Censos 2011. Há 30 anos, em 1981, cerca de ¼ da população pertencia ao grupo etário mais jovem (0-14 anos), e apenas 11,4% estava incluída no grupo etário dos mais idosos (com 65 ou mais anos). Em 2011, Portugal apresenta cerca de 15% da população no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% da população tem 65 ou mais anos de idade.

Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3%.

Em Portugal, o envelhecimento da população não se verifica de forma homogénea em todo o país à semelhança do que se verifica no Mundo, também no território nacional a distribuição da população idosa não é homogénea.

Verificamos ritmos diferenciados entre as regiões e desde há muito que as regiões do interior de Portugal registam elevados níveis de envelhecimento, devido a fortes movimentos emigratórios, externos e internos, especialmente porque a população em idade ativa e jovem está a migrar quer para o estrangeiro quer para os centros urbanos. A perda de efetivos populacionais desta faixa etária provoca transferência de nascimentos, e conduzem à desertificação das regiões.



**Figura 2 - Índice de Envelhecimento (Fonte: INE,2011)**

Ao analisar a figura 2 verificamos que, o agravamento do envelhecimento da população portuguesa é praticamente comum à generalidade do território nacional. Apenas 16 dos 308 municípios apresentam em 2011 indicadores de envelhecimento inferiores aos verificados em 2001. O envelhecimento das populações também deixou de ser um fenómeno dos municípios do interior e alastra-se a todo território.

O envelhecimento da população representa um dos fenómenos demográficos mais preocupantes das sociedades modernas do século XXI. Este fenómeno tem marcadamente reflexos de âmbito sócioeconómico com impacto no desenho das políticas sociais e de sustentabilidade, bem como alterações de índole individual através da adoção de novos estilos de vida.

Em Portugal, a proporção da população com 65 ou mais anos é, em 2011, de 19%. Este valor contrasta com os 8% verificados, em 1960, e com os 16% da década anterior.

O índice de envelhecimento da população reflete também esta tendência. Em 2011 o índice de envelhecimento acentuou o predomínio da população idosa sobre a população jovem. Os resultados dos Censos 2011 indicam que o índice de envelhecimento do país é de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem. Em 2001 havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100. Em 2011, este valor é de 45.

O índice de dependência total é um indicador que permite uma perceção sobre o esforço que a sociedade exerce sobre a população ativa. Os resultados dos Censos 2011 permitem quantificar que o esforço da sociedade sobre a população ativa se agravou na última década em 4% e que, a menos que se verifique uma inversão da diminuição da natalidade, este indicador tenderá a agravar-se.

Os Censos 2011 revelam que, na última década, o índice de dependência total aumentou de 48 em 2001 para 52 em 2011. O agravamento do índice de dependência total é resultado do aumento do índice de dependência de idosos que aumentou cerca de 21% na última década. O índice de dependência de jovens teve, no mesmo período, um comportamento contrário, assinalando uma diminuição de cerca de 6%. Geograficamente, as regiões com uma estrutura etária da população mais equilibrada são aquelas que também apresentam índices de dependência mais favoráveis. O Alentejo aparece com o valor mais elevado de 61 pessoas em idade não ativa, por cada 100 em idade ativa, seguido do Centro com 57.

O índice de dependência total, ou seja, o número de jovens e de idosos em cada 100 indivíduos em idade ativa, aumentou de 48,6 em 2005 para 49,9 em 2010. Este valor resulta de duas evoluções opostas neste período de tempo: uma redução, ainda que ligeira, do índice

de dependência de jovens (número de jovens em cada 100 indivíduos em idade ativa) de 23,1 para 22,7, e simultaneamente um aumento do índice de dependência de idosos (número de idosos em cada 100 indivíduos em idade ativa) de 25,4 para 27,2.

Na região Alentejo, mantém-se a perda de efetivos populacionais, situação que decorre da conjugação de elevadas taxas de crescimento natural negativas e de baixas taxas de crescimento migratório positivas, que não compensam as primeiras e se estima ter sido negativa em 2010.

Nos concelhos Monforte e Arronches, em 2010, o índice de envelhecimento no aumentou de 206,3 para 302,8, e o Concelho de Arronches passou para 186,6. Perante isto o aumento contínuo da longevidade e a manutenção dos baixos níveis de fecundidade, aliados, em alguns casos a fortes fluxos emigratórios, são os principais fatores demográficos que explicam a tendência do fenómeno do envelhecimento demográfico.

Pelo que a tendência para o declínio da fecundidade retrata alterações sociais e económicas importantes verificadas nas últimas décadas do século XX.

As diferentes evoluções demográficas observadas a nível regional determinam assimetrias regionais do fenómeno do envelhecimento.

Como já referimos o interior é “penalizado” com o envelhecimento e o concelho de Monforte e Arronches, inserido na Região Alentejo, distrito de Portalegre, não foge à regra.

Ambos os concelhos, como se ilustra a seguir situam-se no Norte Alentejano, no distrito de Portalegre. Entre as sedes de cada concelho distam 15 km, sendo o acesso feito através da estrada Municipal n.º 515.



**Figura 3 - Distrito de Portalegre - Fonte: [blogspot.castelovide.pt](http://blogspot.castelovide.pt)**

Nos concelhos Monforte e Arronches observou-se com base nos dados do INE, que entre os recenseamentos de 2001 a 2011, houve um decréscimo populacional de habitantes, que representou o menor decréscimo entre duas décadas seguidas.

O envelhecimento da população destes dois concelhos, à semelhança do que acontece no interior, está relacionado essencialmente com duas situações: a primeira prende-se com o fenómeno emigratório dos jovens ativos que conseqüentemente origina uma diminuição da natalidade, e a segunda com o fenómeno que este provoca no peso da população idosa, conseqüentemente, da mortalidade.

Apesar da diminuição no índice de dependência de jovens, o índice de dependência total tem crescido intensamente, reflexo dos aumentos observados no índice de dependência dos idosos. Assim, de acordo com estimativas de 2007, no Alto Alentejo e em Monforte, por cada 100 potencialmente ativos existiam 65 e 69 idosos e jovens dependentes, respetivamente.

Relativamente ao índice de dependência total constatamos que no concelho de Arronches, para cada 100 indivíduos potencialmente ativos existem cerca de 35 potencialmente inativos e que em Monforte em cada 100 indivíduos potencialmente ativos existem 69 potencialmente inativos.

Ambos os concelhos apresentam alterações demográficas que se traduzem na inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população. Com o aumento da esperança de vida, de pessoas em situação de dependência e de doenças crónicas, justifica a necessidade, cada vez mais, de cuidados de saúde no domicílio, no local de trabalho, e na comunidade.

### 1.3 – DEPENDÊNCIA, INDEPENDÊNCIA E AUTONOMIA - CONCEITOS

Autonomia, independência e incapacidade são conceitos distintos, sendo muitas vezes confundidos e usados indiscriminadamente.

A dependência está associada à velhice, e olhada de uma forma negativa, devido à sua conotação com a perda de autonomia, no entanto se analisarmos a nossa sociedade podemos afirmar que tal não passa de um estereótipo. Isto porque se há muitas pessoas que veem a sua saúde a declinar precocemente, outras há que se consideram pessoas totalmente saudáveis até aos 80 e mesmo 90 anos de idade. O que queremos dizer é que a dependência não é um elemento que caracteriza apenas esta fase da vida e ao longo do desenvolvimento da pessoa

pode-se identificar alguns estágios de dependência. Mas o que difere a dependência de um bebé da dependência de um idoso, é que a dependência do bebé é transitória, enquanto a dependência de um idoso tende a ser definitiva ou permanente.

Para Amaral e Vicente o conceito de dependência consiste “(...)na pessoa que por razões ligadas à perda de autonomia física, psíquica ou intelectual tem necessidade de uma ajuda importante a fim de realizar necessidades específicas resultantes da realização das atividades de vida diária”. (Amaral & Vicente, 2000:25)

Nesta linha de pensamento “a dependência é encarada enquanto incapacidade do individuo para se bastar a si próprio, necessitando de ajuda de outro (s) para alcançar um nível aceitável de satisfação das suas necessidades”. (Sousa, 2004:48)

Sendo o envelhecimento entendido como um processo degenerativo oposto a qualquer progresso do desenvolvimento, uma vida saudável, na velhice, está intimamente ligada à manutenção ou restauração da autonomia e independência. Pelo que os conceitos de autonomia e independência são dois indicadores de saúde e de qualidade de vida importantes para a população idosa, existindo diversos fatores que podem determinar a dependência num idoso. Imaginário considera que estes se podem dividir em “fatores físicos, fatores psicológicos e fatores de contexto”(Imaginário,2004:50). Quanto aos físicos podemos mencionar a fragilidade física, os problemas de mobilidade e doenças. Nos fatores psicológicos, pode fazer-se referência aos transtornos cognitivos e às alterações de personalidade. Relativamente fatores de contextos, estes estão relacionados com o ambiente físico, com as atitudes e comportamento das pessoas que rodeiam o idoso.

O Conselho da Europa (1998), citado por Figueiredo define a dependência como “a necessidade de ajuda ou assistência importante para as atividades e vida diária” (Figueiredo,2007:64).

Vilão (1995) define uma pessoa dependente como aquela que “necessita de transferir para terceiros as atividades tendentes à satisfação das necessidades humanas básicas no contexto de uma doença crónica, incapacidade ou deficiência.” (citado por Santos, 2003:24)

Também Graça define dependência, como sendo,

“Situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, não consegue, por si só, realizar as atividades de vida diária.” (Graça, 2008:7)

Independência e autonomia são termos que definem situações complementares, mas não são idênticas. (Sequeira, 2007:28)

Podemos afirmar que a autonomia está relacionada com a capacidade que a pessoa tem para gerir a sua vida, ou seja, tomar decisões sobre si e que a independência está relacionada com a capacidade de desempenho de atividades de vida diária e de autocuidado. Assim, a autonomia refere-se à capacidade de decisão, comando, faculdade do indivíduo de se sustentar a si próprio e de se reger por leis próprias.

A incapacidade por si só não cria dependência, mas sim o somatório da incapacidade com a necessidade de ajuda. Por outro lado, a dependência não é vista em determinadas situações como um estado permanente, mas sim um processo dinâmico cuja evolução se pode modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver promoção do ambiente e assistência adequados.

Para os idosos a sua independência é a principal prioridade, de acordo com a literatura os principais problemas de saúde nos idosos que podem levar à dependência são: Diabetes; Cardiopatias; Hipertensão arterial; Osteoporose e Osteoartrite; Amputação dos membros; Cegueira; Paraplegia; Cancro; Doença renal; Marginalização social.

Todos estes problemas de saúde, entre outros, podem conduzir à perda da sua função, onde progressivamente a dependência surge e a autonomia do idoso começa a dissipar-se pouco a pouco, limitando o bem-estar e a qualidade de vida.

A dependência é um estado no qual o idoso necessita de ajuda para satisfazer e realizar as suas atividades de vida diárias, devido à progressiva limitação. Deste modo a necessidade de ajuda por parte de outros é cada vez maior.

O grau de dependência do idoso significa a incapacidade que este possui para cuidar de si próprio no contexto em que vive. Sendo por isso necessário classificar a incapacidade, uma vez que o grau de dependência permite determinar os tipos de cuidados que serão necessários.

Para se avaliar o grau de dependência utiliza-se o método de avaliação funcional, que sendo bastante conhecido e aplicado na prática geriátrica, é muito útil, uma vez que a sua utilização mostra que é um indicador relevante para avaliar necessidades e determinar a utilização de determinados recursos.

Existem diferentes escalas que permitem essa classificação: Katz e col., 1963; Lawton e Brody, 1969; Mahoney e Barthel, 1965 são exemplos das mais utilizadas e que permitem classificar a dependência em diferentes níveis. Cada instrumento de avaliação tem diferentes índices, que permitem a classificação em níveis: independente/ leve, moderado/parcial, grave/total. Um idoso que apresente dependência leve, tem alguma autonomia para realizar determinadas atividades da vida diária, necessitando apenas de supervisão ou vigilância. Um

idoso com dependência moderada para além de supervisão, necessita de apoio de terceiros para o desempenho de algumas atividades específicas. E um idoso com dependência grave, não tem capacidade para executar um determinado conjunto de tarefas e necessita de ajuda permanente.

A capacidade funcional é avaliada com base na capacidade de execução das atividades instrumentais da vida diária, que segundo Henderson (1966) contribuem para a saúde ou sua recuperação.

Estas atividades podem dividir-se em:

1. Atividades básicas da vida diária tarefas próprias do autocuidado, como comer; vestir e despir a roupa, controlar os esfíncteres, banhar-se, locomover-se, dormir e repousar, comunicar, entre outras;

2. Atividades instrumentais da vida diária indicativas da capacidade para levar uma vida independente na comunidade, como realizar as tarefas domésticas, compras, administrar as próprias medicações ou manusear dinheiro.

3. Atividades avançadas da vida diária – que correspondem a ações mais complexas, e que estão ligadas à automotivação, como atividades de lazer, trabalho, contactos sociais ou exercícios físicos.

É imprescindível compreender a realidade da saúde e envelhecimento da população portuguesa, quer no presente, quer no futuro, de forma a promover novas e melhores abordagens preventivas, curativas e de continuidade de cuidados.

Os conhecimentos científicos atuais sobre a importância da promoção da saúde ao longo da vida, para prevenir ou retardar situações de doença ou dependência, sobre os fatores de risco e as doenças mais frequentes nas pessoas e sobre o seu impacto nos cuidados de saúde exigem a definição de linhas orientadoras para a manutenção de um envelhecimento saudável, a promoção da autonomia e a melhoria da intervenção dos prestadores de cuidados.

Mas cuidar de um doente dependente em contexto familiar não é fácil porque como refere Fernandes (2005), o aumento de situações de demência, como Alzheimer, Parkinson, entre outras, incapacidades motoras resultantes de patologias cardiovasculares, doenças crónicas em geral, constituem uma responsabilidade demasiado pesada para os familiares cuidadores. Isto porque na realidade, e segundo a mesma autora, as necessidades dos doentes dependentes situam-se entre a proteção social e a saúde. E face a estas, as famílias são chamadas a desempenharem um papel que por vezes se torna incompatível com as suas capacidades e com as exigências próprias das necessidades.

Na realidade e na prática diária quando efetuamos visitas domiciliárias constatamos a importância que o idoso dá ao facto de estar em casa de uma filha ou até na sua própria casa e a receber cuidados de um familiar. Podemos observar que a opção de recorrer à rede de vizinhança é uma solução pouco utilizada, ou utilizada com limitação, uma vez que tende a limitar-se à prestação de serviços pontuais.

A institucionalização em lar é considerada uma solução de último recurso, não só porque as instituições existentes têm cada vez mais dificuldades em dar resposta às necessidades dos doentes dependentes, como também pelo facto do próprio idoso se recusar ao internamento. Estes factos têm levado as famílias a assumirem o cuidado dos seus membros idosos, continuando a desempenhar um importante papel enquanto suporte material, psicológico e social.

#### 1.4 – O CUIDAR E OS CUIDADORES INFORMAIS

Cuidar de alguém foi sempre, desde os primórdios da humanidade, uma constante preocupação do ser humano.

“Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas funções vitais.” (Collière, 1989:235)

Cuidar é comum a todas as culturas, embora a forma como se exprime possa ser das mais variadas. A prestação de cuidados exige sempre um esforço contínuo a nível cognitivo, emocional e físico, por parte de quem cuida.

Desde que existe vida existem cuidados na medida em que se torna necessário tomar conta da vida para que esta possa permanecer. Em todas as ações realizadas no ato de cuidar verifica-se sempre um interesse para o bem-estar da outra pessoa, transportando sempre este objetivo em todas as vezes que se executa e desenvolve-se ações.

Cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar. Assim, o cuidar apresenta múltiplas vertentes, sendo estas: relacional, afetiva, ética, sociocultural, terapêutica e técnica.

Podemos afirmar que cuidar é o ato de assistir alguém ou prestar-lhe serviço quando este necessita, contudo é uma atividade complexa com dimensões éticas, psicológicas, sociais, demográficas e que também tem os seus aspetos clínicos, técnicos e comunitários.

Ricarte, citando (Zimmerman, 2000) “Os cuidadores deverão conhecer as necessidades, as possibilidades e as limitações da pessoa a ser cuidada.” (Ricarte,2009:43)

A motivação para cuidar de alguém, no entender de Cohen e Eisdorfer, citado por Netto

(“...”) amor, sentimento este que não requer explicação científica; gratidão, na qual se considera as experiências passadas e tudo o que foi anteriormente oferecido pelo indivíduo agora necessitado; moralidade, seguindo basicamente as expectativas de uma sociedade; e, por fim, uma vontade própria em prover cuidados a alguém.” (Netto,1999:155)

Mas o que são os cuidados?

É possível distinguir dois tipos de cuidados, recorrendo à língua inglesa encontramos dois verbos “to care” e “to cure”. A primeira situação significa tomar conta, cuidar. A segunda é sinónimo de curar, tratar tirando o mal. Desta forma e de acordo com Collière, quando se aborda a questão dos cuidados pode-se distinguir “*cuidados quotidianos e habituais: care, ligados às funções de manutenção, de continuidade da vida; cuidados de reparação: cure, ligados à necessidade de reparar o que constitui obstáculo à vida*”. (Collière,1989:237)

No primeiro tipo encontram-se todos aqueles que fazem parte dos hábitos diários como lavar-se, comer, beber, mexer-se, deslocar-se, levantar-se, evacuar, as relações com os outros, etc. Baseiam-se em hábitos de vida, costumes e crenças.

Já o segundo tipo de cuidados visa assegurar a continuidade da vida quando esta se depara com algum obstáculo e está relacionado com o tratamento de doenças. Sendo que, os segundos são desprovidos de sentido sem os primeiros, não se pode tentar tratar uma doença sem que existam cuidados de manutenção e continuidade da vida.

Quando a situação de uma pessoa sofre alterações e o seu padrão de funcionamento normal se encontra alterado com incapacidade para o autocuidado, surge a necessidade de apoio e ajuda por parte de alguém próximo: familiar, amigo ou vizinho. Os cuidados prestados por estas pessoas são primordiais para o bem-estar do doente, respeitam os seus hábitos e costumes, integrando as formas pessoais de quem recebe os cuidados nas ações de ajuda desenvolvidas. O cuidador influencia o curso da doença, especialmente a frequência e a gravidade das alterações comportamentais e a deterioração das capacidades funcionais.

A prestação de cuidados não se reparte dentro da família equitativamente, uma vez que existe um cuidador principal. Família cuidadora, ou cuidador informal são indivíduos não pagos, tais como família, amigos e vizinhos que prestam cuidados, podendo ser cuidadores primários ou secundários e trabalhar ou não a tempo inteiro, e viver com ou separadamente da pessoa cuidada.

Segundo Figueiredo,

“a maioria dos cuidadores informais têm uma média de idades entre os quarenta e cinco e os sessenta anos. A idade dos cuidadores informais é

influenciada pela idade da pessoa que necessita dos cuidados, assim, quanto mais velha for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador”. (Figueiredo, 2007:113)

Os amigos e os vizinhos tendem a assumir o papel de cuidadores do idoso dependente, quando os familiares estão ausentes, ou não estão presentes, sendo uma fonte de ajuda complementar.

O estado civil é outro fator relevante para traçar o perfil do cuidador, sendo que os casados são os que assumem mais frequentemente o papel de cuidador familiar, logo de seguida surgem os solteiros ou divorciados, por último em proporções menos significativas surgem os viúvos (Figueiredo, 2007).

Uma das características que predispõe alguém a ser cuidador, como já referimos anteriormente, é a proximidade geográfica. A coabitação é evidente quando se verifica, que o cônjuge é o cuidador por excelência ou então a respetiva descendência, uma vez que a proximidade física e afetiva, facilita a prestação dos cuidados (Figueiredo, 2007).

Carrero et al. refere que “a disposição e capacidade da família para assumir a responsabilidade a longo prazo por familiares idosos dependem de um conjunto de circunstâncias e motivações.” (Carrero et al, 2002: 67)

Sendo a família a base da estrutura social, é reconhecido que assuma uma importância/função muito particulares nas etapas da vida humana, como na infância e na adolescência, direcionadas mais para o seu papel educativo. Na velhice, este papel é mais assistencialista, já que o sentido de prestar algum suporte ao idoso está em procurar manter o seu equilíbrio afetivo, emocional e físico e também são o suporte em idosos com incapacidade de satisfazer as suas atividades de vida diárias, quer seja por doença quer por todo o processo de envelhecimento.

Deste modo, poder-se-á dizer que a rede social formal e informal é importante no que se refere à prestação de cuidados, mas como referem Figueiredo e Sousa (2002), é a família que cabe a responsabilidade de cuidar diária e ininterruptamente do idoso, o que pode implicar um desgaste da saúde física e psicológica, podendo gerar desgaste do cuidador, situação definida por Carpenito como sendo “um estado no qual um individuo apresenta sobrecarga física, emocional, social e/ou financeira no processo de cuidar de outra pessoa.” (Carpenito,2002: 65)

Com o avançar da idade aumenta a probabilidade de se desenvolverem várias patologias, muitas de evolução prolongada, que se potenciam entre si, originando a instalação progressiva de alguma dependência de carácter físico, mental ou social. Embora ser velho não seja sinónimo de ser dependente a realidade é que a própria dependência emerge assim como um

problema central da velhice, considerados por alguns como um problema económico e social de uma sociedade envelhecida, e por outros, como um problema que coloca em destaque as dificuldades do dia a dia com as quais se confrontam as pessoas idosas e as suas famílias.

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

A atual evolução da sociedade tem vindo a interferir com os modelos relacionais e valores da família, contudo, esta continua a ser determinante no desenvolvimento e equilíbrio pessoal. A diminuição da família, o aumento do número de famílias monoparentais ou reconstruídas, são as alterações mais significativas nas famílias portuguesas.

Citando Marotte et al “assiste-se a uma instabilidade familiar, justificada pela desinstitucionalização dos laços entre os seus elementos e a uma fragilidade na solidariedade intergeracional; se há anos atrás a velhice era sinónimo de sabedoria, hoje ela é encarada como um "peso" familiar e social.” (Marotte et al, 2005: 22)

No entanto, apesar das alterações das funções e estrutura familiar registadas nas últimas décadas, continuam ainda, na maioria dos casos, a ser os familiares que maioritariamente suportam e apoiam as necessidades dos doentes idosos dependentes.

O funcionamento familiar está diretamente relacionado com uma série de fatores, nomeadamente da forma como a família mobiliza os seus recursos internos e externos para ultrapassar uma situação de crise. Aspectos como a adaptação, a coesão e a comunicação dos seus membros são recursos internos da família, que permitem uma avaliação do seu grau de funcionalidade, sendo que os recursos externos incluem todo o suporte social de pessoas e instituições, aos quais a família pode recorrer, para lidar com situações geradoras de *stress*.

As exigências de uma adequada prestação de cuidados, do ponto de vista físico e psíquico poderão levar ao esgotamento e quando um idoso se torna dependente, as repercussões para toda a família são enormes, ficando muitas vezes sob o cuidado de uma terceira pessoa.

Tendo em conta este princípio, esta é uma função dificultada pelo facto de a nível social, a mulher desempenhar cada vez mais um acumular de funções, tais como ser mãe, esposa, profissional, etc.

Cuidar de familiares idosos doentes é sempre uma tarefa exigente, tanto do ponto de vista físico como emocional, devido às múltiplas transformações que provoca na vida das famílias. A própria saúde destes cuidadores, por mais vontade que tenham em cuidar dos seus idosos, acaba por se ressentir, sendo frequentes as situações de depressão e ansiedade. Desta forma, a prestação de cuidados pode levar o cuidador a sentir um esgotamento permanente.

Apesar do lado positivo, a realidade mostra que os cuidadores com a continuidade do desempenho deste papel geralmente sofrem alterações adversas em diversas em importantes

áreas da sua vida, nomeadamente, ao nível da dinâmica pessoal, familiar, profissional, social e económica. Em muitos dos casos toda a família, ou em particular a pessoa mais diretamente envolvida na prestação de cuidados, ou sobre a qual recai maior responsabilidade, entram em situação de crise ou rotura manifestando entre outros sintomas, tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, etc. É esta sobrecarga ou tensão manifestada por estes cuidadores, que pode então acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que em último caso afetam o bem-estar do doente/cuidador.

#### **1.4.1 – A Família como prestadora de cuidados**

No final do século XX, as famílias ocidentais caracterizavam-se por uma variedade de formas de convivência, não se deixando de verificar a coesão e a solidariedade familiar, assumindo esta, um papel fundamental nas funções de proteção, cuidado, restabelecimento e manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros.

O aumento da esperança média de vida na nossa sociedade resulta, invariavelmente, num aumento do número de pessoas idosas. Embora a maioria não seja doente nem dependente, a verdade é que o avançar da idade conduz à perda de autonomia e faz com que parte deles necessite de ajuda de terceiros de forma a satisfazer as necessidades humanas básicas, sendo cada vez mais importante valorizar a prestação de cuidados de saúde em contexto doméstico.

A carência de cuidados tem acompanhado a evolução da humanidade e criado laços de interdependência entre as pessoas, sendo a família o mais antigo e ainda o mais utilizado serviço de assistência de saúde no mundo, de acordo com vários estudos europeus revelam que é a família que tem a seu cargo a maior parte da responsabilidade pelos dependentes idosos. Desta forma, quando o idoso perde a autonomia é a família que assume o papel mais importante na satisfação das suas necessidades.

A realidade mostra que a maior parte dos idosos manifestam o desejo de serem cuidados no seu domicílio, pois o seu lar é sinónimo de relações afetivas, particularmente entre o elemento cuidador e o idoso, com uma história dinâmica de vida.

Os prestadores de cuidados que antes da dependência do idoso mantinham uma relação muito próxima baseada no afeto, são os que manifestam uma motivação altruísta na prestação de cuidados ao seu idoso, sentindo as necessidades do mesmo. Podemos então afirmar que a responsabilidade pelos cuidados não será uma opção, pois por norma, o cuidador não toma a decisão de cuidar, mas devido a circunstâncias é encaminhado nessa direção.

Cuidar inclui diferentes dimensões, elementos e componentes que são interpretadas de diversas formas.

Esta tarefa encontra-se diretamente dependente de vários fatores. Entre outros fatores podemos referir os que estão relacionados com o idoso, tais como o tipo e o grau de dependência e outros relacionados com o cuidador, como por exemplo a idade e a disponibilidade. Contudo, esta prestação de cuidados aos membros mais idosos tem vindo a reduzir-se e a tornar-se mais difícil, possivelmente resultado da evolução da sociedade como a inserção da mulher no mercado de trabalho. Outra das causas explicativas desta redução reside nos problemas de *stress*, de saúde mental e física, provocados pelo quotidiano inerente à prestação de cuidados.

Na maior parte das famílias, é uma única pessoa que assume a maior parte das responsabilidades na prestação de cuidados ao idoso, geralmente esse papel cabe à mulher. Tal acontece, possivelmente, devido à educação recebida e à construção social das funções da mulher, favorecendo a conceção de que estas estão melhor preparadas que os homens e têm maior capacidade de abnegação e de sofrimento. No entanto, apesar do claro predomínio das mulheres na prestação de cuidados, os homens participam cada vez mais na prestação de cuidados às pessoas idosas, assumindo também o papel principal.

É importante referir que sendo as famílias um recurso fundamental na manutenção do idoso no seu domicílio, o sucesso desta prestação passa necessariamente pelos apoios que o cuidador recebe, provenientes de redes informais ou de redes formais.

Desde o ano internacional das pessoas idosas (1999) que se têm investindo na importância das pessoas idosas viverem cada vez mais com autonomia e integradas na sociedade e na família, sendo aproveitadas todas as suas capacidades; com garantia de meios de subsistência, apoios e cuidados de saúde necessários. O aumento das idades mais avançadas exige cuidados especiais em resultado de incapacidades que lhe estão associadas e, neste caso, na sua maioria, a sociedade tem respondido com o desenvolvimento de medidas de apoio aos indivíduos e às famílias, sempre com o objetivo de manter o indivíduo na sua casa, o maior tempo possível.

Tradicionalmente, a família continua a desempenhar uma importante função no restabelecimento e manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros. A fragilidade do ser humano faz com que ao nascer, seja de imediato colocado perante a possibilidade de morrer se não for cuidado. Collière defende justamente esta ideia e sublinha ainda que “ (...) *cuidar é e será sempre, não apenas indispensável à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social* “ (Collière,1999:15). Esta função essencial e inerente à sobrevivência do ser

humano tem sofrido modificações ao longo dos tempos ao sabor das mudanças sociais, económicas e tecnológicas.

Em tempos remotos, garantir a sobrevivência era um facto quotidiano e, tal como hoje, a expressão *tomar conta* ou simplesmente *cuidar*, representam um conjunto de atos que têm por objetivo a função de manter a vida dos seres vivos.

A tarefa do cuidar recai tradicionalmente no elemento feminino, embora já se observe alguns homens a participar cada vez mais na prestação de cuidados a idosos dependentes, sendo o cônjuge o mais frequente na participação das tarefas.

Existem situações em que o cuidador pode ser confrontado com situações de pouca expectativa de recuperação e/ ou fim de vida. Estas situações são quase sempre causas de sofrimento. As solicitações dos doentes podem absorver o cuidador de tal forma que este deixa de ter tempo para viver a sua vida, deixando de ter tempos livres e esquecendo-se de si próprio.

O cuidador ao assumir este papel, vê-se confrontado por um lado pela obrigação moral e social e por outro lado por se encontrar muitas vezes sozinho na prestação destes cuidados. A par desta situação surgem normalmente conflitos, que podem conduzir à sobrecarga.

Ao nível de parentesco, os cônjuges assumem a principal fonte de assistência ao idoso. Na ausência do cônjuge, assumem as filhas e no caso da não existência de filhas, será o filho a assumir o papel de cuidador, e que tende a transferir a responsabilidade para a esposa, neste caso, a nora.

Os cuidadores sentem que as dificuldades na atividade de cuidar podem ser agrupadas em três grandes áreas: dificuldades no cuidar, dificuldades em relação aos serviços de saúde e dificuldades socioeconómicas.

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 doméstica.

Na segunda, estão relacionadas com o facto de o cuidador se sentir pouco informado sobre a doença, provocando nele 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 abdicam de terem ajuda formal por incapacidade económica.

Neri (2000) considera quatro domínios, nos quais se enquadram os cuidados prestados pelos cuidadores informais a indivíduos com perda de autonomia:

- 1) Suporte nas atividades instrumentais da vida diária, como por exemplo cuidar da casa, preparar as refeições, ir às compras, pagar as contas, etc.;
- 2) Assistir nas dificuldades funcionais de autocuidado, como dar banho, vestir, alimentar, posicionar e deambular;
- 3) Apoiar emocionalmente o doente, fazer companhia e conversar; iii) lidar com as pressões resultantes de cuidar.

Também Paúl (1997), citando Bowers define cinco categorias distintas de cuidados prestados pelos cuidadores informais: antecipatórios, preventivos, de supervisão, instrumentais e protetores. Salienta-se o facto de apenas uma destas cinco categorias, cuidados instrumentais, integrar aquilo que habitualmente é considerado cuidar de alguém, ou seja as tarefas e os comportamentos de cuidar. As restantes quatro categorias não traduzem comportamentos observáveis mas são processos fundamentais do cuidar de idosos e da compreensão dos cuidados intergeracionais.

O foco de atenção dos profissionais de saúde deve direccionar-se para a intervenção realizada na relação com o idoso dependente e também com o cuidador, de modo a permitir a adoção de estilos de vida saudáveis, evitando que quem preste cuidados necessite também de vir a ser cuidado.

Os enfermeiros deverão estar familiarizados com as características do ato de cuidar e com as necessidades que os cuidadores informais apresentam, para poder ser capaz de lhes prestar auxílio. Sendo o cuidador uma pessoa, esta também tem necessidades que devem ser satisfeitas de modo a atingir o seu bem-estar, devendo ser vista numa perspetiva holística.

## 1.5 – ÚLCERAS DE PRESSÃO

As úlceras de pressão (UP) constituem um problema comum a muitos países do mundo, a todos os níveis assistenciais de Saúde, afetando pessoas de todos os grupos etários e comportando elevados custos, quer a nível de sofrimento individual e familiar quer a nível socioeconómico de consumo de recursos.

Em análise a estudos realizados a nível da Europa permitem-nos compreender o quanto é despendido em tempo e dinheiro o tratamento de úlceras de pressão. Por outro lado, consciencializamo-nos da pouca atenção dispensada à prevenção, em parte pelos fracos recursos humanos e materiais, que lhe estão alocados face à multiplicidade de fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam esta realidade.

“A gestão das úlceras de pressão sobrecarrega ainda mais um sistema de cuidados de saúde já desfiado por recursos cada vez mais escassos” (Boynton&Paustin,1995) citado por (Morison, 2004:253).

Para desenvolver um trabalho de organização de medidas preventivas e eficazes na diminuição do aparecimento de úlceras de pressão, teremos que adquirir um conhecimento epidemiológico, a prevalência e incidência, a distribuição e o somatório dos fatores que controlam a sua presença ou ausência. Estes instrumentos são de extrema utilidade para medir o alcance e a evolução temporal do problema.

Cada vez mais, enfermeiros, outros prestadores de cuidados de saúde, e os gestores com responsabilidades em garantir a qualidade dos cuidados prestados e clientes, mostram interesse em classificar os cuidados prestados, de acordo com os resultados obtidos, através deste tipo de estudos (Berlowitz et al, 1996).

Considerando que as UP são um indicador de qualidade dos cuidados prestados, faz todo o sentido que os enfermeiros se preocupem com esta problemática, pois apresenta uma relação direta com os seus cuidados, tornando-se num tema de interesse e de importância para a sua prática clínica.

As UP surgem em pessoas acamadas, por longos períodos, com mobilidade reduzida ou nula e com baixas defesas, sendo na sua maioria idosos, no entanto não escolhem a idade, o sexo, a etnia ou a classe social dos indivíduos que atingem. Quando surgem desenvolvem-se e traduzem-se em resultados negativos, principalmente para o utente. Se pensarmos no impacto que causam pelo número de indivíduos que atingem, na vivência, na dor e no sofrimento da pessoa, bem como a nível económico, pelos gastos que se impõe a nível de prevenção e de tratamento, constatamos que as UP constituem, um grave problema de saúde que abrange os diferentes níveis de cuidados, ao qual os enfermeiros não se podem limitar a ser meros observadores.

Desde Florence Nightingale, a úlcera tem sido vista com uma conotação negativa para a enfermagem e vista como uma falha ou cuidados inadequados. No livro de Notas sobre a enfermagem, a autora refere que: “Se o doente sente frio, apresenta-se febril, sofre desfalecimentos, sente-se mal após as refeições, ou ainda se apresenta úlceras de decúbito, geralmente, não é devido à doença, mas à enfermagem” (Nightingale, 1860/1989)

Através de bibliografia consultada existem vários estudos, que têm demonstrado que as UP não são de responsabilidade única da enfermagem, pois a sua ocorrência envolve uma multicausalidade de fatores, o que nos leva a inferir que é necessária uma abordagem e intervenção multidisciplinar com uma visão sistémica deste problema.

Se o objetivo é obter ganhos em saúde para a pessoa, mais importante que o tratamento é impedir que as UP apareçam, ou seja, apostar na sua prevenção. Uma UP deve ser considerada como suscetível de ser prevenida e não como uma complicação efetiva de uma doença ou debilidade, pois a bibliografia afirma que se poderão prevenir 95% das mesmas, e para isso, é importante adotar estratégias de educação e prevenção baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis. (Morison,2004)

(Cullum et al, 1995; hatings,1995; hitch, 1995; Shipperley,1998), referem que: “Os avanços na prevenção e tratamento das UP são alcançados mediante metas de cuidados de saúde consistentes e de qualidade, bem como controlo de custos. Padrões de cuidados, protocolos, os percursos e as diretrizes são, cada vez mais, ferramentas comuns no apoio à prestação de cuidados”. Citado por (Morison,2004:254)

O uso de protocolos na prevenção e tratamento cada vez mais evidenciam a promoção de cuidados consistentes, e que se deve considerar a incidência de úlceras de pressão como um indicador de qualidade. (Morison,2004)

Os enfermeiros apresentam-se nesta área como intervenientes privilegiados, na medida em que apresentam intervenções autónomas, capazes de evitar o desenvolvimento das mesmas, quer seja no contacto direto com o doente, quer na integração do cuidador informal na prestação de cuidados. Para isso, é imprescindível refletir sobre todos os aspetos relacionados com elas, de forma a atribuir aos enfermeiros formação técnico científica adequada.

Segundo Delaunois (1991) e Neto et al (1997), os cuidados de enfermagem preventivos de úlceras de pressão, baseiam-se essencialmente em: melhorar a vascularização e a oxigenação dos tecidos, através da redução ou eliminação da pressão sobre os mesmos, tendo sempre presente que a duração daquela é sempre mais importante que a sua intensidade; utilização de materiais de prevenção; atenuar ou eliminar os fatores de risco proporcionando um aporte nutricional e hídrico, adequados e uma higiene cuidada. A participação do doente, sempre que a sua condição o permita, e da família na prevenção das UP é essencial, o que implica uma formação contínua dos mesmos.

Como já foi referido, as UP englobam todos os níveis de cuidados de saúde, pelo que também em todos estes cuidados é possível apostar na sua prevenção. Assim, centrando-nos nos cuidados de saúde primários, onde a prevenção primária surge como base de ação de enfermagem, faz todo o sentido que se reflita e se investigue especificamente sobre a prevenção das UP e os fatores que condicionam os cuidados prestados neste âmbito.

Torna-se necessário compreender de que forma podemos contribuir para a clarificação do fenómeno das UP, conhecendo quais as perceções, pensamentos, sentimentos e a forma de cuidar dos profissionais que influenciam na tomada de decisão e aplicação de práticas de prevenção atualizadas e bem fundamentadas (Bergstrom et al, 1997; Morison et al 2004).

Vários estudos, em diferentes contextos, já foram efetuados, tendo em conta a frequência do problema.

### **Úlcera de pressão: conceito, definição e classificação.**

Úlcera de pressão tem como fator etiológico mais frequente a pressão, o que faz o termo úlcera de pressão ser a denominação recomendada como a mais adequada.

Como refere Parish et al,1983 “Úlcera de pressão é definida como uma lesão em qualquer superfície da pele que ocorre em resultado da pressão e inclui hiperemia reativa bem como flitenas, rutura ou necrose tecidual.” citado por (Morison, 2004:17)

Ocorre mais comumente sobre a região sacral e os calcâneos, porém ela poderá desenvolver-se em qualquer parte do corpo que esteja sob excesso de pressão.

Durante período intenso de pressão, a vascularização compromete o fluxo sanguíneo nos vasos causando sua redução e/ou oclusão, esse fluxo é responsável por nutrir e oxigenar os tecidos, caso isso não aconteça ocorre a hipóxia tecidual e várias alterações celulares. Dependendo da extensão do dano, podem ocorrer desde rutura da pele até tecidos mais profundos.

Segundo Ribeiro et al existe varias classificações de ulceras de pressão, mas optaram apenas por destacar a do “National Pressure Sore Advisory Panel Norte-americano.” (Ribeiro et al,1999:47), definindo assim quatro estágios de úlceras de pressão, e é importante identificar essa descrição para permitir a avaliação concisa do estado da ferida e seu respetivo cuidado.

Grau I: É um eritema da pele intacta que não embranquece após a remoção da pressão. Em pessoas com pele mais escura, a descoloração da pele, o calor, o edema, ou o endurecimento podem ser indicadores.

Grau II: Perda parcial da pele envolvendo epiderme, derme ou ambas. A úlcera é superficial apresentando presença de bolhas ou flitenas, podendo ocorrer sangramento já que a derme é a camada da pele onde encontramos grande quantidade de vasos sanguíneos. Pode haver uma cratera rasa.

Grau III: Perda da pele na sua total espessura, comprometendo o tecido subcutâneo podendo se aprofundar, mas não chegando até a fáscia. Apresenta-se clinicamente como uma cratera profunda.

Grau IV: Perda total da pele com uma extensa destruição, comprometendo músculos e ossos e estruturas de suporte como tendão e cápsulas das juntas.

Uma vez que ainda não existe uma escala de classificação de úlceras de pressão ideal, os enfermeiros deverão estar conscientes dos pontos fortes e fracos de qualquer escala que optarem por utilizar, não deixando contudo de integrar a referida classificação no processo de avaliação holístico do doente.

### **Fatores de risco para úlcera de pressão**

A pressão é sem dúvida o fator extrínseco mais preponderante, causando lesão isquémica e necroso dos tecidos. A sua duração e intensidade estão relacionadas à capacidade de percepção sensorial, mobilidade e atividade. A percepção sensorial reage à pressão relacionada ao desconforto. A mobilidade e a atividade contribuem para aliviar a pressão. A lesão tecidular está relacionada a diversos fatores extrínsecos entre eles a humidade, estado nutricional da pessoa, a idade e a pressão.

De acordo com (Vowden,1996) a maceração devida a humidade excessiva produz amolecimento e diminuição de incontinência fecal ou febre, que leva a uma sudorese contínua. (Ribeiro et al,1999)

No que diz respeito aos fatores intrínsecos podem ser:

Estado nutricional deficiente: principalmente de proteínas, vitaminas e sais minerais compromete a integridade dos tecidos moles, particularmente o colagénio.

A Temperatura corporal: Hipertermia persistente causa o consumo energético e consequentemente redução da resistência da pele.

Idade: o idoso apresenta redução na elasticidade da pele e na frequência da reposição celular, na atividade e mobilidade e consequentemente leva à diminuição do processo de cicatrização. A presença de fatores de risco é elevada, o que aumenta a incidência de úlceras de pressão. É precisamente neste contexto que surgem as escalas de avaliação de risco que vai permitir identificar e quantificar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, de forma a que a prevenção seja o mais precoce, para que os cuidados prestados sejam com qualidade. Doenças crônicas degenerativas, situações oncológicas afetam o sistema imunológico tornando o indivíduo mais suscetível a infeções locais e sistêmicas.

## **Tratamento**

Quando todos os recursos relacionados a prevenção não são mais possíveis, serão implementados procedimentos sempre direcionados à necessidade individual de cada paciente.

Os princípios considerados no tratamento da úlcera de pressão são quatro:

1) Eliminar a causa da úlcera de pressão verificando razões que levaram o paciente a desenvolver a úlcera de pressão;

2) Otimizar o ambiente avaliando adequadamente a ferida e a melhor terapia tópica a ser utilizada. Documentar avaliação e implementar mudanças se necessário. O tecido necrótico poderá ser removido através dos métodos devidamente existentes;

3) Apoiar o doente. Avaliar e monitorar o suporte nutricional. Verificar se há infecções locais ou sistêmicas e procurar controlá-las ou eliminá-las, investigar o motivo da cicatrização da ferida. A maioria das úlceras de pressão apresentam dor implementar medidas para a minimização desta, o doente precisa ser preservado;

4) Educação. A educação é uma das principais aliadas tanto na prevenção como no tratamento.

## **Prevenção de úlceras de pressão**

A manutenção da integridade da pele é considerada uma das funções da enfermagem, cabendo aos enfermeiros zelar pela sua manutenção enquanto se cuida de doentes dependentes. Os cuidados nestas circunstâncias devem exigir maior complexidade técnica e conhecimento científico.

A UP pode ser prevenida, ou seja através de cuidados adequados ao indivíduo, orientação e educação do mesmo e disponibilidade de recursos necessários.

A qualidade no “processo de cuidar” é um atributo existente em grau menor ou maior, comprometendo o objetivo e o propósito de assistir o doente de forma integral e individualizada.

É através de informações baseadas em conhecimento prático e científicos, os estudos relacionados com a úlcera de pressão poderão contribuir para a compreensão dos fatores que abordam o seu desenvolvimento, o que certamente estará norteando a prática da enfermagem voltada para a prevenção.

As úlceras de pressão são um dos indicadores de avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em muitos países do mundo e, por isso, seria de todo o interesse que as organizações de saúde tivessem uma maior preocupação no registo permanente desta

ocorrência. Para Boucheron et al (1988) as úlceras de pressão acarretam, para a sociedade, custos elevados no investimento em material de pensos e equipamento necessários aos cuidados curativos, assim como o aumento do consumo de fármacos e os custos eventuais de uma intervenção, ou hospitalização prolongada.

Desde 1998 que existe uma recomendação da Direção Geral de Saúde, através da Circular Informativa N.º 25/DSPCS de 23/06/98 na qual se expressa preocupação em relação ao problema das úlceras de pressão, nos doentes dependentes, propondo um protocolo de avaliação das mesmas e dos fatores de risco através de uma adaptação da escala de Norton.

Em dezembro de 2008, a Circular Informativa N.º: 35/DSQC/DSC, da Direção geral de Saúde, veio revogar a anterior e recomendar a aplicação da Escala de Braden, em todas as Unidades de Saúde, no entanto não se verifica uma aplicação efetiva desta medida em todas as organizações de saúde, especialmente ao nível das prestadoras de cuidados de saúde primários, contudo com a criação da RNCCI e com as diferentes unidades existentes, torna-se obrigatório a efetivação destas escalas.

O sucesso de qualquer intervenção também depende do grau de importância e da prioridade que cada organização atribui à prevenção de UP.

Uma atitude positiva da própria organização, para a prevenção, também pode ser promotora de influência nas atitudes e comportamentos preventivos dos enfermeiros.

A política da organização de saúde torna-se determinante, não só quanto à definição de padrões de qualidade, como também a nível dos fatores motivadores dos seus profissionais, na medida em que, se por um lado apresenta uma linha orientadora na prestação de cuidados, por outro contribui para uma estimulação para a realização desses cuidados.

A prevenção de UP requer cuidados individualizados ao doente pelo que, por vezes, implicam mudanças no sistema que deverão ser avaliadas, quer pelo enfermeiro prestador de cuidados, quer pelo enfermeiro responsável da organização, cabendo ao último a avaliação das necessidades reais e a implementação de medidas que sejam capazes de melhorar os cuidados que se prestam.

Calianno (2007) refere que

“Assim, é importante que estejam salvaguardados alguns princípios, excluindo o facilitismo, que sustentem uma boa dinâmica de organização e de capacidade de resposta: as dificuldades para obter dispositivos de redistribuição da pressão, a quantidade de recursos humanos, processo de comunicação estabelecido e lacunas na liderança ou nas políticas de prevenção instituídas” (citado por Rodrigues & Soriano, 2011)

## 1.6 – CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

“A Enfermagem domiciliária consiste em prestar cuidados de enfermagem de qualidade a utentes no seu ambiente domiciliário, numa base intermitente ou parcial”. (Rice, 2001:14)

Os cuidados domiciliários surgem como alternativa ao regime de internamento nas várias instituições e também como complemento dos cuidados que são prestados à família por parte dos técnicos de saúde. Contudo e segundo Stanhope, (1999) os cuidados de saúde domiciliários não podem ser simplesmente definidos como cuidados em casa, uma vez que incluem um conjunto de serviços de prevenção da doença, da promoção da saúde e de intervenção em caso de doença episódica, prestada a indivíduos.

Os cuidados domiciliários constituem uma das atividades básicas a realizar pelas equipas de Cuidados de Saúde Primários, destacando-se a figura do profissional de enfermagem, na sua função educativa, e na prestação de cuidados de saúde, visando dar resposta a necessidades assistenciais criadas por pessoas que de forma temporal ou permanente, se encontrem incapacitadas para se deslocarem ao Centro de Saúde.

Os cuidados domiciliários constituem uma das atividades básicas a realizar pelas equipas de cuidados de saúde primários. O desenvolvimento destes cuidados deve ter como base a diferenciação da sua intervenção, de forma a dar resposta às necessidades de assistência a cada pessoa, considerando todos os fatores que envolvem essa mesma intervenção.

Os cuidados domiciliários são dirigidos para vários setores da comunidade, na medida em que têm como objetivo responder à problemática que representa manter uma pessoa doente ou incapaz no seu domicílio, com todas as conotações de tipo assistencial e organizativo que arrasta consigo, tanto para o utente/família, como para a equipa de cuidados de saúde.

“O médico e o profissional de enfermagem formarão o núcleo da equipa, devendo trabalhar em colaboração com outros, fundamentalmente com os serviços de Assistência Social, e com o “cuidador”, entendendo como tal a pessoa, ou pessoas que se responsabilizam pelo paciente dentro e fora da família” (Pisa e Bulta, 1989: 233).

Por outro lado, a família deve estar diretamente implicada no plano de atuação que é estabelecido, para aumentar o grau de cumprimento do mesmo.

Uma relação positiva com a família vai depender, em grande parte, das habilidades do enfermeiro, para criar um ambiente propício à colaboração, aceitação mútua e à compreensão, isto é, uma relação de empatia. Favorecendo, um trabalho conjunto, na obtenção de objetivos e cuidados. Assim, ao iniciar uma visita domiciliária deve-se preparar uma mensagem inicial,

começando o contacto com os membros da família com a apresentação pessoal e uma breve explicação do trabalho a realizar.

Os cuidados de saúde domiciliários na sociedade atual não podem ser simplesmente definidos como “cuidados em casa”. Eles incluem um conjunto de serviços de prevenção da doença, promoção da saúde e de intervenção em caso de doença episódica prestados a indivíduos nos seus locais de residência.

“Os cuidados de saúde domiciliários são a componente de um continuado cuidado de saúde global em que os serviços de saúde são prestados aos indivíduos e famílias nos seus locais de residência com a finalidade de promover, manter ou recuperar a saúde, ou de maximizar o nível de independência enquanto se minimiza os efeitos da deficiência e doença e incluindo a doença terminal” (Warhola, 1980 citado por Stanhope & Lancaster, 1999: 882).

Os cuidados domiciliários, na perspetiva da enfermagem, proporcionam um espaço privilegiado para a promoção e educação para a saúde, tendo em conta a proximidade que podem oferecer, possibilitando e facilitando o contacto e interação entre os intervenientes e que, deverá ser entendida como uma das estratégias de intervenção dos enfermeiros na prestação de cuidados. As definições que encontramos em diferentes bibliografias, de visita domiciliária poderão variar, no entanto, todas integram as componentes dos cuidados de saúde domiciliários: o utente, a família, os profissionais de saúde (equipa multidisciplinar) e o planeamento necessário para apoiar o utente a adquirir determinado nível de saúde e independência.

A autonomia e a independência são dois indicadores de saúde e de qualidade de vida para a população idosa, e a melhor forma de avaliar esses indicadores é no domicílio do utente.

O apoio domiciliário visa constituir a forma mais humanizada de resposta às novas necessidades de certos grupos da população, nomeadamente as pessoas mais idosas, as pessoas com deficiência e as que têm problemas de saúde mental, criando condições para a promoção da sua autonomia no domicílio e no ambiente sociofamiliar.

“A visita domiciliária é um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo, como assistencial. Como é realizada no âmbito domiciliar, proporciona uma dinâmica nos programas de Atenção à saúde” (Mattos, 1995: 35).

A Visita Domiciliária, e os cuidados domiciliários têm finalidades que ultrapassam o plano curativo, tais como: “instrução, orientação, fomento do autocuidado, potencialização da capacidade do paciente e seus familiares, para assumirem e enfrentarem os problemas, e

conseguir a necessária coordenação dos recursos institucionais, humanos e materiais” (Anton Nardiz, 1989: 81-93).

A visita domiciliária visa proporcionar uma cobertura de saúde integral e contínua, por isso deve levar a efeito atividades aos três níveis de Prevenção: Primária ou de promoção da saúde, e proteção contra a doença; Secundária, ou de diagnóstico e tratamento; e Terciária, ou de reabilitação e reinserção social.

#### Atividades de promoção da saúde e prevenção da doença

A prevenção primária é a única prevenção eficaz em múltiplas ocasiões.

Em termos globais, a maior rentabilidade preventiva parte de medidas de promoção da saúde.

“Para poder fazer promoção da saúde são necessárias novas atitudes e conhecimentos por parte da equipa de Cuidados de Saúde Primários, sobretudo um novo tipo de relação com o utente” (Cuixart e Garcia, 1994: 327).

Fazer promoção da saúde significa ajudar as pessoas a aprender e a aceitar a responsabilidade do seu próprio bem-estar.

A promoção da saúde, ligada estritamente à educação para a saúde, além de ser um trabalho fundamental dos profissionais de enfermagem, que com mais frequência, principalmente nos domicílios, estabelecem um vínculo de comunicação com os utentes, não é comparável ao de nenhum outro profissional de saúde.

Nos domicílios, a educação para a saúde é um instrumento válido para fomentar na família a independência, a autorresponsabilidade, e a aprendizagem de medidas de promoção, e proteção da saúde, que ajudem a melhorar o nível de bem-estar.

Importa realçar, de forma resumida, o que fazemos nesta área perante uma família cuidadora de um idoso dependente: quando nos encontramos perante um idoso dependente temos que responder de forma prioritária na prevenção de complicações relacionadas com a dependência (como por exemplo na prevenção de úlceras de pressão ou na prevenção da sobrecarga do cuidador), tentando estabelecer um plano de cuidados, que inclua o cuidador e o idoso.

### Atividades curativas

As atividades curativas (prevenção secundária) estão relacionadas diretamente com as patologias crônicas dos utentes, tornando-se assim num fator importante para a necessidade da realização da visitação domiciliária.

Existem atividades realizadas na prática diária em contexto domiciliário, sendo as mais comuns:

- Diagnóstico de Enfermagem e avaliação dos fatores de risco;
- Prevenção das complicações, tanto da doença de base, como do tratamento, e repercussões psicossociais;
- Administração de determinados tratamentos;
- Tratamento de feridas, úlceras pressão e outras;
- Colocação e vigilância das sondas vesicais, nasogástricas, catéteres, e drenagens;
- Controlo e seguimento da doença;
- Proporcionar o maior grau possível de conforto ao utente, tendo em conta tanto as suas necessidades, como as suas expectativas e interesses no que diz respeito à sua saúde.

Os enfermeiros como responsáveis pela prestação destes cuidados deverão atuar como elementos motivadores para que a família, no seu papel de “*cuidador*”, possa assumir as responsabilidades que lhe são designadas pela equipa.

Devem ainda potenciar ao máximo a capacidade de autocuidado, de forma a facilitar, e permitir que os utentes tomem a iniciativa de serem responsáveis pelo próprio cuidado de saúde, quando isso é possível.

### Atividades de reabilitação e reinserção social

As atividades de reabilitação e reinserção social (prevenção terciária) são as que estão relacionadas com sequelas provocadas pela doença, e que necessitam de reabilitação. A equipa de saúde de Cuidados e Saúde Primários, atuando coordenadamente, e em estreita colaboração, decidirá, e entrará em contacto com os outros profissionais nomeadamente fisiatras, e fisioterapeutas, ou instituições que permitam o desenvolvimento de programas de reabilitação para os utentes. O serviço de assistência social providenciará meios e apoios para reinserir as pessoas que necessitem.

## **2 – CONTEXTUALIZAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

Nos últimos tempos verificou-se que os sistemas de saúde têm sofrido uma profunda mudança, principalmente nos países desenvolvidos, no sentido de todos os cidadãos possam usufruir de um modelo social de prestação universal de serviços de saúde.

Assim, com a exigência induzida pelos gestores e pelos usuários encontra-se cada vez mais a um nível elevado, as respostas das profissões de saúde em geral e da Enfermagem em particular, tendo esta acompanhado a evolução. Não basta apenas prestar cuidados, é necessário que estes sejam de qualidade e que vão ao encontro das expectativas de quem os vai receber. A qualidade é um fator com o qual os serviços de saúde se preocupam cada vez mais e, como tal, também a enfermagem tende a orientar-se nessa direção, o que leva os enfermeiros encontrarem referências, de forma a atingir esses padrões de qualidade nos cuidados que prestam.

Os padrões de cuidados, protocolos, percursos e as diretrizes são, cada vez mais, consideradas ferramentas comuns no apoio à prestação de cuidados, contudo há que considerar a definição e seleção de indicadores mensuráveis dos resultados uma ferramenta muito útil neste conjunto.

Considerando que as UP são um indicador de qualidade dos cuidados prestados, faz todo o sentido que os enfermeiros trabalhem esta problemática, uma vez que apresenta uma relação direta com os seus cuidados, tornando-se num tema de interesse e de importância para a sua prática clínica.

A necessidade de implementar sistemas de qualidade está fortemente assumida atualmente, quer por instâncias internacionais como a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiros, quer por organizações nacionais como o Conselho Nacional de Qualidade e o Instituto da Qualidade em Saúde e até mesmo a nível governamental através do Plano Nacional de Saúde 2011-2016.

Criar sistemas de qualidade em saúde torna-se uma ação prioritária. Assim, as instituições de saúde assumem um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade em cada domínio específico característico de cada uma das profissões envolvidas. É neste contexto no qual o Conselho de Enfermagem (CE) da OE definiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados

de Enfermagem que visam a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Sabemos que não basta aprovar projetos de qualidade, mas sim as instituições de saúde devem comprometer-se a criar um ambiente favorável à sua implementação e consolidação, de forma que estes projetos se tornem parte da rotina em vez de entrarem em conflito com ela.

Este relatório poderá servir de orientação, no sentido de ser um instrumento permanente de que a Unidade funcional possa dispor, para a concretização do seu desígnio fundamental que é a promoção da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem à população, pretendemos que este seja um importante suporte ao desenvolvimento profissional, tendo como referencial o enquadramento conceptual e os enunciados descritivos definidos pela OE, como base padronizada de cuidados de qualidade.

Neste contexto efetuou-se a apropriação do 6º enunciado descritivo nos PQCE, como vem definido na Ordem dos Enfermeiros e já referido no capítulo do enquadramento teórico.

O Enfermeiro é um elemento fundamental na equipa multidisciplinar, pois é ele que faz a articulação entre a equipa de saúde e o utente/família e também com outros grupos/associações/instituições da comunidade.

Sendo a Enfermagem uma das profissões que está no centro da rede de serviços essenciais à consecução dos objetivos, finalidades e alvo da política de saúde, faz todo o sentido o novo conceito de enfermeiro criado pela OMS.

Perante um cuidador de um idoso dependente, e com base no que anteriormente foi referido relativamente ao papel do enfermeiro, podemos reconhecer a importância da necessidade de promover uma abordagem centrada na família cuidadora, referida também por Santos (2003), numa perspetiva holística, promovendo uma prestação de cuidados dirigida às reais necessidades de cuidados de saúde, de uma forma continuada no tempo e integrada entre as diversas áreas da saúde e do apoio social, através de uma equipa pluridisciplinar. Em enfermagem comunitária a resposta centra-se não só, numa especialidade, mas sim em diferentes “necessidades de saúde do ser humano, que vive em condições e com necessidades sociais e de saúde muito diversas”. (Lopes,1998:45).

Na prática diária de prestação direta de cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários, podemos dizer que é o enfermeiro comunitário que tem acesso facilitado na relação doente/família, por desenvolver todas as suas atividades no ambiente onde estão inseridos (doente e família). Somos vistos como elementos da família, pois estamos em constante contacto com os doentes, mais vezes que os próprios filhos ou netos, que se encontram afastados geograficamente. Desempenhamos um papel fulcral no seio da família com um

idoso a cargo, não só porque somos uma mais-valia na prestação de cuidados diretos ao idoso, mas também porque fazemos muitas vezes a ponte de entendimento e comunicação entre a família e a sociedade que a olha.

A área curativa, a área da Promoção da Saúde e Prevenção da Doença e a visitação domiciliária são áreas prioritárias nas atividades de enfermagem em cuidados de saúde primários e que ganham um enfoque especial quando estamos perante uma família que tem um idoso dependente a cargo.

A escolha da área geográfica deve-se, não só pelo, facto de se encontrar intimamente relacionada com a realidade que pretendemos abordar, mas fundamentalmente por ser uma área de acesso facilitado para a realização do estágio, pelo facto da aluna ser profissional de saúde numa instituição que abrange a mesma área geográfica.

Sendo as UP feridas crónicas de difícil cicatrização, consideramos importante refletir sobre essa temática, dando ênfase à sua prevenção.

Como já foi referido, estudos demonstraram que a maioria pode ser evitada se forem utilizados programas de prevenção devidamente estruturados. Além disso, é cada vez mais usual os serviços de saúde avaliarem a qualidade dos cuidados na prevenção de UP. Sendo esta frequentemente medida pelo indicador: incidência de UP, e este é considerado, a nível mundial, um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem.

Foi com base nesta problemática que se considerou pertinente efetuar o trabalho que contribuísse para a melhoria contínua dos cuidados a idosos dependentes de cuidadores informais no domicílio, abrangidos pela Unidade Cuidados na Comunidade (UCC Al-Qantara).

As UCC(s) são unidades funcionais “agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de Cuidados de Saúde Primários à população de determinada área geográfica.” (Ministério da Saúde,2008:1182)

Com áreas de intervenção próprias, articulam-se de forma permanente com todas as outras unidades, pelo que o seu modelo organizacional deverá ser idêntico no essencial e, diferente no específico, decorrente do seu âmbito de intervenção, de forma a garantir a articulação e complementaridade entre todas e salvaguardar para os cidadãos e profissionais de saúde, os mesmos procedimentos e qualidade de cuidados. A prestação de cuidados de saúde na UCC organiza-se pela constituição de equipas de Intervenção Comunitária e Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI),

A **UCC Al-Qantara** integra o Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Caia, da Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA), e tem como área de abrangência/intervenção os concelhos de Arronches e Monforte. Os respetivos Centros de Saúde encontram-se divididos por UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) em cada Centro de Saúde, e uma UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade).

Ambos os concelhos, como se ilustra a seguir situam-se no Norte Alentejano, no distrito de Portalegre. Entre as sedes de cada concelho distam 15 km, sendo o acesso feito através da estrada Municipal n.º 515.



**Figura 4 - Distrito de Portalegre/Localização Geográfica dos Concelhos de Arronches e Monforte (Fonte: [www.iberpita.com](http://www.iberpita.com))**

O Centro de Saúde de Arronches, é uma unidade de prestação de cuidados saúde primários, sem internamento, mas com Serviço de Consultas não programadas (Das 9h – 19h de Segundo a Sexta Feira, das 8h às 14h aos Sábados Domingos e Feriados), a toda a população da sua área de influência, que coincide com a área geográfica do concelho. Os serviços de saúde são centrados em Arronches no centro de saúde, havendo nas restantes freguesias, extensões nas quais se desloca semanalmente um médico.

O Quadro de Recursos Humanos do Centro de Saúde de Arronches, é composto atualmente por: 3 Médicos de Clínica Geral/Médicos de Família, 1 Médico da Área de Saúde Pública, 6 Enfermeiros Prestadores de Cuidados, em que um deles é enfermeiro Chefe, 3

Assistentes Administrativos, 1 Técnico de Saúde ambiental, 1 Motorista e 4 Funcionários Assistentes operacionais (2 prestam funções na área administrativa).

O Centro de Saúde de Monforte, dá resposta a todas as freguesias do Concelho, tem a sua sede na Freguesia de Monforte, e possui três extensões: uma em cada Freguesia.

Na sede o horário é das 9 às 13 horas e das 14 às 19 horas em dias úteis, e das 8 às 14 horas em fins-de- semana e feriados. Encontram-se inscritos um total de 3801 utentes. Os recursos humanos existentes são 3 Médicos de Clínica Geral e um de Saúde Pública, 4 Assistentes administrativas, 1 motorista e 2 funcionárias Assistentes operacionais e existem 6 enfermeiros, em que um deles é enfermeiro chefe, abrangendo os vários programas existentes no Centro de saúde.

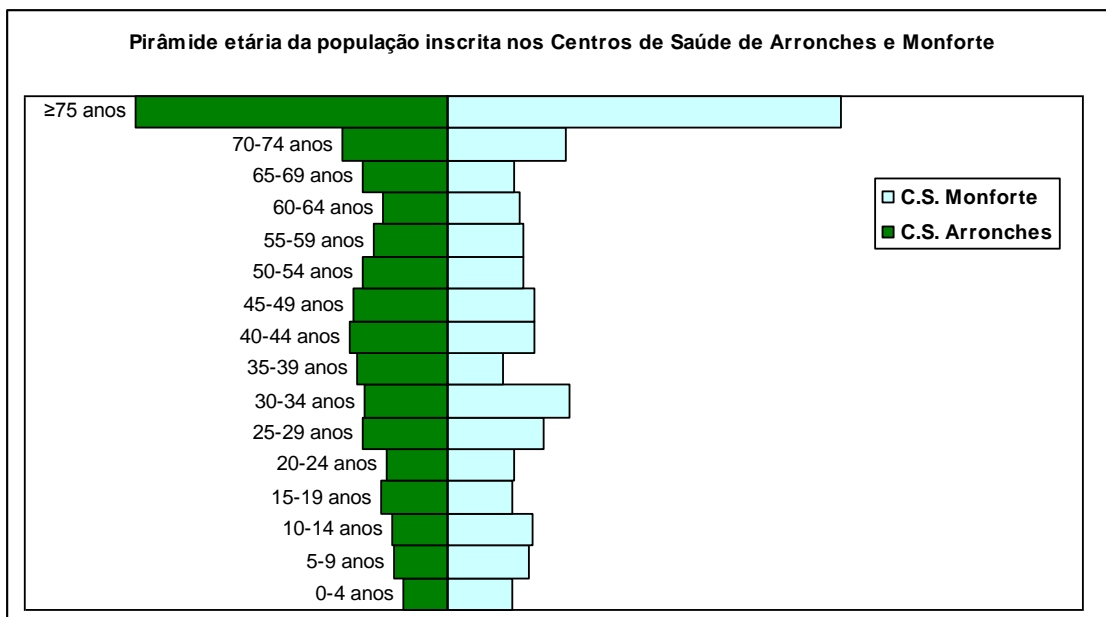
É importante referir que em ambos os concelhos o aumento das patologias geriátricas, estão relacionadas com o aumento do índice de envelhecimento biológico da população.

UCC Al-Qantara, tem como missão a prestação de cuidados integrados e de proximidade, pretendendo ser a “**ponte**” entre os cuidados de saúde primários e a população abrangida.

Visa estabelecer o programa de atividades, de âmbito domiciliário e comunitário, intervindo em diferentes áreas. Este é dirigido às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, tendo como base a promoção e proteção da saúde e prevenção da doença na comunidade, assim como a promoção de estilos de vida saudáveis.

A equipa de enfermagem é composta por 5 enfermeiros, respetivamente 3 elementos encontram-se alocados ao mapa de pessoal do Centro de saúde de Monforte e 2 elementos ao Centro de Saúde de Arronches.

Com o objetivo de verificar a população inscrita, foram consultados os dados no Módulo SINUS, constatando-se que existem 7265 utentes, distribuindo-se da seguinte forma:



**Figura 5 – Pirâmide Etária da População Inscrita nos Centros de Saúde de Arronches e Monforte**  
Fonte: SINUS – C. S. de Arronches e Monforte (novembro 2010)

Sobressai da análise da pirâmide que a população idosa inscrita tem um grande peso em ambas as unidades de saúde.

A área de abrangência da UCC Al-Qantara corresponde a uma área total de 734,8 Km<sup>2</sup>, integrando os concelhos de Arronches e Monforte com um total de 6 Freguesias. A população residente na área de abrangência é de 6448 (INE, 2011).

### 3 – METODOLOGIA

O Planeamento em Saúde consiste na "(...)racionalização do uso de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores sócio económicos..."(Imperatori e Giraldes, 1993:23)

Enquanto enfermeiros nos Cuidados de saúde Primários, tem como objetivos a promoção da saúde e a prevenção da doença, torna-se evidente a necessidade da utilização do planeamento, como nos referem Imperatori e Giraldes por diversas razões:

**“A existência de escassez de recursos** obriga a uma adequação dos recursos disponíveis de um modo eficaz, para a resolução do maior número de problemas;

**Em saúde temos necessidade de intervir nas causas dos problemas**, uma vez que a solução desse problema deverá ser feita de forma a proporcionar a sua resolução e deveremos atuar sobretudo na remição das causas do mesmo;

**É necessário definir prioridades**, porque nem todos os problemas têm a mesma importância, o mesmo impacto ou a mesma facilidade de resolução. Perante os recursos que estão disponíveis a ordenação prioritária deverá ser estabelecida segundo critérios cientificamente fundamentados;

**É importante evitar intervenções isoladas**. Como já referimos anteriormente, a saúde resulta de ações múltiplas e conhecer as atividades que os outros setores têm previsto para aquela área permitirá uma coordenação de todos os esforços necessária para que os resultados sejam rentabilizados;

**Devido à existência de algumas infraestruturas que contribuem para a saúde muito dispendiosas**, as quais são necessárias, mas que apenas com planeamento se consegue evitar erros de localização e gestão, que se traduzirão em elevados custos para a sociedade e também porque,

**O planeamento possibilita a utilização múltipla de certos equipamentos** que podem ser utilizados por diferentes pessoas, em diferentes horários e com diferentes finalidades.” citado por (Tavares,1990:36)

O planeamento em Cuidados de Saúde primários assume como principal finalidade a mudança social. Sabendo que a causa de muitos dos problemas de saúde está ligada a comportamentos fortemente influenciados pela cultura de cada um, todas as nossas ações deverão ter um caráter educativo com o objetivo de alterar atitudes e comportamentos.

Em suma, pode afirmar-se que o planeamento em saúde visa um estado de saúde através da sua promoção, prevenção de possíveis doenças, cura e reabilitação em casos onde já existe doença, e inclui ainda as mudanças comportamentais e respetiva modificação de estilos de vida que sejam observados.

Neste contexto, o presente relatório pretende relatar o que foi realizado no estágio que decorreu de fevereiro a junho de 2011, no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Gestão de Unidades de Saúde, na Escola Superior de saúde de Portalegre.

O estágio realizou-se na UCC Al-Qantara, e com a finalidade de “Contribuir para a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados a idosos dependentes de cuidadores informais com risco de úlceras de pressão”.

O referido plano tem duração inferior a um ano, classificando-se como um plano a curto prazo, pelo que Imperatori afirma que “*contem tudo o que é necessário para a ação mas é menos ambicioso por utilizar os recursos e as tecnologias disponíveis na área.*” (Imperatori,1993:27).

### 3.1 – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

Sendo esta a primeira etapa, deve permitir identificar os principais problemas de saúde assim como os respetivos fatores condicionantes dos mesmos. Deve ser suficientemente alargada e aprofundada englobando os setores sociais e económicos. A sua redação deverá ser sucinta e clara para facilitar a sua leitura e não prejudicar as etapas seguintes.

Apesar do diagnóstico da situação ser uma etapa do planeamento de saúde, o mesmo assenta na consecução de quatro etapas fundamentais: identificação dos problemas; estudo da evolução prognóstica dos problemas; estudo da rede de causalidade dos problemas e determinação das necessidades. Surgem dois conceitos importantes no diagnóstico da situação: o conceito de problema (que corresponde a um estado de saúde julgado deficiente pelo indivíduo ou por outros) e conceito de necessidade (que exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir) (Tavares, 1990).

“O Diagnóstico de Saúde funcionará como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto a partir do qual mediremos o avanço alcançado com as nossas atividades.” (Imperatori,1993:44).

Ao efetuar o diagnóstico da situação foi constatado a necessidade de contribuir para implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados a idosos dependentes com risco de úlceras de pressão, verificando a sua inexistência, pelo que certamente será um contributo para a Unidade Funcional e conseqüentemente para os cuidados.

Após observação dos registos de enfermagem, bem como os procedimentos inerentes à prevenção e tratamento de úlceras de pressão.

Destas, verificou-se:

- 1) O não cumprimento na íntegra de registos corretamente no SAPE segundo a linguagem CIPE;
- 2) O Estratificação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão não era efetuado de forma sistematizada;
- 3) Não houve continuidade do protocolo de prevenção e tratamento elaborado ainda na anterior gestão (Sub-região de Saúde de Portalegre).

Os recursos Humanos disponíveis e utilizados foram a mestrandia, os idosos dependentes de cuidadores informais abrangidos pela área da UCC, os enfermeiros que integram a equipa e o professor orientador. Os recursos de materiais utilizados foram os computadores do serviço que têm instalado o sistema SAPE com linguagem CIPE®, documentos existentes na ULSNA sobre úlceras de Pressão e com bibliografia de interesse para o relatório.

### 3.2 – FIXAÇÃO DOS OBJETIVOS

Os objetivos indicam os resultados que pretendemos alcançar, podendo incluir diferentes níveis que vão do geral ao mais específico.

Permitem avaliar os resultados das intervenções que posteriormente se desenvolverão, devendo proporcionar a verificação dos comportamentos e estados desejáveis da população em estudo. O objetivo deve constituir um desafio e ser mensurável, em complemento, Tavares considera que “a formulação de um objetivo deve ser: pertinente, preciso, realizável e mensurável.” (Tavares,1990:116)

Pode-se entender como objetivo “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto” (Imperator,1993:45)

É também uma etapa importante no processo de planeamento, dado que, somente através de uma correta e quantificada fixação de objetivos, será possível proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa.

Assim, foram definidos os seguintes objetivos:

Objetivo Geral:

- Contribuir para a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados a idosos dependentes de cuidadores informais com risco de úlcera de pressão.

Objetivos específicos:

- Conhecer necessidades de melhoria contínua, na Prevenção e tratamento de UP em idosos dependentes de cuidadores informais.
- Identificar procedimentos inerentes à prevenção e tratamento de UP, a idosos dependentes de cuidadores informais.
- Fornecer aos enfermeiros competências na identificação, avaliação e monitorização dos idosos dependentes de cuidadores informais com risco de UP.
- Definir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, no sentido de prevenir a ocorrência de UP nos idosos dependentes de cuidadores informais.

### 3.3 – SELEÇÃO DAS ESTRATÉGIAS

“A etapa de seleção de estratégias é uma das etapas mais fundamentais num processo de planeamento. Com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários” (Imperatori e Giraldes, 1993: 87).

Seguindo esta linha de pensamento, os cuidados domiciliários de enfermagem, são sem dúvida uma ferramenta que vai permitir observar as condições de vida dos idosos, identificar problemas nos quais poderemos atuar precocemente de forma a intervir na promoção, prevenção e vigilância.

Sabemos que atualmente, a prestação de cuidados de saúde está muito direcionada para responder a situações de agudização, descurando-se a intervenção na área da promoção.

Nesta fase como a própria definição assim descreve:

“Estratégia em saúde como um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo, assim, um ou mais problemas de saúde”(Imperatori e Giraldes,1993:87)

Perante os resultados foi delineado um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tendo por base as seguintes estratégias:

1. Envolver a equipa de enfermagem que integra a UCC, no sentido de definir medidas para a atuação ao nível da identificação precoce dos idosos em risco.
2. Elaborar o Manual de Prevenção e Tratamento ao idoso dependente de cuidadores informais com risco de úlcera de pressão, no domicílio.
3. Formação em serviço sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de feridas.
4. Definição de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, no sentido de prevenir a ocorrência de UP nos utentes. Incluir a taxa de incidência e Prevalência.
5. Reunião com o Enfermeiro Diretor e responsável pela unidade de apoio à Gestão do ACES CAIA

### 3.4 – PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

A preparação da execução é uma etapa de extrema importância para o êxito da atividade a desenvolver de acordo com o que nos refere (Imperatori,1993). É necessária a apresentação do cronograma, (Apêndice I) referindo todas as atividades (que deverá conter a descrição narrativa das atividades e a sua calendarização, especificando a duração, recursos humanos e físicos necessários, resultados esperados e objetivos), assim como as inter-relações entre as diferentes atividades, assim como a identificação e descrição do problema. De forma a evitar sobreposições e a excessiva acumulação de tarefas em determinados períodos dever-se-á prever a intervenção de profissionais das diversas áreas, com o objetivo de tentarem responder com flexibilidade as necessidades da comunidade em estudo.

Sendo assim, é possível detetar obstáculos na execução, prever recursos e facilitar a realização das atividades, evitando condicionalismos e permitindo a valorização de todos os esforços, rentabilizando os recursos disponíveis ao máximo.

Em todas as atividades, a equipa de enfermagem, têm um papel fundamental enquanto profissionais com competências que poderão proporcionar contributos fundamentais para o avanço da prática de enfermagem e conseqüentemente para a melhoria dos cuidados.

A colaboração e o envolvimento de toda a equipa de enfermagem no projeto, foi agente facilitador para a execução do mesmo.

Deste modo procede-se à descrição dos objetivos específicos, assim como as intervenções para o cumprimento dos mesmos.

Objetivos Específicos:

- Conhecer necessidades de melhoria contínua, na Prevenção e tratamento de UP em idosos dependentes de cuidadores informais.

**Atividades:**

Foi realizada reunião com a equipa de enfermagem, no sentido de dar a conhecer a todos os elementos da equipa o projeto e proceder à apropriação dos PQCE, mais concretamente do 6º enunciado descritivo “Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem.” (OE,2001:15)

Constatou-se que os enfermeiros sentiram a necessidade de dar especial atenção no que diz respeito à monitorização das úlceras de pressão, assim como a sua incidência.

- Identificar procedimentos inerentes à prevenção e tratamento de UP, a idosos dependentes de cuidadores informais.

**Atividades:**

- Reunir com a equipa, para obter informação dos procedimentos relacionados com a uniformização dos registos, mais especificamente na área das UP.
- Realizar o levantamento dos registos de enfermagem no SAPE, bem como os procedimentos inerentes à prevenção e tratamento de úlceras de pressão aos idosos dependentes de cuidadores informais, consoante a linguagem CIPE.
- Verificar se existe protocolo de documentação das UP

Foi realizada reunião com os enfermeiros da equipa da UCC, para colaborar na identificação dos idosos abrangidos pelo projeto.

Seguidamente foi efetuado o levantamento dos registos de enfermagem, com base na CIPE no programa informático SAPE, bem como a observação dos procedimentos inerentes à prevenção e tratamento de úlceras de pressão aos idosos dependentes de cuidadores informais.

Para ajuizar o progresso de uma ferida é essencial manter registos precisos. Estes devem conter informação do estado geral do utente bem como uma avaliação das características da úlcera de pressão de modo a permitam assegurar a continuidade dos cuidados.

As duas ferramentas mais utilizadas são as escalas de Norton e Braden. As úlceras de pressão estão devidamente parametrizadas no Sistema informático, introduzido pela ULSNA e que está de acordo com a linguagem CIPE. O sistema de informação (SAPE), é uma mais-valia para a prática dos enfermeiros, sendo um instrumento facilitador tanto na organização dos cuidados, como na sua continuidade.

Os enfermeiros desta unidade, desde que foi introduzido o sistema informático, referiram ser uma ferramenta facilitadora na sua prática diária, e conseqüentemente iria permitir avaliar e medir os resultados do seu trabalho.

Com base no descrito verificou-se que os registos são efetuados de acordo com a linguagem CIPE. No que diz respeito ao foco da prática de enfermagem - úlceras de pressão, efetuam o registo do risco, assim como a sua monitorização, contudo nem a todos os idosos foi verificado o registo na escala de braden. O cuidar de idosos dependentes de cuidadores informais com risco de úlcera de pressão, é algo abrangente, tendo em conta que a visão do idoso deve ser visto de uma forma holística, implicando conhecimentos sobre aspetos de saúde e bem-estar, espiritual, psicológico e social, assim como os fatores físicos que podem desencadear e condicionar as UP.

Neste contexto, as necessidades sentidas pelos enfermeiros, têm de estar em consonância com as necessidades do idoso e do próprio cuidador.

A não existência de um manual de prevenção e tratamento ao idoso dependente de cuidadores informais com risco de úlcera de pressão, no domicílio, foi uma necessidade, sentida pela equipa, pelo que se procedeu à sua elaboração.

O manual reveste-se de grande importância como instrumento de trabalho em duas vertentes:

Apoio a ações de educação juntos cuidadores, e na prática diária da equipa de enfermagem.

- Fornecer aos enfermeiros competências na identificação, avaliação e monitorização dos idosos dependentes de cuidadores informais com risco de UP.

**Procedimentos/Atividades:**

- Pesquisar bibliografia acerca do tema em causa.
- Efetuar levantamento das necessidades formativas na área da promoção e prevenção de UP.
- Estabelecer um plano formação em serviço sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de UP.
- Reunir com a equipa de enfermagem no sentido de sensibilizar para a identificação, avaliação e monitorização dos utentes com risco de UP.

Segundo a bibliografia consultada maioria das úlceras de pressão são evitáveis, através da implementação de medidas preventivas. Onde a implementação de guidelines tem um papel preponderante. A prática de enfermagem baseada na evidência é considerada como o cuidar que abarca uma grande variedade de evidências, incluindo resultados de investigação, melhor qualidade, informação sobre fisiopatologia, padrões de boas práticas e preferências dos utentes.

A formação em serviço tem uma crescente importância uma vez que permite aprofundar o grau de desenvolvimento pessoal e profissionalmente, garantindo a aquisição ou melhoria de competências, em simultâneo com o desempenho da prática profissional.

Permite promover momentos de reflexão e debate acerca da prática exercida, assim como constitui uma importante estratégia para a mudança efetiva de comportamentos, principalmente se os enfermeiros estiverem motivados e envolvidos.

Após conversa com os elementos da equipa de enfermagem, foi manifestado o interesse em efetuarem formação em algumas áreas, e as mais referidas forma CIPE/SAPE, úlceras de pressão e vacinação.

Com base nestas sugestões, foi estabelecido e de acordo com os objetivos traçados em Projeto de Estágio, que seria efetuado um momento formativo em contexto sala, sobre Prevenção de úlceras de pressão e alguns procedimentos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A formação em CIPE/SAPE, está programada pelo Núcleo de formação da ULSNA, a todos os enfermeiros, com o objetivo da utilização correta da linguagem universal à prática de enfermagem e a uniformização dos respetivos registos.

- Definir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, no sentido de prevenir a ocorrência de UP nos idosos dependentes de cuidadores informais.

Efetuar um levantamento dos indicadores que são monitorizados na área da UP.

Efetuar Reunião com o Enf. Director e o Responsável da Unidade de Apoio à Gestão no ACES CAIA no sentido de disponibilizar dados relativamente a indicadores existentes na ULSNA.

Em conjunto com a equipa definiu-se a taxa de incidência e prevalência, pois não existe histórico a este nível de taxas, e como na carteira básica de serviços da UCC, não vem contemplado estes indicadores, consideramos que seriam os primeiros serem aplicados.

Ao identificar idosos em risco que necessitavam de intervenções preventivas e os fatores específicos que os colocavam em risco, foi importante a definição de indicadores, tendo como finalidade obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Desta forma as medidas tomadas, levam conseqüentemente a evoluções positivas ou modificações efetuadas nos diagnósticos de enfermagem, após as intervenções de enfermagem. Os indicadores definidos foram baseados na CIPE® versão Beta2 (Versão que está disponível no serviço) e de acordo com a formulação de diagnósticos de enfermagem.

Para reduzir a incidência de úlcera de pressão, são importantes introduzir programas educacionais aos profissionais, idosos e prestadores de cuidados.

Ficou definido no serviço que:

A avaliação do idoso em risco deve contemplar uso de uma ferramenta apropriada, neste caso ficou definida a escala de Braden (Anexo I), pois no SAPE encontram-se duas escalas disponíveis (Norton e Braden), em nenhum caso devem determinar uma atitude prescritiva e inflexível na abordagem dos cuidados a prestar.

A avaliação do risco é sempre realizada na admissão. Quando não se puder realizar o registo no dia, deverá completar-se logo que possível, em tempo oportuno, devendo ser continua, com a frequência das reavaliações, dependendo das mudanças do estado do doente e da sua evolução.

Todas as alterações observadas devem ser registadas no sistema informático SAPE e de acordo com a linguagem CIPE. A equipa de enfermagem concordou e foi consensual a utilização dos procedimentos atrás descritos, sabendo que cada vez mais surge a necessidade de mostrar os cuidados que se prestam, com base na evidência, e consequentemente dar visibilidade à enfermagem.

### 3.5 – PREVISÃO DA AVALIAÇÃO

A fase da **avaliação**, ainda que possa ser considerada a última etapa do planeamento em saúde, poderá relançar um novo ciclo, se a avaliação for transversal a todo o processo, pode levar a um novo diagnóstico, no decorrer do planeamento. Avaliar um projeto, durante e no final de um processo de planeamento e de implementação desse mesmo projeto, é difícil, pelo que a utilização de indicadores que medem a estrutura, o processo e os resultados, torna-se fundamental, para que seja possível avaliar e controlar os programas e projetos implementados.

A avaliação deve ser baseada em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter, de forma a determinar cuidadosamente as situações para poder chegar a conclusões sensatas e propostas úteis. Deste modo, a avaliação tem como finalidade melhorar os programas, orientar a distribuição dos recursos a partir das informações obtidas, justificar atividades já realizadas e identificar novos problemas e encontrar novas estratégias.

“Avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar” (Imperatori e Giraldes, 1993: 173).

A avaliação deve fornecer os elementos necessários para intervir no sentido de melhorar a coerência (relação entre o projeto e o problema), a eficiência (gestão dos recursos e meios atendendo aos objetivos) e a eficácia (relação entre a ação e os resultados).

A OMS considera que “Uma avaliação pretende utilizar de maneira sistemática a experiência para melhorar uma atividade em curso e planificar mais eficazmente” (citado por Imperatori e Giraldes, 1993: 173).

A avaliação neste projeto de intervenção considera-se segundo Imperatori como sendo interna, pois pretende-se que atinja o bom funcionamento do serviço e consequentemente aumentar a produtividade e rendimento da equipa. (Imperatori, 1993)

Tendo em conta este tipo de classificação da avaliação, considera-se a importante demonstrar resultados positivos, e saber se estamos a utilizar os recursos de forma eficaz.

Sendo a avaliação um processo contínuo, e com o objetivo de melhorar o projeto descrito pretende-se efetuar, reuniões trimestralmente com a respetiva equipa e prevê-se observações periódicas dos registos efetuados pela mesma no Sistema informático (SAPE).

A utilização da CIPE e do aplicativo informático de registos de enfermagem SAPE, permite a obtenção automática de indicadores que vão possibilitar uma avaliação sistemática dos cuidados, como nos define, Imperatori “indicadores são os dados referentes às variáveis em estudo disponíveis através da captação direta pelo observador.” (Imperatori, 1993:178), dado a sua importância na qualidade, definimos como indicador de processo para monitorização dos resultados trimestralmente:

**A taxa de conformidades dos registos de avaliação da UP**, logo este indicador vai contribuir para a avaliação positiva ou não em relação aos registos efetuados e consequentemente de outro indicador de resultado tais como a **taxa de incidência e prevalência das UP**.

É através de informação existente que se procura o equilíbrio útil e as possibilidades de intervir futuramente, ou seja, no sentido de reformular estratégias e introduzir medidas corretivas, para conseguirmos ganhos em saúde, assim como, detetar dificuldades sentidas por parte da equipa, dos idosos e cuidadores.

#### **4 – REFLEXÃO CRÍTICA**

“Começamos a envelhecer no dia em que nascemos. A velhice, no entanto, não se conta só pelo calendário. Não é um processo somente biológico, que transparece nas rugas do rosto, pelo andar mais inseguro, pela vista imperfeita, e assim por diante.

Há quem envelheça biologicamente, mas rejuvenesce interiormente e transmite vitalidade. E há quem aparenta fisicamente ser jovem, robusto e cheio de juventude, mas já é velho, gasto e cansado interiormente” (Netto, 1997: 492).

O envelhecimento pode ser mental e espiritual, contudo a idade, não se vê pelos anos que se tem, mas sim pelo que a pessoa sente, vive e se relaciona com a vida e com os que o rodeiam.

Para muitos dos idosos, o domicílio, a família, os vizinhos e os amigos, são aquilo que possuem e que mais valorizam. Mas sabemos que para o idoso continuar no seio onde sempre viveu, devem estar reunidos esforços por parte dos profissionais de saúde de modo que lhe sejam proporcionados recursos para lidar com os problemas que tendem a surgir nesta fase de vida.

A intervenção através de visitação domiciliária na área da promoção da saúde e prevenção da doença tem um papel preponderante para as pessoas idosas. Uma intervenção precoce pode ser eficaz e contribuir para a qualidade de vida não só para os idosos como para a família/cuidadores.

Aos enfermeiros, compete dar apoio e suporte às famílias e idosos, para que estes se sintam amparados no processo de viver e morrer com dignidade.

O conhecimento dos fatores que interferem no processo de saúde/doença, o desenvolvimento e avanço da tecnologia científica e médica (sobretudo em termos de diagnóstico e tratamento), bem como a preocupação da OMS em garantir a satisfação das necessidades básicas da população através da mudança e reestruturação dos serviços de saúde, foram fatores que impulsionaram o aparecimento e desenvolvimento do conceito de promoção da saúde.

É verdade que poucas vezes fazemos visitas domiciliárias aos utentes sem ser por necessidade de uma “intervenção curativa”. Mas mesmo quando fazemos uma visita domiciliária por necessidades de “intervenção preventiva”, quantas vezes escutamos, o cuidador e questionamos sobre as suas necessidades e as suas expectativas. Os cuidadores informais devem ser vistos e considerados fundamentais na prestação de cuidados.

Temos de considerar que todos os idosos e cuidadores têm as suas necessidades, que dependem da realidade onde estão inseridos, e como refere Santos “das necessidades sentidas pelos familiares dos doentes, emergentes da vivência com a doença, é possível promover cuidados individualizados e humanizados (...)”(Santos,2008:184)

Neste sentido, tanto os idosos dependentes como os cuidadores devem constituir o alvo da nossa atenção, para que seja possível uma intervenção efetiva e facilitadora da adaptação de ambos à dependência. Além disso, se já fazemos sessões de educação para a saúde dirigidas às crianças, grávidas, diabéticos, hipertensos ou outros grupos, porque não iniciar um programa de educação para a saúde tendo como alvo os idosos e a sua família/cuidadores.

Este projeto constitui uma nova abordagem na prevenção das UP, com benefícios importantes para a qualidade de vida dos idosos/cuidadores informais. A utilização da CIPE com o apoio do Sistema informático SAPE, vai permitir a obtenção sistemática de indicadores que traduzem ganhos na qualidade dos cuidados e da população que servimos.

De tudo o que foi dito, e considerando o projeto que a mestranda se propôs a realizar, conseguiu-se em termos de eficácia, atingir os seguintes objetivos:

- Conhecer necessidades de melhoria contínua, na Prevenção e tratamento de UP em idosos dependentes de cuidadores informais.
- Identificar procedimentos inerentes à prevenção e tratamento de UP, a idosos dependentes de cuidadores informais.
- Fornecer aos enfermeiros competências na identificação, avaliação monitorização dos idosos dependentes de cuidadores informais com risco de UP.
- Definir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, no sentido de prevenir a ocorrência de UP nos idosos dependentes de cuidadores informais.

De acordo com as estratégias previstas para dar início ao processo de implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade, foram realizadas as seguintes atividades:

A equipa de enfermagem que integra a UCC foi envolvida no projeto, numa fase inicial através de reuniões no sentido de definir medidas para a atuação ao nível da identificação precoce dos idosos em risco. A ausência de dados relativamente às UP foi um fator condicionante ao trabalho desenvolvido durante o estágio.

A Elaboração do Manual de Prevenção e Tratamento ao idoso dependente de cuidadores informais com risco de úlcera de pressão, no domicílio, também foi concretizável (Apêndice II).

Foi efetuado um momento formativo em contexto sala sobre prevenção, diagnóstico e tratamento de feridas. (Apêndice III)

Definiu-se quais os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, no sentido de prevenir a ocorrência de UP nos idosos dependentes de cuidadores informais, e também porque são indicadores utilizados para averiguar a qualidade dos cuidados de saúde prestados.

Para os objetivos atingidos foram suficientes os recursos utilizados. Para as atividades realizadas foram suficientes os recursos utilizados, apesar da ausência de indicadores relacionados com as UP.

Para os objetivos atingidos apenas não foi realizada a atividade de reunião com Enfermeiro Diretor e o responsável pela Unidade de Apoio à Gestão do ACES CAIA, no sentido de disponibilizar dados relativamente a indicadores existentes na ULSNA sobre as UP nos CSP, contudo e uma vez que a mestranda é enfermeira chefe do Centro de saúde de Monforte, tem acesso privilegiado aos indicadores monitorizados na carteira da Unidade funcional dos Cuidados Saúde personalizados e este tipo de indicadores não vem mencionados, assim como na carteira básica de serviços da UCC.

Na uniformização dos registos está programado pela ULSNA, formação em CIPE/SAPE, para todos os enfermeiros, no sentido de aprofundar os conhecimentos na Linguagem Internacional para a Prática de Enfermagem, no sentido de falarmos todos a mesma linguagem, pelo que não foi efetuado formação em serviço sobre o tema.

Para além da utilização dos registos diários realizados pela equipa de enfermagem, e a definição de alguns indicadores que nos permitem uma avaliação regular e sistemática, a realização de avaliações periódicas são de extrema importância, para que em conjunto (equipa enfermagem) podermos verificar o sucesso ou não do respetivo projeto, e planear novas estratégias.

Ao melhorar a informação que produzimos, conseguimos obter dados que nos vão permitir melhorar os cuidados de enfermagem.

As auditorias constituem um método privilegiado para obter o envolvimento das equipas na identificação de problemas e definição de estratégias de melhoria.

Perante o cenário no que se refere a registos de enfermagem, com base na classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) informatizada, integrada no sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), a agilização do acesso à informação permitir-nos-ia a produção de indicadores que por si só justificava a sua pertinência, com por exemplo: a alteração de uma forma positiva no estágio do diagnóstico.

No decorrer da realização deste trabalho foram surgindo algumas dificuldades, nomeadamente por ter sido o primeiro relatório de estágio realizado pela mestranda e no que diz respeito à seleção de bibliografia existente. Estas e outras dificuldades pontuais que

surgiram foram ultrapassadas, com maior ou menor esforço, graças ao empenhamento de todos os elementos da equipa de enfermagem e ajuda preciosa do Professor orientador, que teve um papel preponderante, orientando e informando à medida que o projeto ia avançando.

Refletindo sobre todo o processo de implementação deste projeto podemos referir que o momento de sucesso, deve-se principalmente à consciencialização por parte dos enfermeiros, para o bem-estar e autocuidado dos idosos e implementação de melhorias contínuas dos cuidados prestados, decorrentes posteriormente dos resultados que se vão obtendo.

Pretendemos que este projeto sirva para consulta de outros, no sentido de dar continuidade a esta problemática.

## CONCLUSÃO

A transição demográfica e o aumento da expectativa de vida da população resultaram num aumento do número de idosos que muitas vezes, depende da ajuda de outros cuidadores informais para a realização das atividades básicas de vida diária. Deste acontecimento resultam problemáticas, tais como o risco de úlcera de pressão, que necessitam de uma abordagem que favoreça as intervenções preventivas e de estratégias que possam promover e aumentar a qualidade dos cuidados.

A concretização do estágio, realizado na UCC Al-Qantara, e o presente relatório levounos à reflexão sobre uma realidade presente na prática diária dos profissionais de saúde que tem como alvo os idosos dependentes de cuidadores informais. Estabelecemos como objetivo primordial: Contribuir para a implementação de um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados a idosos dependentes de cuidadores informais com risco de úlcera de pressão.

A qualidade vai-se construindo através da mudança de atitudes e comportamentos, processo este que muitas vezes é lento. Mas quando o processo de mudança envolve todos os intervenientes e em conjunto se definem objetivos viáveis, torna-se tudo mais facilitado. Por outro lado, os resultados obtidos vão seguramente permitir definir estratégias de intervenção no futuro, de acordo com contexto que se pretende abordar.

Ao longo dos anos o trabalho desenvolvido por algumas organizações de saúde na implementação e apropriação dos Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem, definidos pela OE, tem-se revelado ser o caminho que os enfermeiros devem percorrer, no sentido que a através da produção de indicadores mensuráveis, é que os resultados são visíveis e mostram a prestação de cuidados traduzidos em ganhos em saúde para a população.

Uma vez terminada mais uma etapa, surge a necessidade de elaborar a conclusão, fazendo uma breve reflexão acerca do relatório de estágio efetuado.

Foi importante a realização deste trabalho, tendo por certeza que abriu caminho para continuar a desempenhar as competências na área de enfermagem especializada em saúde na comunidade. Apesar de ser enfermeira chefe é especialista e tem responsabilidades acrescidas, conforme está descrito no Artigo 6º do Regulamento nº122/2011,

**“Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade**

1 — As competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a) Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b) Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- c) Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro(...)(Diário República,18:2011)

Sabemos que muito mais há para fazer, este projeto foi só início de uma etapa, enquanto enfermeiros nos Cuidados de Saúde Primários. Somos uma classe que estamos familiarizados com a mudança, que desde ao longo dos anos em Portugal, os CSP já passaram por muitas alterações, baseadas em reformas e revogações de decretos-lei. Em 2005, com a revogação do Decreto-Lei n.º 60/2003, deu-se início a uma nova fase no setor da saúde, especialmente no que concerne aos cuidados de saúde primários – foram os primeiros passos da reforma a que se assiste neste momento e que aposta essencialmente na reorganização dos centros de saúde, com a criação de UCC, UCSP, USF, entre outras (reforma que no nosso distrito já se verifica), Surgiu então a necessidade de adaptar este sistema á nossa realidade.

O atual modelo de cuidados continuados integrados assenta na necessidade de desenvolver ações mais próximas do cuidador informal e do idoso dependente, capazes de responder às suas reais necessidades, prevenindo e reduzindo as incapacidades. Considerando que os enfermeiros são profissionais de saúde privilegiados no contacto direto com os utentes, é fundamental a consciencialização dos mesmos para a sua importância e parte integrante no processo de melhoria da qualidade. Nos cuidados de enfermagem domiciliários há que ter em conta que o doente é o centro das preocupações, mas que no caso de ter cuidador também este tem que ser considerado elemento no planeamento das intervenções.

A não existência de um manual de prevenção e tratamento ao idoso dependente de cuidadores informais com risco de úlcera de pressão, no domicílio, foi uma necessidade, sentida pela equipa, pelo que se procedeu à sua elaboração. Este reveste-se de grande importância como instrumento de trabalho em duas vertentes: o apoio a ações de educação junto dos cuidadores, e o apoio na prática diária da equipa de enfermagem.

Independentemente como a qualidade é definida e avaliada, todos os utentes desejam receber serviços de qualidade. Os profissionais de enfermagem devem estar conscientes da importância do seu papel na promoção de cuidados com qualidade.

Após a concretização do estágio, perante a problemática abordada e enquanto elemento integrante na UCC e como coordenadora da ECCI são quatro os objetivos que num futuro próximo se propõe concretizar:

- 1- Replicar o manual a doentes internados em ECCI;

2 - Promover a participação dos elementos de enfermagem na formação estabelecida pela ULSNA sobre CIPE/SAPE;

3 - Uniformização dos registos no SAPE

4- Integrar a fisioterapeuta nas ações de educação para a saúde junto dos cuidadores.

Estamos conscientes que atingimos os objetivos, inicialmente propostos, tendo em conta os resultados obtidos e consideramos que os resultados são um importante contributo para os cuidados de enfermagem a idosos dependentes em contexto domiciliário.

Para a continuidade deste trabalho deverá ser constantemente revisto o projeto de intervenção na melhoria contínua da qualidade dos cuidados e atualizado em função das necessidades que possam surgir, não só aos idosos e cuidadores como também à equipa de enfermagem. Sabemos que não será fácil atingir todos os objetivos a que nos propomos ao longo da nossa caminhada profissional, mas a nossa razão de ser e pela qual acreditamos, certamente irá desenhar um futuro para e com os enfermeiros, para com a população que servimos e para a saúde em geral.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Amaral, M. Vicente, M. O. (2000) Grau de Dependência dos Idosos Inscritos no Centro de Saúde de Castelo Branco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa ISSN 0870-9025. Vol. 18, nº 2 (Julho-Dezembro).
- Anton Nardiz, M. (1989). *Enfermaria y atención primaria de salud*. Madrid: Ediciones Diaz de Santos.
- Arco, a., Costa, a., Pinto, b., Martins, m., Arriaga, m., (2010). *Normas de elaboração e apresentação de trabalhos escritos*. Portalegre: escola superior de saúde de Portalegre.
- Barbosa, L.R., & Melo, M.R. (2008, Maio-Junho). Relações entre Qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (2). Obtido em 7 março, 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a15v61n3.pdf>
- Berlowitz D R, et al (1996). Rating long-term care facilities on pressure ulcer development: importance of case-mix adjustment. *Annals of internal medicine* 124(6): 557-563. <http://www.annals.org/content/124/6/557.full.pdf> acessido a 20 de março, 2012.
- Biscaia, José Luís. Qualidade em Saúde – Uma Perspetiva conceptual. *in* Revista Qualidade em Saúde, n.º 0, Lisboa: Instituto da Qualidade em Saúde, junho de 2000, p. 8.
- Carrero, M., *et al.* (2002). *Ante la Enfermedad de Alzheimer: Pistas para Cuidadores y familiares*. Bilbao: ed. Desclee et Brouwer.
- Collière, M. F. (1999) – *Promover a Vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Coimbra: sindicato dos enfermeiros portugueses. isbn 972-757-109-3.
- Collière, M.F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª ed.). Loures: Lusociência.
- Conselho de Enfermagem, “*Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*” Relatório de Progresso – 2006 [http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Padroes%20de%20Qualidade/Relatorio\\_de\\_Progresso\\_%20Padroes\\_de\\_Qualidade\\_2006.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Documents/Padroes%20de%20Qualidade/Relatorio_de_Progresso_%20Padroes_de_Qualidade_2006.pdf) acessido a 22 Novembro 2011.
- Cuixarte e Garcia (1994). *Actividades de prevención y promoción de la salud en el adulto*. *In* Martín Zurro e Cano Perez (1994). *Atención primaria conceptos, organización, y práctica clínica*. Barcelona: Doyma.

Escoval, Ana – revista da ordem, n.º 10, outubro 2003, p.24.

Figueiredo, D. (2007) - Cuidados Familiares ao Idoso Dependente. Lisboa. Climepsi Editores.

Graça, Luis (2008) – Uma Observação sobre os cuidados no Domicílio. Departamento de epidemiologia do Instituto Ricardo Jorge. Lisboa.

Hesbeen, W. (2001) Qualidade Em Enfermagem – Pensamento e Acção na perspectiva do cuidar. Lusociencia. ISBN:972-8383-20-7

Imaginário, C. (2003) - O idoso Dependente em Contexto Familiar, Coimbra. Formasau

Imperatori, E. Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde – manual para os serviços centrais, regionais e locais. (3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

INE, 2001 – acedido em <http://www.ine.pt>

INE (2010) Estatísticas Demográficas. **ISSN**: 0377-2284 **ISBN**: 978-989-25-0115-4

INE (2011) Resultados Provisórios

[http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_censos\\_publicacoes](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_censos_publicacoes) acedido a 23 Maio de 2011.

LOPES, Maria José (1998). A importância da implementação da metodologia de trabalho por equipas multidisciplinares num centro de saúde». Monografia apresentada no âmbito do 1º Curso de Estudos Superiores Especializados na Comunidade à Escola Superior de Enfermagem de Portalegre. Portalegre.

Mattos, T. (1995). Visita Domiciliária. in Kawamoto, E. (1995). Enfermagem Comunitária. Lisboa: E.P.V.

Marotte, A. Carmen, M. Leodoro, S. Pestana, V.(2005). Realidade dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes da Região Autónoma da Madeira. Julho de 2005, n.º61, Revista Sinais Vitais, pp. 19-24.

Missão Cuidados de saúde primários (2010). *Cuidados de Saúde Primários - agora, mais do que nunca*. Acedido a 26 de março 2011 em <http://www.mcsp.min-saude.pt>

Netto, M. (1997). Gerontologia. São Paulo: editora Atheneu.

- Netto, M. (1999). *Gerontologia: A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu, pag. 13-25.
- Nightingale, F. (1860/1989). *Notas sobre a enfermagem. O que é e o que não é*. Tradução de Amália Correia de Carvalho. São Paulo, Cortez, ABEn.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2001), - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos*.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *Relatório Mundial de Saúde – Cuidados de Saúde Primários*. Lisboa.
- Paul, Maria Constança (1997) – *Lá para o fim da vida, família e meio ambiente*. Coimbra. Livraria Almeida. 171 p. ISBN 972-40-10007.
- Pessoa, M. – *A Qualidade Enquanto Fator de Mudança nas Organizações de Saúde* – in: revista portuguesa de enfermagem – amadora – nº4 (outubro/novembro/dezembro 2005), p.49-52.
- Pereira, F. (2007). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Estudo Empírico Sobre Resumo Mínimo de Dados de enfermagem*. Tese de Doutoramento. Porto, Exemplar policopiado, p. 318. Análise de 73.265 casos em Centros de Saúde.
- Pisa e Bulta (1989). *Atención Domiciliária*. In Martin Zurro, a. (1989). *Manual de Atención Primaria*. Barcelona: Doyma. PORTUGAL, Ministério da Saúde. Decreto-lei nº 104/98. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Diário da Republica Nº 93, I série - A (21-4-98),1753.
- Plano Estratégico (2010/2011) - *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários (1ª edição)*. Lisboa: fevereiro 2010, p.5 e 26.
- Carneiro, V. A., Pedro S., Campos, L. (2010) *Plano Nacional de Saúde (2011-2016) - Qualidade dos cuidados e dos serviços*. Faculdade Medicina. Universidade de Lisboa.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Decreto-Lei nº 28/2008 – *Criação dos Agrupamentos Centros de Saúde*. D.R. I Serie Nº 38 de 22 de Fevereiro.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde, Decreto-Lei n.º437/91, *Aprova o Regime Legal da carreira de Enfermagem*, D.R.I série - A (08-11-1991).

- PORTUGAL, Ministério da Saúde, DGS (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004/2010: volume II – Orientações e Estratégias*. Lisboa.
- PORTUGAL, Ministério da Saúde (1998). *Os mais velhos: Relatório de Atividades*. Lisboa
- Ribeiro, José Luís (1999). «Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde». Climepsi Editores. Lisboa.
- Rice, R. (2004). *Prática de Enfermagem nos Cuidados domiciliários – conceitos e aplicação*, 3ª edição. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, A. M; Soriano J. V. - Fatores Influenciadores dos Cuidados de Enfermagem Domiciliários na Prevenção de Úlceras por Pressão. *Revista de Enfermagem Referência*, série n.º 5 - dezembro 2011.
- Santos, P. (2005). *O Familiar Cuidador em Ambiente Domiciliário: Sobrecarga Física, Emocional e Social*. Dissertação Apresentada no 6º curso de Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa
- Satnhope, M. e Lancaster J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos* (4ª edição). Loures: Lusociência.
- Sequeira, C (2007) *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra. Quarteto Edições.
- Sousa, L; Figueiredo, D., Cerqueira, M (2004) – *Envelhecer em Família. Os Cuidados Familiares na Velhice*, Ambar Editora. 1º Edição. Porto. isbn 972-43-0861-8.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa. Ministério da Saúde.
- [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/qualidade\\_dos\\_%20cuidados\\_%20de\\_%20saude.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/357/1/qualidade_dos_%20cuidados_%20de_%20saude.pdf), acessido em 13 de março 2012.
- <http://www.mcsp.min-saude.pt>, acessido a 5 de fevereiro 2012.

## **APÊNDICES**

Apêndice I – **Cronograma** de atividades previstas/realizadas

Cronogramas das Atividades programadas/realizadas

Atividades Programadas	2011												2012			
	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev			
Elaborar o Projeto Estágio	=	=	=	=												
Conhecer necessidades de melhoria contínua na prevenção e tratamento das UP a idosos dependentes cuidadores informais			=													
Reunir com a equipa de enfermagem			=	=		=										
Identificar procedimentos inerentes à prevenção e tratamento das UP			=	=	=	=										
Realizar levantamento dos registos de enfermagem no Sistema Informático SAPE				=	=											
Verificar se existe protocolo de documentação das UP				=												
Pesquisar Bibliografia	=	=	=	=	=	=	=									
Efetuar levantamento necessidades formativas				=												
Efetuar formação sobre Prevenção e tratamento das UP				=												
Elaborar um Manual de Prevenção e Tratamento de UP a idosos dependentes de cuidadores informais					=	=										
Efetuar o Levantamento Indicadores existentes na Unidade e se são Monitorizados na área da UP					=											
Reunir com o Enf. Diretor e Técnico da Unidade Apoio à Gestão						*										
Efetuar o relatório de Estágio							=	=	=	=	=	=	=	=	=	=

Legenda:

Atividades Programadas

Atividades Realizadas

Atividades não realizadas



**Apêndice II – Manual de prevenção e tratamento de úlceras de pressão a idosos dependentes de cuidadores informais**



**Instituto Politécnico de Portalegre**  
**Escola Superior de Saúde de Portalegre**



Primeiro Curso de Mestrado em Enfermagem  
Especialização em Gestão de Unidades de Saúde  
Prof. Doutor Adriano Pedro

**MANUAL DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE  
ULCERAS DE PRESSÃO  
A IDOSOS DEPENDENTES DE CUIDADORES  
INFORMAIS**

Aldina Rasquinho

**Junho**  
**2011**

## **Índice**

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	3
<b>1 – DEFINIÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO</b> .....	4
<b>2 – ETIOLOGIA DAS ÚLCERAS</b> .....	5
2.1 – PRESSÃO .....	5
2.2 – FATORES INTRINSECOS.....	5
2.3 – FATORES EXTRINSECOS.....	6
<b>3 – PREVENÇÃO DAS ÚLCERAS</b> .....	7
3.1 – ÁREAS DE RISCO .....	7
3.2 – MEDIDAS DE CONFORTO, HIGIENE E HIDRATAÇÃO CUTANEA .....	8
3.3 – MEDIDAS DE ALIVIO DE PRESSÃO.....	8
<b>3.3.1 – Meios Materiais</b> .....	8
<b>3.3.2 – Recursos Humanos</b> .....	9
<b>3.3.3 – Técnicas de Alívio de Pressão</b> .....	10
3.4 – ALIMENTAÇÃO .....	11
3.4.1 – Necessidades de Nutrientes na Prevenção nas Úlceras de Pressão.....	11
<b>4 – REGISTOS</b> .....	12
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	14

## **INTRODUÇÃO**

A circular informativa da Direção Geral da Saúde de 23-06-98 refere que “o aparecimento de úlceras de pressão, associado ou não a outros fatores é um indicador de qualidade dos cuidados prestados pela equipa de saúde”(DGS,1998)

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.

A sua prevenção e tratamento requerem uma equipa multidisciplinar composta por enfermeiros, médicos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas, que deverão intervir na:

Imobilidade

Compromisso do sistema imunitário

Perda de massa muscular

A manutenção da integridade cutânea, considerando os diferentes 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 áreas da superfície corporal localizadas que sofreram exposição prolongada a pressões elevadas, fricção ou estiramento, de modo a impedir a circulação local, com conseqüente destruição e/ou necrose tecidual.

A classificação da ferida é particularmente importante quando a lesão do tecido é observada pela primeira vez, uma vez que será a referência para avaliação da sua evolução.

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

**Grau I** – Presença de eritema cutâneo que não desaparece ao fim de 15 min de alívio da pressão. Apesar da integridade cutânea, já não está presente resposta capilar.

**Grau II** – A derme, epiderme ou ambas estão destruídas. Podem observar-se flitenas e escoriações.

**Grau III** – Ausência da pele, com lesão ou necrose do tecido subcutâneo, sem atingir a fascia muscular.

**Grau IV** – Ausência total da pele com necrose do tecido subcutâneo ou lesão do músculo, osso ou estruturas de suporte (tendão, cápsula articular, etc.)

Nos graus III e IV podem apresentar-se lesões com trajetos sinuosos.

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

## **2 – ETIOLOGIA DAS ÚLCERAS**

Uma serie de acontecimentos que podem levar ao aparecimento de uma Úlcera de pressão são:

Pressão - Hipoxia e isquemia tecidular - Necrose das células - Ulceração.

### **2.1 – Pressão**

A aplicação direta de pressão superior à pressão de encerramento dos capilares (16-33 mm Hg), sobre a pele e tecidos moles vai provocar hipoxia em toda a região abrangida e, se a pressão se mantiver, anóxia tecidular.

Um doente debilitado, com zonas cutâneas sujeitas a uma pressão de 20 mm Hg por um período superior a 2 horas, pode desencadear nelas uma situação de isquémia grave.

A pressão e o tempo a que os tecidos a ela estão sujeitos são fatores determinantes no aparecimento de lesões.

As proeminências ósseas, ao aumentarem a pressão direta contra os tecidos moles, são o local preferencial para o aparecimento das lesões.

As feridas assim provocadas têm uma extensão maior perto da proeminência óssea e menor à superfície, tomando a característica forma de cone invertido. A ulceração inicia-se junto ao osso e progride até à superfície, no sentido da aplicação da pressão.

Quando a pressão é aplicada longitudinalmente, surge uma úlcera de pressão com características diferentes. A extensão é maior à superfície e menor em profundidade.

Na etiologia das úlceras de pressão temos ainda que considerar fatores de risco intrínsecos e extrínsecos.

### **2.2 – Fatores intrínsecos**

Os fatores intrínsecos podem ser:

**Vasculares:** incluem alterações como arteriopatias obliterantes, insuficiência venosa periférica e microarteriopatia diabética. Em todos os casos a oxigenação dos tecidos a nível local ou geral está comprometida, devido à redução da pressão capilar por interrupção ou inversão do fluxo sanguíneo.

**Neurológicos:** alterações da sensibilidade, da motricidade e do estado de consciência, podem induzir situações de imobilidade ou agitação, que favorecem as forças de pressão e/ou de fricção.

**Tópicos:** a diminuição da elasticidade da pele, a perda de gordura sub-cutânea e a atrofia muscular, levam ao aparecimento de proeminências ósseas mais salientes, facilitadoras do aparecimento de úlceras de pressão, sobretudo em pessoas idosas

**Gerais:** neoplasias, febre, infeções, desnutrição, fármacos (corticosteroides, analgésicos e sedativos) que possam diminuir a sensibilidade.

### **2.3 – Fatores extrínsecos**

São as forças físicas que atuam a nível local, como compressão prolongada, fricção e estiramento.

### **3 – 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:

#### **3.1 – 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 ilíaca
- 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

**3.2 – Medidas de conforto, higiene e hidratação cutânea**

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 situação 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.

**3.3 – Medidas de alívio de pressão**

**3.3.1 – 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
- “Sogras” (com uso limitado)

**Pensos protetores:**

- Placas hidrocolóides
- Dermoprotetores de gel
- Películas especiais

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”.

### **3.3.2 – Recursos humanos**

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.

Neste sentido, existem regras e protocolos que estabelecem qual o número mínimo de elementos que deverão estar presentes numa determinada situação e perante patologias determinadas.

Por exemplo, quando se estabelece um protocolo de posicionamento é necessário garantir os elementos necessários ao seu cumprimento, de acordo com recomendações comunitárias, que visam estabelecer critérios de segurança no trabalho. Está implícito que todos os intervenientes conhecem quais as atitudes a ter na mobilização dos doentes.

Assim:

- Pesos (doentes) até 25 kg podem ser manipulados por uma pessoa.
- Pesos (doentes) entre 25 e 50 kg devem de ser manipulados por duas pessoas.
- Pesos (doentes) de mais de 50 kg devem de ser manipulados por 3 pessoas (mínimo) ou com ajuda mecânica, ou ambas.

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.

### **3.3.3 – 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!

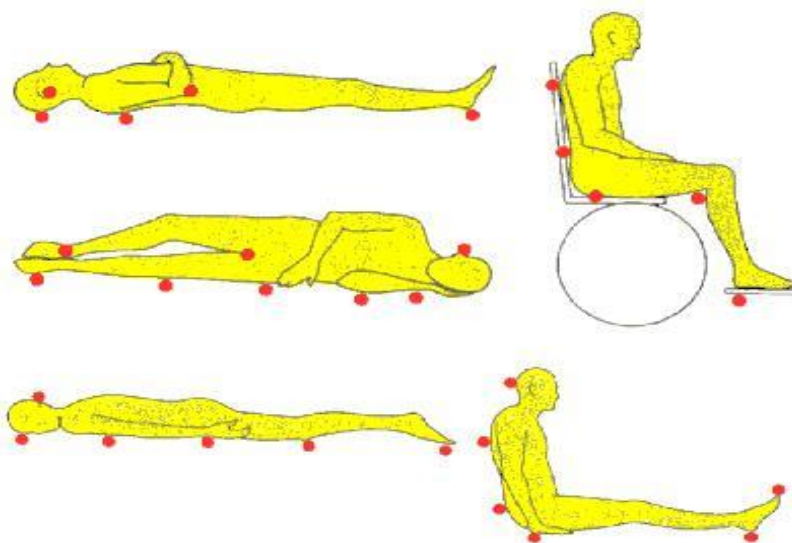
Distribuir o peso do doente no colchão, evitando zonas de pressão.

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.



### **3.4 – Alimentação**

#### **3.4.1 – Necessidades de nutrientes na prevenção de úlceras de pressão**

Indivíduos portadores de doença ou deficiência ou em situação de acamados precisam de uma alimentação adequada, com valor energético acima do basal.

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.

Como exemplo, recorda-se que:

As Proteínas são fundamentais para a regeneração tecidular e estimulam a função imunitária.

A Arginina aumenta a irrigação na área da ferida e facilita a regeneração do tecido.

As vitaminas, principalmente a Vitamina C, ajudam na anulação dos radicais livres obtendo-se uma melhor síntese de colagénios.

O Zinco facilita a mitose, com conseqüente aceleração do processo cicatricial.

## **4 – REGISTOS**

A elaboração de em enfermagem tem enquadramento legal contemplado na lei portuguesa no decreto-Lei N.º 437/91 (que regulamenta a carreira de enfermagem, no decreto lei N.º162/96 que constitui o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (R.E.P.E.) e no decreto lei N.º104/98 (Ordem dos Enfermeiros). na revestem-se de grande importância. São indispensáveis para assegurar a continuidade dos cuidados, e tendo como a base a qualidade, é de realçar a sua função na comunicação dos aspetos resultantes dos cuidados. Os registos de enfermagem, são por isso, fundamentais na qualidade de assistência ao utente.

No documento elaborado pela unidade de missão para os cuidados de saúde primários constam alguns indicadores de desempenho para as UCC's. De entre esses e tendo como base o tema abordado, neste manual, a taxa de eficiência na prevenção de úlceras pressão (UP) e a taxa de resolução de diagnóstico de úlcera de pressão são indicadores a considerar.

Neste momento a ferramenta utilizada pelos enfermeiros para registo das intervenções de enfermagem é o SAPE. Este aplicativo usa como referencial de linguagem, a International Classification for Nursing Practice do International Council of Nurses – CIPE (versão BETA 2). Este é orientado para a atividade diária do enfermeiro, sendo possível efetuar o planeamento e o registo da atividade decorrente da prestação de cuidados de enfermagem. A sua utilização visa a organização e o tratamento de informação, processada na documentação de enfermagem, sobre a situação clínica do doente, permitindo a uniformização dos registos de enfermagem.

Sendo possível calcular a taxa de resolução de diagnóstico de úlcera de pressão através do SAPE será importante seguir os passos corretos para a documentação e registo, necessários a um adequado cálculo deste indicador, como é proposto no documento “Indicadores de Desempenho da Unidade Cuidados na Comunidade”, elaborado pela UMCSP e como apresentado de seguida:

1. Ativar um contacto para o utente no serviço;
3. Planear cuidados tendo em conta de registar:
  - a. No processo de enfermagem dar inicio ao foco úlcera de pressão;

**b.** Sempre que se verifique a existência de uma úlcera de pressão atribuir o diagnóstico conjugando os termos para definir os vários graus e classifica-la quanto à origem;

**c.** Após a definição do diagnóstico planejar as intervenções no âmbito do tratamento de úlceras de pressão;

**d.** Sempre que se verifique a cicatrização da úlcera de pressão atribuir o diagnóstico conjugando os termos - úlcera de pressão e ausente;

**4.** Realizar pelo menos uma intervenção no âmbito do tratamento de úlceras de pressão no plano de trabalho.

O registo feito segundo as linhas orientadoras anteriormente referidas permitirá uniformizar a linguagem e obter os dados necessários, sem que existam discrepâncias entre o plano de cuidados e as atividades realizadas. Afinal, além do SAPE possibilitar o cálculo de indicadores que permitem avaliar a qualidade, estes podem ser utilizados num processo jurídico, pelo que se forem precisos constituem um documento legal.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Portugal. Ministério da Saúde (2010). Missão Cuidados Saúde Primários. Indicadores de Desempenho da Unidade Cuidados na Comunidade. [http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page\\_95/indicadores\\_daucc\\_vf.pdf](http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_95/indicadores_daucc_vf.pdf) acedido a 18 maio 2011.
- Morison, M. (2004). Prevenção e Tratamento de Úlceras de Pressão. Loures. Lusociência.

**Apêndice III – Formação sobre “prevenção de úlceras de pressão”**

ULSNA -UCC-AL QANTARA



## Prevenção de Úlceras de Pressão

Foto J. Dias

### Definição

- ▣ “Uma lesão em qualquer superfície da pele que ocorre em resultado da pressão e inclui hipereremia reactiva bem como flictenas, ruptura ou necrose tecidual” (Parish et al, 1983).
- ▣ São lesões complexas da pele e estruturas subjacentes e variam consideravelmente em tamanho e gravidade.

## Grupos de Risco

- ▣ Acamados;
- ▣ Pessoas com diminuição da mobilidade;
- ▣ Pessoas malnutridas.

## Tecidos Envolvidos

- ▣ Pele;
- ▣ Tecido adiposo subcutâneo;
- ▣ Fáschia profunda;
- ▣ Músculo;
- ▣ Osso.



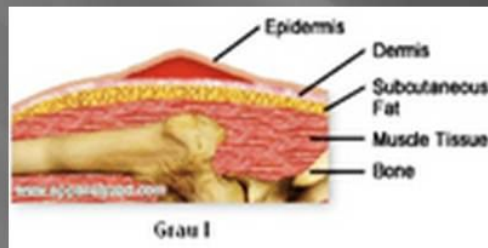
Foto J. Dias

# Avaliação da Pele

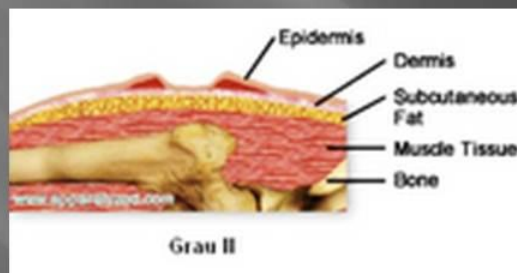
- ▣ Interpretação dos sinais e sintomas é a base da prevenção e tratamento de úlceras de pressão;
- ▣ Verificar alterações cutâneas como:
  - Hiperemia reactiva branqueável/não branqueável;
  - Edema local;
  - Calor;
  - Rigidez;
  - Descoloração azul/púrpura/negra.

# Classificação

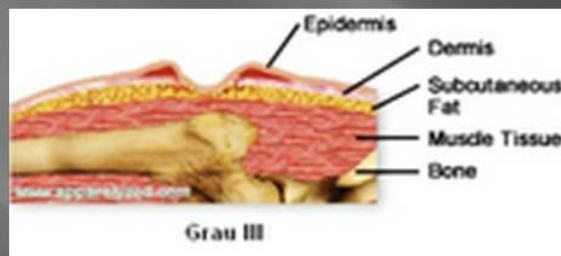
- ▣ Grau I – Eritema não branqueável da pele intacta;



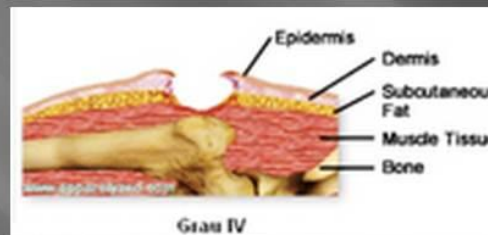
Grau II – Perda parcial da pele que envolve a epiderme, a derme e ambas. A úlcera é superficial e apresenta-se clinicamente como um abrasão ou flictena;



Grau III – Perda da espessura total da pele podendo incluir lesões ou mesmo necrose do tecido subcutâneo com extensão até à fascia subjacente mas sem a atingir totalmente



Grau IV - Destruição extensa, necrose dos tecidos, ou lesão muscular, óssea ou das estruturas de apoio com ou sem perda da espessura total da pele.



## Três Verdades

- ❑ Prevenir úlceras de pressão evita dor e desconforto desnecessários e até mesmo a morte;
- ❑ Prevenir úlceras de pressão custa menos dinheiro que o seu tratamento.
- ❑ A maioria das úlceras de pressão podem ser prevenidas.

# Superfícies para Prevenção

- ▣ Três Grupos:
  - Estáticas;
  - Dinâmicos;
  - Giratórias ou de Inclinação.



Foto J. Dias

## Estáticas

- ▣ Procuram maximizar a área corporal em contacto com a superfície do colchão, reduzindo assim a magnitude da pressão na interface em qualquer localização anatómica.

## Dinâmico

- ▣ Esta categoria inclui colchões de ar de pressão alterna. Estes dispositivos tentam de forma sistemática variar as posições anatómicas corporais que suportam peso, habitualmente através da insuflação desinsuflação cíclicas de diferentes secções da superfície de apoio.

## Giratórias ou de Inclinação

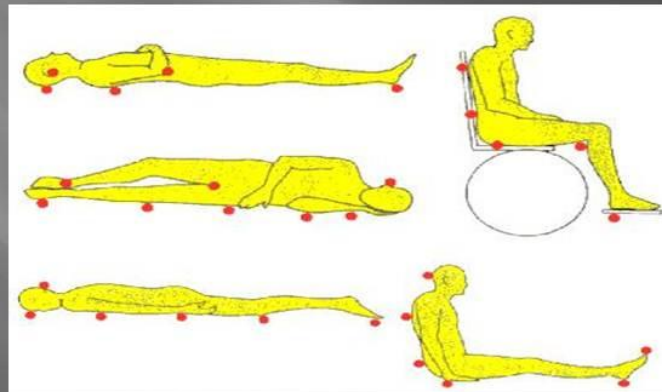
- ▣ Variam de forma sistemática o centro de gravidade corporal, consequentemente modificam a carga em pontos anatómicos específicos, através da elevação ou diminuição (inclinação) da superfície de apoio ao longo do seu eixo longitudinal.

## Massajar ou não massajar?

- ▣ A massagem “suave” das áreas de pressão tem sido o método tradicional para prevenir o desenvolvimento de úlceras de pressão.
- ▣ No entanto fricções vigorosas na pele podem aumentar o dano por pressão.

- ▣ Qualquer sinal de vermelhidão indica a necessidade de uma acção imediata para evitar que a pele rebente.
- ▣ As saliências ósseas podem ser protegidas com materiais moles, como algodão ou lã esponjosa. Podem pôr-se almofadas nas camas, cadeiras e cadeiras de rodas, para reduzir a pressão.

A doentes dependentes, deve-se mudar de posição com frequência, a recomendação habitual é fazê-lo de duas em duas horas e manter a pele limpa e seca.



## Penso e Loções Tópicas como Prevenção e Tratamento

- ▣ Segundo um estudo realizado por Hall (1983), submeteram-se pacientes idosos (18), que iam ser intervencionados cirurgicamente, à aplicação de pensos em película em todos os pontos de pressão, obteve uma incidência de 5,5%.
- ▣ No grupo de comparação (16) obteve-se uma incidência de 43.7%.

- ▣ Em todas as Unidades Orgânicas da ULSNA, existe uma variedade de produtos utilizados para a prevenção e tratamento das UP, contudo não temos nenhum estudo de investigação na melhoria da qualidade .

## Elaboração de Procedimentos e Instruções de Trabalho:

- ▣ Prevenção de UP
- ▣ Avaliação do Risco de UP
- ▣ Posicionamento de doentes com risco de UP
- ▣ Gestão de Conhecimentos e Habilidades do cuidador informal na prevenção de UP.
- ▣ Preenchimento da Escala de Avaliação do Risco (Braden) no SAPE
- ▣ Sessões de educação para a saúde na prevenção de UP aos cuidadores informais.
- ▣ Medidas Correctivas e estratégias para resolução dos problemas e continuidade dos cuidados.

## Conclusão

- ▣ As úlceras de pressão são dolorosas e podem pôr em perigo a vida do paciente. Prolongam o tempo de convalescença em hospitais ou centros de recuperação e aumentam o custo.



- ▣ A prevenção é a prioridade máxima e as úlceras de pressão profundas podem quase sempre ser evitadas, com uma atenção intensiva dada ao paciente.
- ▣ A prevenção das úlceras implica frequentemente a participação dos cuidadores e/ou familiares, para além da participação dos enfermeiros.

▣ Obrigado pela vossa colaboração  
▣ Maio 2011

▣ Aldina Rasquinho



Foto J. Dias

**ANEXOS**

**Anexo I – Escala de Braden**

Oracle Forms Server - Windows Internet Explorer provided by ULSNA - Acesso por ISA SERVER01

http://172.18.12.10/dev60cg/fcg60.exe?config=sape

Ficheiro Editar Ver Favoritos Ferramentas Ajuda

Oracle Forms Server

Janela ORACLE

Mapa de Cuidados

Identificação

Nº processo: 90986 Nome: 2012.03 Idade: Dia: 2012.03.28

Medicação

Atitudes Terapêut

Intervenções

10:20 Monitorizar risco

UCC Al-Quartara Nº Contacto: 38101

Registo: 1/1 <<OBC>

Applet started. Intranet Local 100%

Iniciar Oracle Forms Server ... PT 9:52

**Escala de Risco para Úlceras de Pressão**

Escala de Determinação do Risco para Úlceras de Pressão

Data/Hora: 2012.03.28 10:20

Frção e forças de deslçamento

Atividade

Humidade

Percepção sensorial

Mobilidade

Nutrição

Reg. 38101

Escala de Risco de Braden

<= 16 Alto Risco

>= 17 Baixo Risco

0

Ok Cancelar

**Anexo II – Monitorização de úlcera de pressão**

