

sinais vitais

A ENFERMAGEM EM REVISTA



CIÊNCIA E TÉCNICA
EVOLUÇÃO DA
REDE DE CUIDADOS
CONTINUADOS
INTEGRADOS EM
PORTUGAL

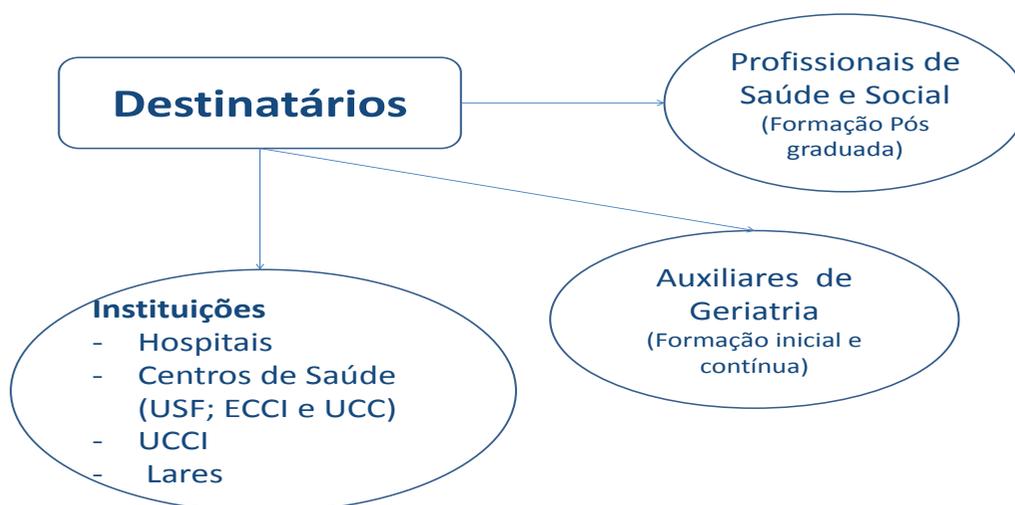


CIÊNCIA E TÉCNICA
CONSTRUÇÃO DO
INSTRUMENTO DE
AVALIAÇÃO DO
RISCO DE QUEDA
DA CRIANÇA
HOSPITALIZADA:
"SEMPRE EM PÉ"

FORMAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE, PROTEÇÃO SOCIAL E ENFERMAGEM



Os cursos desenvolvidos pela Formasau, surgem para ajudar a melhores cuidados de saúde possibilitando o desenvolvimento de competências dos profissionais em domínios da saúde e social úteis à comunidade.



Proposta de valor

- Formação SBV, SAV
- Formação em Urgência /Emergência e Trauma Avançado
 - Bloco Operatório
 - Tratamento de Feridas e Prevenção de UPP
 - Cuidados Continuados Integrados
 - Cuidados Paliativos
 - Reabilitação
- Prevenção e controlo de infecção
- Projectos desenhados à medida para Instituições
- Projectos de certificação de competências em SAV e SBV

WWW.SINAISVITAIS.PT

FORMASAU, Formação e Saúde L.da
Sede: Parque Empresarial de Eiras, lote 19
3020-265 Coimbra
T +351 239801020/21/22
F +351 239801029
E suporte@sinaisvitaais.pt

SUMÁRIO

P04 EDITORIAL

P5 CIÊNCIA & TÉCNICA

CAPACITAÇÃO DO UTENTE SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA RADICAL NO REGRESSO A CASA

P22 CIÊNCIA & TÉCNICA

CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO RISCO DE QUEDA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA: "SEMPRE EM PÉ"

P37 CIÊNCIA & TÉCNICA

TERAPIA COMPRESSIVA: TEORIA PARA A PRÁTICA

P46 CIÊNCIA & TÉCNICA

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM JUNTO DA PESSOA COM AVC E SUA FAMÍLIA

P57 CIÊNCIA & TÉCNICA

ULCERA DA CORNEA

P60 CIÊNCIA & TÉCNICA

EVOLUÇÃO DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS EM PORTUGAL

FICHA TÉCNICA

PROPRIEDADE E ADMINISTRAÇÃO Formasau, Formação e Saúde, Lda. Parque Empresarial de Eiras, Lote 19, Eiras - 3020-265 Coimbra T 239 801 020 F 239 801 029 CONTRIBUINTE 503 231 533 CAPITAL SOCIAL 21.947,90 € DIRECTOR António Fernando Amaral DIRECTORES-ADJUNTOS Carlos Alberto Margato / Fernando Dias Henriques EDITORES Arménio Guardado Cruz / João Petetim Ferreira / José Carlos Santos / Paulo Pina Queirós / Rui Manuel Jarró Margato ASSESSORIA CIENTÍFICA Ana Cristina Cardoso / Arlindo Reis Silva / Daniel Vicente Pico / Elsa Caravela Menoita / Fernando Alberto Soares Petronilho / João Manuel Pimentel Cainé / Luís Miguel Oliveira / Maria Esperança Jarró / Vitor Santos RECEPÇÃO DE ARTIGOS Célia Margarida Sousa Pratas CORRESPONDENTES PERMANENTES REGIÃO SUL Ana M. Loff Almeida / Maria José Almeida REGIÃO NORTE M. Céu Barbiéri Figueiredo MADEIRA Maria Mercês Gonçalves COLABORADORES PERMANENTES Maria Arminda Costa / Néilson César Fernandes / M. Conceição Bento / Manuel José Lopes / Marta Lima Basto / António Carlos INTERNET www.sinaisvitais.pt E-MAIL suporte@sinaisvitais.pt ASSINATURAS Célia Margarida Sousa Pratas INCLUI Revista de Investigação em Enfermagem (versão online) - Distribuição Gratuita PERIODICIDADE Trimestral FOTOGRAFIA 123rf@ NÚMERO DE REGISTO 118 368 DEPOSITO LEGAL 88306/95 ISSN 0872-8844

EDITORIAL

ANTÓNIO FERNANDO S. AMARAL, Enfermeiro
amaral@esenfc.pt

Estive na Guiné, a convite da Diocese de Bissau, numa missão para avaliar de que forma ajudar aquele povo a ter melhores cuidados de saúde que permitam mais progresso e desenvolvimento social e económico.

Temos a noção de que aquele é um estado em constante ebulição, com sistemáticas crises políticas com repercussões na forma como são geridos os bens públicos. Temos a noção, porque é disso que a comunicação social dá eco, que aquele é um narco-estado, que existe muito tráfico. O que vi é que este é um povo que necessita de ajuda, vivem em situação de grande pobreza, sem acesso aos bens sociais mais elementares como os cuidados de saúde de qualidade, e quando me refiro a qualidade não estou a falar de alta diferenciação técnica e tecnológica, antes estou a falar das condições básicas como a alimentação, a higiene e a formação dos profissionais.

Vim com uma responsabilidade ética acrescida, uma vontade enorme de ajudar aquelas crianças que não têm culpa de ter nascido naquele ponto do globo. Sei que sozinho não é possível, mas os portugueses sempre tiveram um forte espírito solidário. Demonstrámo-lo em muitos momentos na história. Ser solidário não significa apenas dar dinheiro ou bens que nos sobram. Ser solidário é dar o que este povo necessita: - educação / formação, cuidados de saúde e tudo o que com isto se relaciona.

Estou a escrever este editorial com este tema para que, na medida das possibilidades de cada um, possamos ajudar. Neste altura um enfermeiro com experiência em cuidados intensivos pediátricos seria importante para a formação de enfermeiros que num hospital pediátrico o solicitaram.

Quanto ao tráfico, não me parece que este seja um problema que impeça a ajuda.

Este povo necessita de renovar a esperança de futuro. Para isso é necessário que quem ajude o faça com esperança de que o que está a fazer tem repercussões e produz resultados.

Vamos ajudar.

CAPACITAÇÃO DO UTENTE SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA RADICAL NO REGRESSO A CASA

ENF^a TERESA BRANCO

Enfermeira Especialista em Reabilitação – Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital São José – Serviço de Urologia

ENF^o PEDRO TOMAZ

Enfermeiro Graduado – Centro Hospitalar Lisboa Central Hospital São José – Serviço de Urologia

ENF^a LIGIA MALAQUIAS

Enf^a Chefe – Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital São José – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Co-autora)

RESUMO

Atualmente assistindo a uma política de cuidados de saúde hospitalares orientados principalmente para o tratamento da doença, sustentado em internamentos cada mais curtos e num regresso a casa precoce, exigindo uma maior precisão, segurança e qualidade de cuidados, por um lado, e por outro, maior eficácia e eficiência das intervenções.

Assim, numa perspectiva de interdisciplinaridade e complementaridade (Utente, Cuidador Formal e Informal), um grupo de Enfermeiros do Serviço de Urologia, do Centro Hospitalar Lisboa Central, desenvolveu um Projeto baseado em estratégias que permitem a continuidade de cuidados p^oa alta hospitalar com base num programa de co-responsabilidade, demonstração e treinamento.

ABSTRACT

Currently witnessing a policy-oriented hospital care primarily for the treatment of illness and rehabilitation of person, sustained in hospital stays becoming shorter and a return to early house, serving reflections on citizens and health with implications in terms of services of which stand out the most demanding of users and the increasing complexity of their problems, requiring care with greater accuracy, safety and quality, on the one hand, and on the other, greater effectiveness, efficiency and effectiveness of interventions.

Thus and from the perspective of interdisciplinarity and complementarity (Utente, Caregiver Formal and Informal), the Nurses of the Urology Service, developed a based Project on strategies to continue to post high care and proper use of resources to minimize the risk of complications and hospital readmissions, based on a co-responsibility program, demonstration and training.

1-PERCEBER O PROBLEMA

As doenças prostáticas afetam um elevado e crescente número de homens em todo o mundo, verificando-se um aumento significativo nas últimas quatro décadas do cancro da próstata em Portugal.

Na União Europeia, esta doença representa 11% de todos os carcinomas no sexo masculino e provoca 9% das mortes por neoplasia (Reis et al, 2006). Constitui a segunda maior causa de morte em homens na Europa e nos Estados Unidos da América, sendo que a sua prevalência aumenta com a idade dos indivíduos e também com o aumento da esperança média de vida (Silva & Pires, 2007; Presti, 2007; Eddins, 2003).

Em Portugal, o cancro da próstata é o tipo de cancro mais frequente no que concerne a órgãos internos, com cerca de 4000 novos casos por ano e aproximadamente 1800 mortes anuais, com base nos dados do IARC de 2002 (TheInternationalAgency for Research onCancer) (Carvalho e Cristão, 2012). O cancro da próstata é responsável por cerca de 10% da mortalidade por cancro, sendo a segunda causa de morte no homem, após o cancro do pulmão(DGS, 2014).A Direção Geral de Saúde estima um aumento de 13,7% de novos casos, anualmente (DGS; 2013), aconselhando a prevenção através de rastreios na população masculina.

A prostatectomia radical é um tipo de cirurgia efetuada em homens com cancro da próstata localizado e com uma expectativa de vida de pelo menos 10 anos (Rodríguez et al, 2006). Consiste na remoção total da glândula prostática, cápsula prostática e vesículas seminais.

Após a prostatectomia radical, os utentes podem apresentar diferentes sintomas, como dor (espasmos dolorosos da bexiga

e associada à ferida cirúrgica), fadiga, diminuição da capacidade física, infeção do trato urinário e da incisão cirúrgica, obstipação, impotência sexual e incontinência urinária (Bicalho& Lopes, 2012).

Apesar da maioria dos sintomas reverterem com o tempo, os principais efeitos colaterais estão associados á incontinência urinária e à impotência sexual (Walsh&Worthington, 1998). Os homens afetados manifestam um impacto negativo na sua vida sexual, com mudanças nas suas relações íntimas e baixa autoestima (Hedestiget al, 2005).

Muitos homens vivenciam ansiedade e depressão depois do diagnóstico (Korfageet al, 2006) e conforme o tipo de tratamento realizado, pois pode ter efeitos colaterais com impacto no seu bem-estar físico e psicológico (Couperet al, 2009), levando-os a desejar o regresso à vida anterior à tomada de conhecimento do diagnóstico.

As alterações emocionais podem também estar associadas à insegurança e incerteza no modo como lidar com as mudanças físicas decorrentes da cirurgia e da doença (Lambert et al., 2012). O conhecimento sobre a recuperação, estratégias para realizar os autocuidados no domicílio e "regressar" á vida diária dentro do possível, pode contribuir positivamente na recuperação pós-operatória e no bem-estar do utente (minimizando a ansiedade e depressão) (Davison et al., 2004).

De acordo com Gore, Gollapudi e Bergman (2010), menores níveis de ansiedade do homem sujeito a prostatectomia radical podem refletir positivamente na sua saúde mental e consequentemente no desenvolvimento de melhores mecanismos de coping perante os fatores de stress, facilitando a gestão das alterações fisiológicas pós-operatórias.

Neste contexto, a Enfermagem assume um papel fundamental em todas as etapas do período peri operatório, para que a recuperação da autonomia dos utentes ocorra da melhor forma possível (Mata, Carvalho & Napoleão, 2011).

A preparação do regresso a casa é uma etapa importante do internamento, uma vez que o utente deixará de contar com o apoio e supervisão de Enfermagem, passando a depender de si próprio e do cuidador informal, por isso devem ser parceiros ativos neste processo (Boehnlein&Marek, 2003). Assim, as atividades de preparação para o regresso a casa devem ter início no primeiro dia de internamento.

A educação e o aconselhamento são indispensáveis no cuidado pós operatório a utentes submetidos a este tipo de cirurgia para fornecer conhecimento adequado bem como treino de capacidades para o autocuidado no ambiente domiciliar, e assim minimizar a ocorrência de complicações após a alta, melhorar a recuperação e o bem estar (Frederickset al, 2010).

Deste modo, a preparação dos utentes incluía Adesão do Regime Terapêutico (o regime medicamentoso, a ferida cirúrgica e o cateter urinário no domicílio) e a capacitação para gerirem a incontinência urinária e a impotência sexual, e o conseqüente sofrimento psicológico (Bicalho& Lopes, 2012).

Assim, é importante o enfermeiro estar atento a sinais de ansiedade, stress e desconforto do utente, estando disponível para esclarecer as suas dúvidas, nomeadamente as que concernem à incontinência e sexualidade, dado o forte impacto que estas colocam na qualidade de vida dos utentes, explicando sobre os métodos possíveis para minimizar e/ou tratar essas alterações pós-cirúrgicas

(Presti, 2007).

O enfermeiro deve ter em atenção o teor de informação a fornecer a cada utente, de modo a facilitar a Aceitação do Estado de Saúde, ajudando na (re)construção de novos objetivos de vida adequados às suas expectativas e situação clínica.

Parece assim fundamental um programa de ensino/ capacitação que incida nas áreas onde os utentes apresentem mais dificuldade como a gestão do cateter urinário, a prevenção de complicações associadas à ferida cirúrgica, de modo a promover a autonomia e autocuidado do utente e vida social o mais precocemente possível.

2-O PROBLEMA DO UTENTE COM CANCRO DA PRÓSTATA SUBMETIDO A PROSTATECTOMIA RADICAL NA UNIDADE

Em Agosto de 2009, como referido, foi detetado múltiplos contactos não planeados dos utentes submetidos a prostatectomia radical com os enfermeiros da Unidade, após a alta para esclarecerem dúvidas sobre o regime terapêutico (regime medicamentoso, gestão do cateter urinário e ferida cirúrgica). Verificou-se ainda o recurso ao Serviço de Urgência por complicações do seu estado.

Este foi o ponto de partida para o projeto construído por um grupo de enfermeiros do Serviço de Urologia no âmbito da melhoria de cuidados de enfermagem, que teve os seguintes objetivos iniciais:

Promover a adesão ao regime terapêutico e a continuidade de cuidados do utente submetido a prostatectomia radical, após a alta do serviço de Urologia.

- Reforçar a articulação entre o Serviço de Urologia, Centros de Saúde e Consulta de Enfermagem do CHLC;
- Implementar a consulta de enfermagem de

follow-up telefónica.

Agosto de 2009

Identificação do problema - Foi realizada a análise a 73 processos clínicos de utentes submetidos a prostatectomia radical, entre Agosto 2008 a Agosto 2009, para conhecer a distribuição por faixa etária e identificar as

relacionado com o défice de conhecimento e de capacitação para o Adesão ao Regime Terapêutico do utente e cuidador informal, motivos que estiveram na origem deste projeto.

As principais complicações pós cirúrgica dos utentes, foram: a dor abdominal identificada em 30 utentes(41,09%), urina extra-algália

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A IDADE

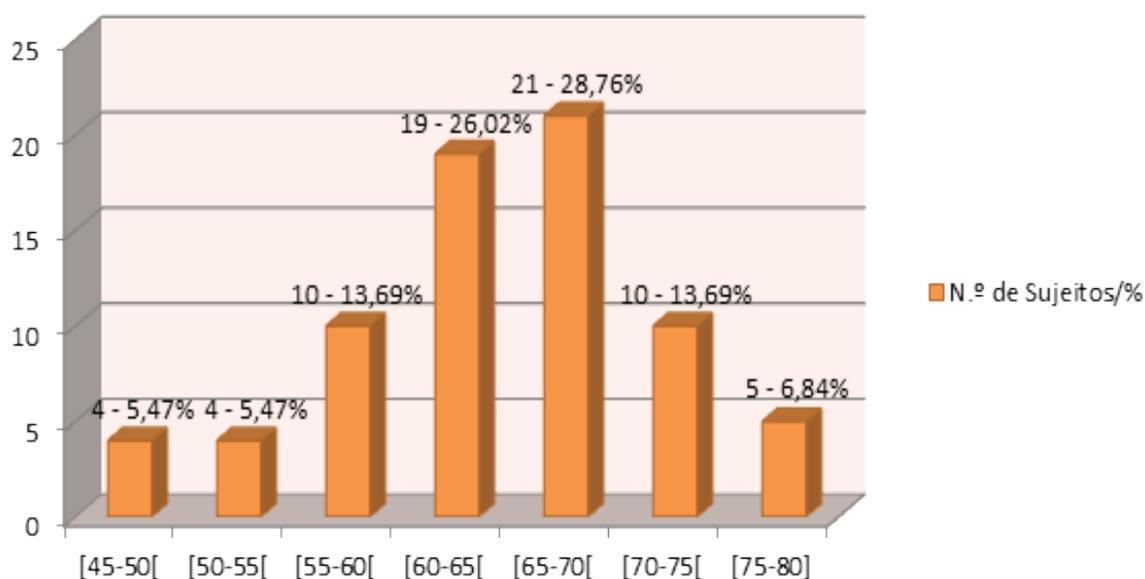


Gráfico 1 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo a idade.

principais

complicações que motivaram o recurso à urgência (não existem dados sobre os contactos não planeados com os enfermeiros do serviço).

Resultado do estudo:

Distribuição por faixa etária: Relativamente à distribuição dos utentes por faixa etária, verificamos que cerca de 60 utentes (82, 16%) se encontram entre os 55 e os 74 anos.

Constatou-se que 54 utentes (73,99%) submetidos a prostatectomia radical recorreram à Urgência após a alta, e destes 2 utentes necessitaram de reinternamento. Esta diferença numérica, entre o acesso à urgência e a necessidade de internamento poderia estar

em 17 utentes (23,28%); obstrução da algália em 4 utentes (5, 47%), deiscência da sutura em 3 utentes (4,1%). Cerca de 19 utentes (26,02%) não apresentaram complicações pós cirúrgicas.

3 - PERCEBER AS CAUSAS DO PROBLEMA

De acordo com os resultados do estudo foram agrupados os motivos relacionados com a recorrência dos utentes à urgência:

- Adesão ao regime terapêutico estabelecido
- oRegime medicamentoso
- oGestão do cateter urinário
- Aceitação do estado de saúde
- Conhecimento sobre a ferida cirúrgica/prevenção de complicações.

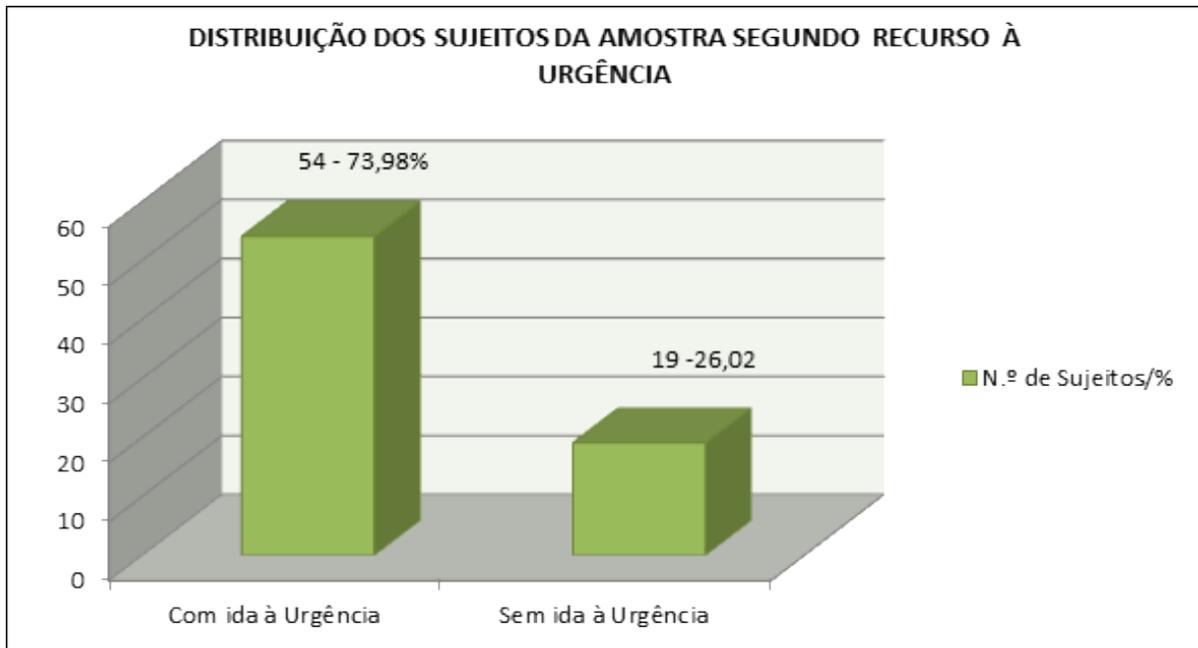


Gráfico 3 - Distribuição dos sujeitos da amostra segundo complicações pós cirurgia..

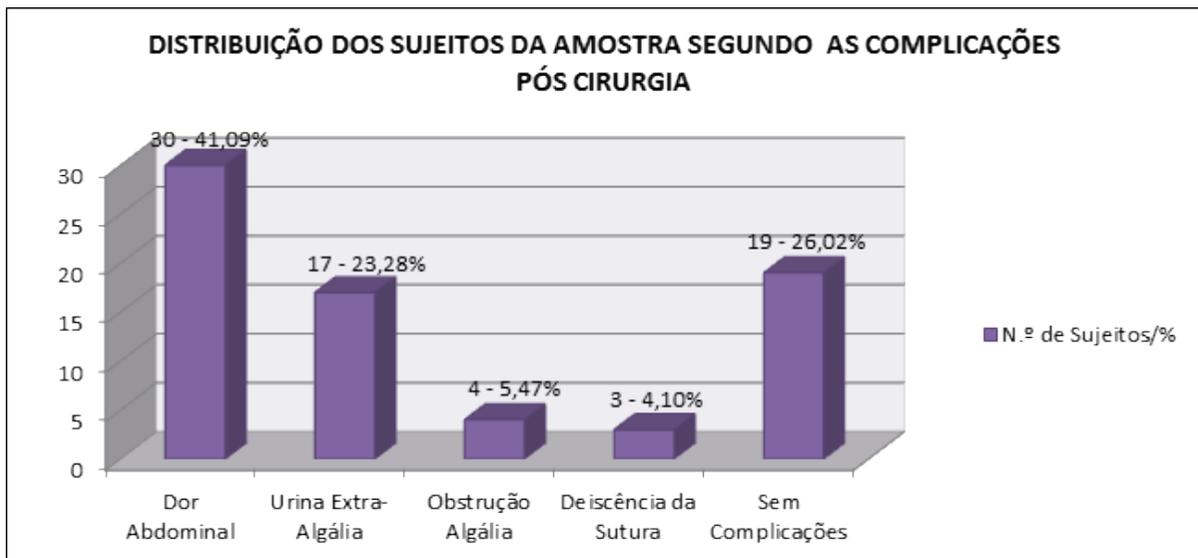


Gráfico 2 - Distribuição dos sujeitos da amostra com recurso à urgência.

5 - DEFINIR OBJECTIVOS, PLANEAR E EXECUTAR ACTIVIDADES

De acordo com o problema e causas encontrados, foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- Promover a adesão ao regime terapêutico e a continuidade de cuidados do utente sub-

metido a prostatectomia radical, após a alta na especialidade de Urologia.

Objetivos específicos:

- Implementar o programa de ensino para o utente submetido a prostatectomia radical e cuidador informal;
- Estabelecer parceria com o utente, cuidador

Complicações pós cirúrgicas	Causa relacionadas com o utente/	Causas Externas
Dor abdominal	Conhecimento sobre regime Medicamentoso Conhecimento sobre Adesão ao Regime Terapêutico	Vigilância insuficiente do estado do utente.
Urina extra algália Obstrução da algália	Conhecimento/ Treino na gestão do cateter urinário: Conhecimento/capacidade para prevenção de complicações do cateter urinário Conhecimento/ capacidade para autocuidado vestir e Despir com cateter urinário	Pouca rentabilização dos recursos oferecidos pelo centro de saúde/sistemas locais.
Deiscência da sutura	Conhecimento sobre a ferida cirúrgica/ prevenção de complicações não demonstrada	Pouco envolvimento do cuidado informal.
	Debilidade no estado físico e emocional decorrente da doença e da cirurgia.	
	Dificuldade na Aceitação do estado de saúde.	

QUADRO 1 – Causas do Problema.

informal e formal;

- Reforçar a articulação entre a Unidade, os Cuidados de Saúde Primários/ Sistemas locais e Consulta de Enfermagem do CHLC;
- Implementar a consulta de follow-up telefónica.

Foram traçadas várias estratégias para atingir cada um dos objetivos:

Objetivo 1 – Implementar programa de ensino para o utente submetido a prostatectomia radical e cuidador informal /Promover a adesão ao regime terapêutico.

Estratégias:

- Conhecer as necessidades afetadas e nível de dependência do utente e os recursos familiares e sociais disponíveis existentes;
- Desenvolver um programa de ensino/ capacitação estruturado direcionado para o utente e cuidador informal;
- Validar ensino e treino desenvolvido ao utente e cuidador informal, durante o inter-

namento e após a alta até á recuperação cirúrgica do utente,

- Fornecer guia de ensino na admissão no Serviço de Urologia;
- Estabelecer uma relação de empatia com o utente.

Objetivo 2- Implementar a consulta de enfermagem de follow-up telefónica ao utente submetido a prostatectomia radical.

Estratégias:

- Realizar consulta de follow-up telefónica ao utente/cuidador informal, às 48h e 72h após a alta para validar se o ensino/ treino realizado está a ser eficaz; esclarecer dúvidas e/ ou reajuste de técnicas e procedimentos face às necessidades do utente e ao contexto do domicílio, através de formulário;
- Realizar consulta de follow-up presencial, ao 10.º dia pós-operatório com o intuito referido anteriormente, através de formulário;
- Identificar eventuais complicações e refe-

reenciar o utente para o Médico Assistente, Psicóloga, Consulta de Enfermagem e outros técnicos de acordo com as necessidades identificadas;

- Realizar ensino de acordo com as complicações tardias resultante da cirurgia.

Objetivo 3 -Estabelecer parceria com o cuidador informal de referência, na preparação para a alta.

Estratégias:

- Envolver o cuidador informal no processo de cuidados, desde a admissão do utente na Unidade, estabelecendo uma relação de empatia;
- Realizar ensino, demonstração e treino, de acordo com o programa de ensino;
- Encorajar a expressão de dúvidas e medos.

Objetivo 4 – Reforçar a articulação com os Cuidados de Saúde Primários/ Sistemas Locais/ Consulta de Enfermagem.

Estratégias:

- Referenciar o utente via telefónica, para os Cuidados de Saúde Primários/Sistemas Locais atempadamente;
- Referenciar o utente ao Serviço Social atempadamente;
- Fornecer carta de alta ao utente (com a data da consulta agendada no Centro de Saúde e ou CHLC).

Setembro de 2009

O projeto foi reestruturado de acordo com as orientações da Ordem dos Enfermeiros. De acordo com as causas identificadas no ponto anterior foi elaborado um Programa de Ensino/ Treino “Capacitação do utente submetido a prostatectomia radical: parce-

ria com o utente e cuidador informal” que visa a sistematização do ensino/ treino de capacidades para promover a Adesão ao regime terapêutico, que inclui os seguintes diagnósticos: Aceitação do Estado de Saúde, Autocuidado Vestir e Despir, Conhecimento Sobre o Regime Medicamentoso; Conhecimento Sobre a Prevenção de Complicações da Ferida Cirúrgica e do Cateter Urinário. No âmbito do Processo Qualidade institucional, foi igualmente elaborado um Procedimento Sectorial que suporta este projeto que engloba os formulários, programa de ensino e folheto.

No início da implementação do projeto, a documentação dos cuidados de enfermagem no internamento era produzida em suporte papel, atualmente é em suporte digital no SCLinico (que é alimentado pela linguagem β2). A ChekList do Programa de Ensino/ Capacitação e os formulários das consultas de follow-up telefónico mantêm-se em papel, sendo arquivadas em pasta própria. O desenvolvimento do projeto encontra-se estruturado de acordo com a CHECK LIST para uma avaliação da Qualidade (Heather Palmer).

a) Identificação das dimensões do estudo
As dimensões do estudo são a efetividade resultante da redução da taxa de reinternamento/ recorrências à urgência e a adequação técnico-científica.

b) Unidades de Estudo

As unidades de estudo consideradas são:
Utilizadores incluídos na avaliação

- Todos os Utentes submetidos a prostatectomia radical e Cuidador Informal com conhecimento não demonstrado.

Profissionais incluídos na avaliação

- Enfermeiros do Serviço de Urologia, no Internamento;
 - Dinamizadores do projeto, nas Consultas de follow-up (telefónica e presencial);
- Período de tempo da avaliação:
- Setembro de 2009 a Setembro de 2015.

c) Tipo de dados

Os dados obtidos permitem a obtenção de Indicadores de Estrutura, Processo e Resultado.

d) Fonte de dados

As fontes de dados a utilizar são:

Internamento

- Processo Clínico:
- O Programa de Ensino (em suporte papel) no processo clínico e uma cópia colocada na pasta específica do Projeto para ser dada continuidade nas consultas de follow-up (telefónica e presencial);
- Carta de alta fornecida ao utente, anteriormente uma cópia no processo em suporte papel (atualmente no SClínico).

Após a alta

- Consulta follow-up telefónica segundo o formulário;
- Programa de Ensino (cópia).

e) Tipo de avaliação

A avaliação será: Interna, realizada pelos dinamizadores do projeto.

f) Critérios de avaliação

Interna: segundo os critérios implícitos e explícitos que constam no Procedimento Sectorial e no Programa de Ensino.

Critérios	Excepções	Esclarecimentos
1. Identificação do Conhecimento e de aprendizagem de capacidades a todos os utentes submetidos a prostatectomia radical e cuidador informal.	1. Uteses com alteração da capacidade cognitiva e utentes com conhecimento prévio demonstrado sobre a prevenção das complicações.	1. Avaliação efetuada através da entrevista inicial
2 Aplicação a todos os utentes e cuidador informal com conhecimento não demonstrado de programa de ensino estruturado e individualizado, de acordo com a Norma Sectorial.		2- O Ensino individual e estruturado efetuado ao utente/cuidador informal, centra-se nas áreas do conhecimento sobre: Ferida cirúrgica/ prevenção de complicações; Vestir e Despir; Prevenção de complicações do cateter urinário; Regime medicamentoso; Fornecimento de folheto informativo.
3. Todos os utentes e cuidador informal tem a avaliação do conhecimento em vários momentos: Durante o internamento; Consulta telefónica de follow-up; Consulta presencial de follow-up.		3. Registo da avaliação do conhecimento nas áreas que estavam anteriormente comprometidas do utente e cuidador informal.
4. Todos os utentes e cuidador informal tem a avaliação da evolução da aprendizagem de capacidades, nos momentos referidos.		4. Registo da avaliação do treino de capacidades que estavam anteriormente comprometidas do utente e cuidador informal: Prevenção de complicações da ferida cirurgia; Prevenção de complicações do cateter urinário; Adesão ao regime medicamentoso.
5. Todos os utentes tem registo do contacto com Centro de Saúde e ou Consulta Externa de Urologia.		5. Informar o utente da data da consulta para realização de penso e extração de pontos. Fornecer carta de alta ao utente.

QUADRO 2 - Critérios implícitos e explícitos no Procedimento Sectorial e no Programa de Ensino.

A colheita de dados é realizada semestralmente pelos dinamizadores do projeto, através da consulta do programa de ensino e formulários da consulta de follow-up telefónica.

h)Relação temporal
A avaliação é Retrospetiva.

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO A IDADE

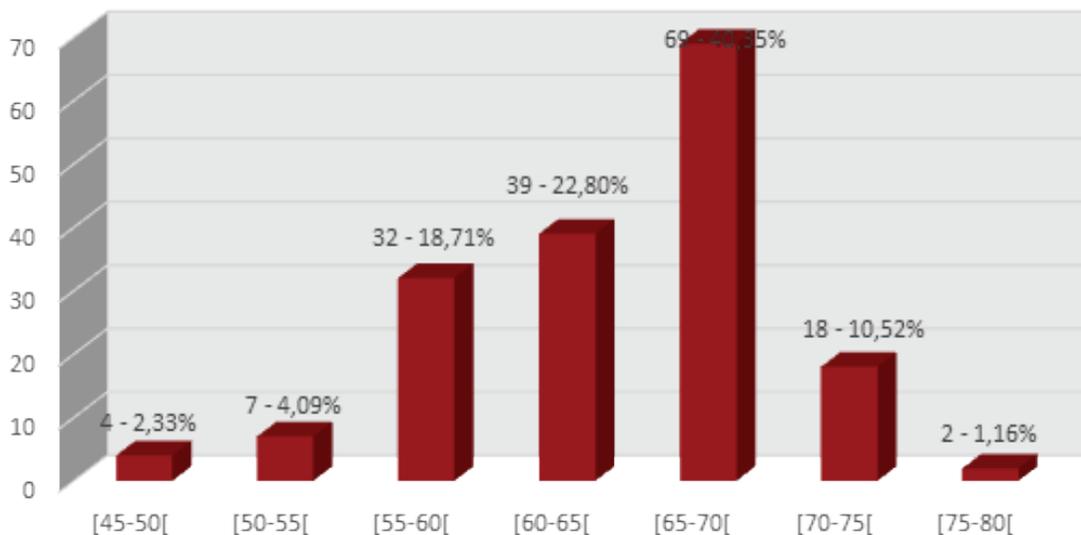


Gráfico 4 - Distribuição dos sujeitos da amostra atual segundo a idade.

i) Seleção da amostra

Todos os utentes submetidos a prostatectomia radical com conhecimento não demonstrado sobre a adesão ao regime terapêutico e cuidador informal.

6-VERIFICAR OS RESULTADOS

Esta análise inclui 171 utentes submetidos a prostatectomia radical desde Setembro de 2009 até Setembro de 2015. Os resultados basearam-se na aplicação da checklist de ensino/capacitação ao utente/cuidador informal na admissão, alta e consultas de follow-up telefónico.

Distribuição por faixa etária: cerca de dos 158 utentes (70,74%) encontram-se entre os 55 e os 74 anos. Os valores encontrados nesta faixa etária estão de acordo com estatísticas nacionais e internacionais.

Conhecimento sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica: A maioria dos utentes e cuidadores apresentaram conhecimento comprometido sobre complicações

da ferida cirúrgica: identificação de reação alérgica ao adesivo, proteger o penso antes do banho, adotar posição segura e evitar esforços. Relativamente ao item identificar sinais inflamatórios e conter a sutura verificou-se que o utente tinha uma taxa de conhecimento superior relativamente ao cuidador informal.

Conhecimento sobre vestir/despir com a presença de cateter urinário: Constatamos que o utente apresenta uma taxa de conhecimento ligeiramente superior ao cuidador informal relativamente ao uso de vestuário adequado, verificando-se o inverso ao modo como deve executar este autocuidado. Estes resultados encontram-se relacionados com o facto de alguns utentes já terem tido a experiência anterior de terem cateter urinário em contexto hospitalar.

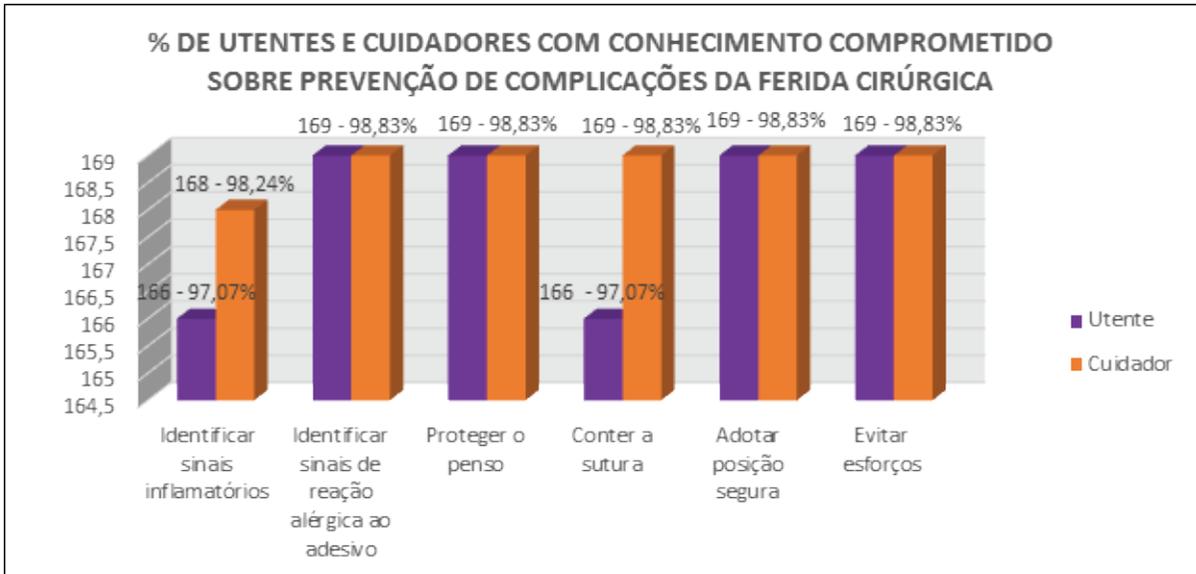


Gráfico 5 - Percentagem de utentes e cuidadores com conhecimento comprometido sobre prevenção de complicações da ferida cirúrgica.

Constatamos uma taxa de eficácia de 100% no Utente/Cuidador Informal, visto não existirem complicações relacionadas com a ferida cirúrgica.

Conhecimento sobre vestir/despir com a presença de cateter urinário: Constatamos que o utente apresenta uma taxa de conhecimento ligeiramente superior ao cuidador

informal relativamente ao uso de vestuário adequado, verificando-se o inverso ao modo como deve executar este autocuidado. Estes resultados encontram-se relacionados com o facto de alguns utentes já terem tido a experiência anterior de terem cateter urinário em contexto hospitalar.

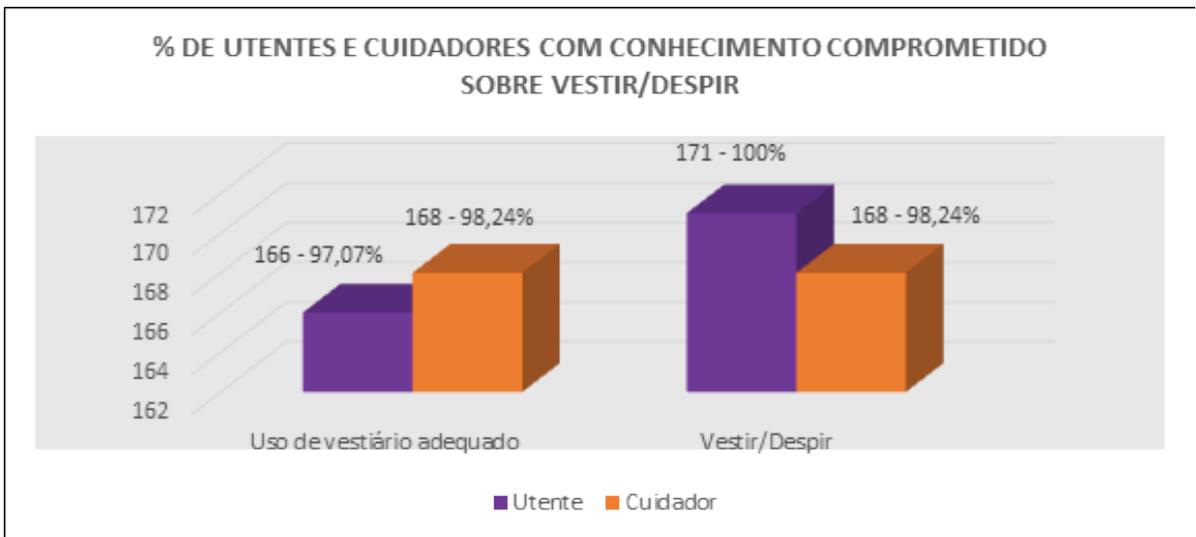


Gráfico 6– Percentagem de utentes e cuidadores com conhecimento comprometido sobre vestir/despir.

Obtivemos uma taxa de eficácia de 100% relativamente ao utente/cuidador informal.

Conhecimento sobre prevenção de complicações com o cateter urinário: Todos os utentes/cuidadores tinham conhecimento sobre a necessidade de aumentar a ingestão

hídrica, em contra partida relativamente aos itens: evitar dobras e angulações no sistema de drenagem; adaptar saco colector ao cateter urinário; despejar saco colector e identificar sinais de obstrução do cateter urinário, encontrámos valores elevados de desconhecimento do utente e cuidador informal.

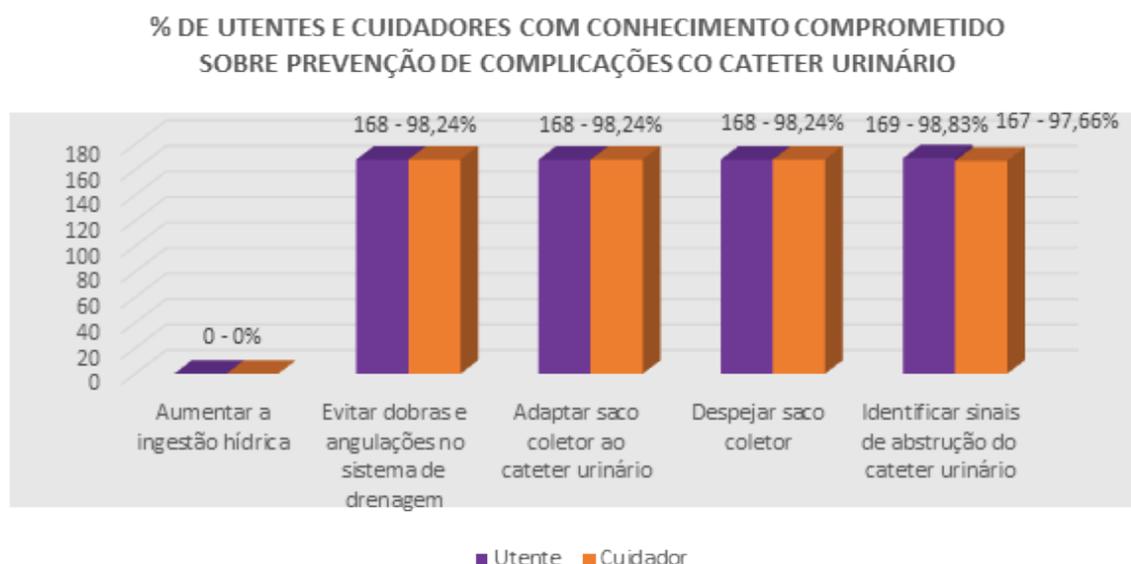


Gráfico 7 - Percentagem de utentes e cuidadores com conhecimento comprometido sobre prevenção de complicações com o cateter urinário.

Obtivemos uma taxa de eficácia de 100% relativamente ao utente/cuidador informal.

Conhecimento sobre regime medicamentoso: A maioria dos utentes e cuidadores informais tinham conhecimento sobre a necessidade de retomar a terapêutica de ambulatório e do efeito colateral da ingestão de álcool com a medicação. Relativamente ao

cumprimento da prescrição médica verificámos que 21 utentes (12,28%) e 19 cuidadores informais (11,11%) desconheciam.

Nas consultas de follow-up telefónica constatámos que os utentes polimedicados, têm tendência a cumprir a antibioterapia mas evitavam a analgesia prescrita (por desvalorizarem esta medicação e/ ou por dificuldade económica na sua aquisição).

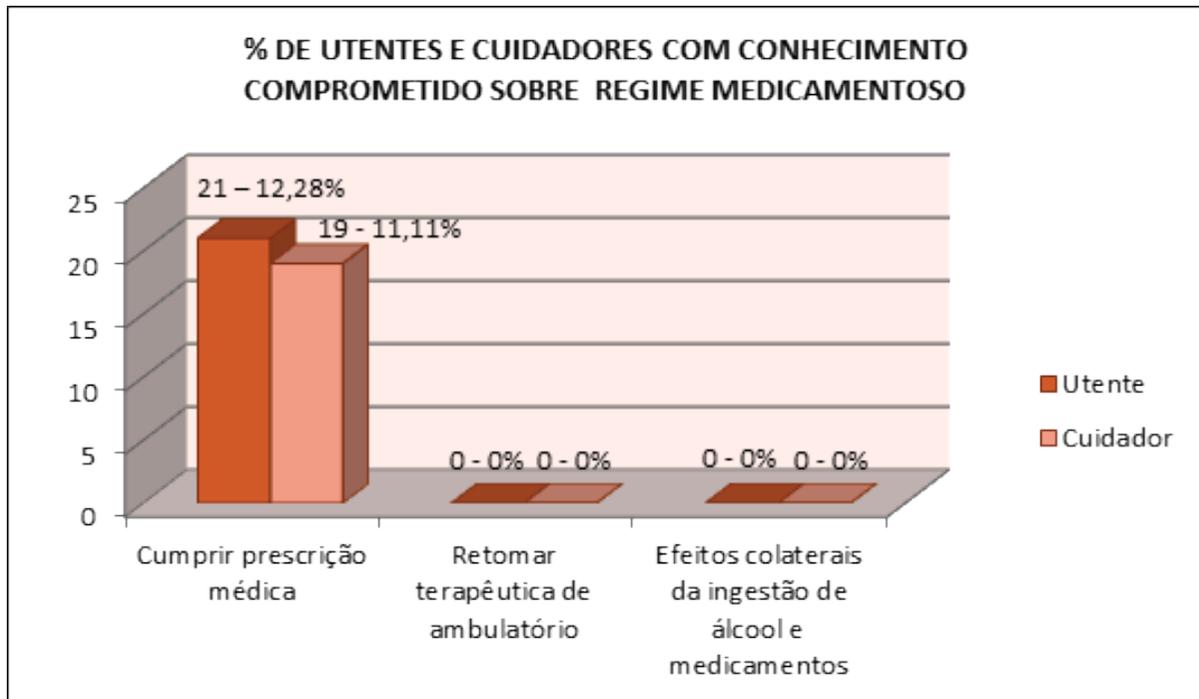


Gráfico 8 – Percentagem de utentes e cuidadores com conhecimento comprometido sobre regime medicamentoso.

Obtivemos uma taxa de eficácia de 87,71% nos utentes e de 88,88% nos cuidadores informais.

Complicações pós cirurgia identificadas nas consultas de follow-up telefónicas:

- Dor abdominal em 14 utentes (8,18%) – consequência do não cumprimento da frequência e duração do tempo da prescrição da analgesia;
- Urina extra-algália em 13 utentes (7,6%) – a urina extra-algália é uma consequência da algaliação prolongada ou do não cumprimento dos cuidados a ter com o cateter urinário (angulações ou dobras). Neste estudo esteve relacionada com o facto de alguns utentes não estarem a cumprir o protocolo terapêutico;
- Obstrução da algália - 2 utentes (1,16%) apresentaram obstrução da algália devido ao excesso de sedimento, apesar de nas

consultas de follow-up telefónico manifestar que faziam reforço da ingestão hídrica;

- Linfocele – é uma complicação inerente a este procedimento cirúrgico que se manifestou em 2 utentes (1,16%) que necessitaram de internamento;
- Hipertermia – manifestada por 1 dos utentes (0,58%) devido a um problema respiratório. Excluiu-se a hipótese de infeção urinária após realização de culturas;
- Reação alérgica ao antibiótico – manifestada em 1 utente (0,58%) através de edema da face. Neste caso, após contacto médico foi suspensa a antibioterapia.

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA SEGUNDO COMPLICAÇÕES PÓS-CIRURGIA

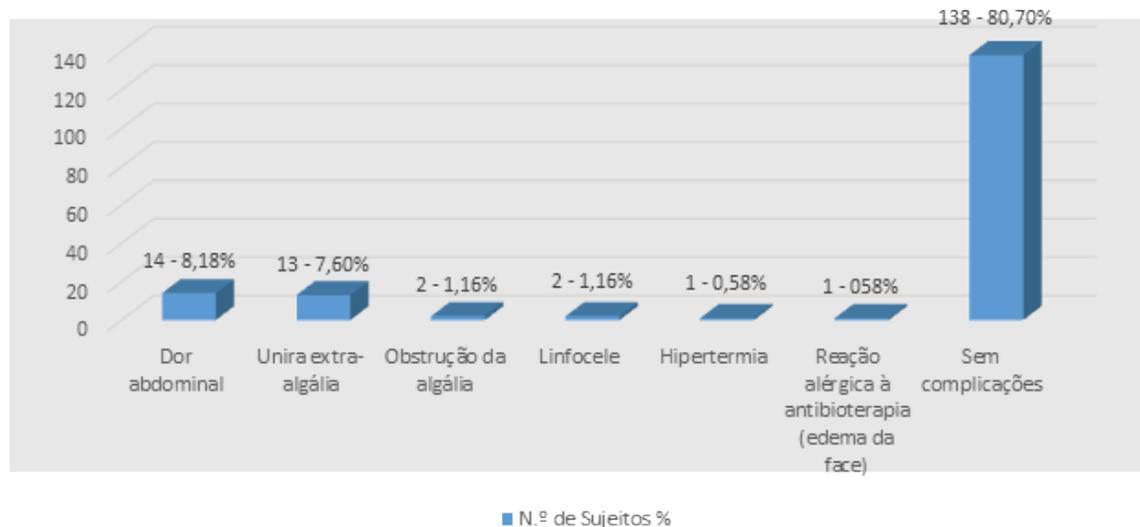


Gráfico 9– Distribuição dos sujeitos da amostra segundo complicações pós-cirurgia.

Cerca de 80,70% dos utentes não manifestaram complicações pós cirúrgicas.

Verificamos que 4 utentes (2,33%) recorreram à urgência (utentes na situação de linfocele e obstrução da algália).

Recurso à Urgência:

DISTRIBUIÇÃO DOS SUJEITOS DA AMOSTRA COM RECURSO À URGÊNCIA

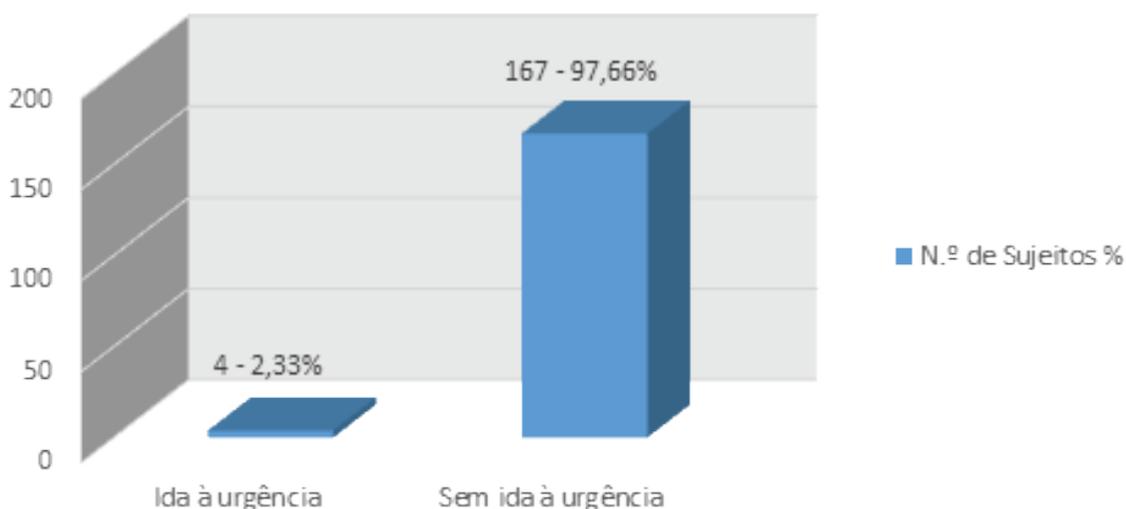


Gráfico 10 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo recurso à urgência.

Embora a amostra seja significativamente maior, constatámos uma diminuição significativamente recurso à urgência de 73,98% dos participantes do estudo inicial, para 2,33%. Este dado, permite concluir que as medidas adotadas no contexto do projeto foram ao encontro das necessidades dos utentes e cuidadores informais.

Reinternamento Hospitalar:

Verificamos que 2 utentes (1,16%) tiveram necessidade de reinternamento hospitalar (utentes na situação de linfocele).

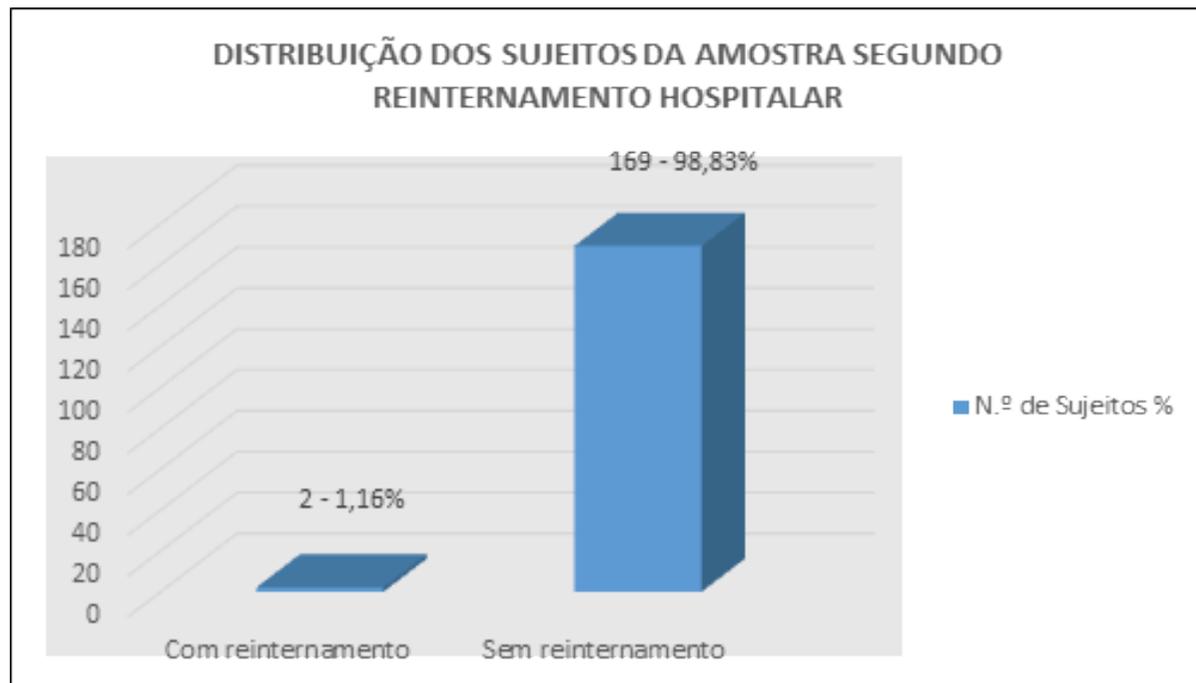


Gráfico 11 – Distribuição dos sujeitos da amostra segundo reinternamento hospitalar.

7 - PROPOR MEDIDAS CORRETIVAS STANDARDIZAR E TREINAR A EQUIPA

Perante a análise dos dados compreendidos no período de Agosto de 2008 a Agosto de 2009 consideramos importante implementar o projeto que incluiu as seguintes medidas corretivas:

Medidas educacionais

- Sensibilização/ Formação da equipa de enfermagem;
- Transmissão dos resultados à equipa

Medidas estruturais

- Elaboração do procedimento sectorial acer-

ca do projeto;

- Elaboração de programa de ensino/ capacitação para o utente prostatectomizado/cuidador informal;
- Elaboração de folheto informativo;
- Implementação da consulta de follow-up telefónica (48 e 72h após a alta) e presencial (10ª dia após a alta).
- Organização de pasta do projeto: documentos de apoio e formulários

2ª Etapa (Outubro 2015)

Após um ano e meio da documentação dos cuidados no SClínico, parece adequado a conversão do atual "Programa de ensino/ ca-

pacitação para o utente prostatectomizado/cuidador informal, em linguagem CIPE 1.0 para a B2, e o ajuste dos diagnósticos atualmente usados, para posteriormente se abandonar o seu uso em suporte papel.

Parece importante, que a Avaliação Interna do projeto (segundo a Checklist para uma avaliação da Qualidade de Heather Palmer) realizada atualmente pelos dinamizadores internos, seja complementada com avaliação externa realizada anualmente pela dinamizadora dos Padrões de Qualidade.

A obtenção automática de indicadores seria igualmente uma mais-valia porque permite a avaliação contínua da prática desenvolvida e a introdução de medidas corretivas quando necessário. Paralelamente, dar visibilidade aos contributos do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, constituindo um estímulo para os mesmos.

Relativamente á utilização do SClinico, seria importante a tradução da complexidade de cada projeto e a possibilidade de migração dos planos de cuidados entre o módulo de internamento e o das consultas, isto é, ao longo processo de cuidados do utente no intuito de se obter automaticamente os resultados alcançados.

Sugerimos a revisão do core de focos incluídos no "Resumo mínimo de dados", seria útil outros, nomeadamente a Gestão do Regime Terapêutico, adequado ao programa de ensino/ capacitação, dando assim visibilidade aos ganhos em saúde dos utentes.

8-RECONHECER E PARTILHAR O SUCESSO

Concluimos que a uniformização do processo de ensino/capacitação ao utente/cuidador informal e a realização das consultas de follow-up telefónicas contribuiu para a adesão ao regime terapêutico, diminuiu as com-

plicações e o acesso dos utentes ao Serviço de Urgência e de Internamento para esclarecimento de dúvidas, pelo que consideramos ter atingido os objetos propostos.

Inicialmente 54 utentes (73,98%) recorreram ao Serviço de Urgência. Atualmente apenas 4 utentes (2,33%) tiveram necessidade de o fazer.

O reforço da articulação com os Cuidados de Saúde Primários através do agendamento da consulta/tratamento durante o internamento facilitou o acesso, eliminou o tempo de espera e permitiu a continuidade de cuidados.

Com a consulta de followup telefónica foi possível acompanhar a recuperação cirúrgica do utente, minimizando complicações, validando e reajustando o plano de ensino. Foi possível ainda, resolver complicações sem necessidade de recorrência ao Serviço de Urgência, diminuindo desta forma os custos para o utente e Serviço Nacional de Saúde. Permitiu-nos ainda dar visibilidade aos contributos dos Enfermeiros do Serviço de Urologia para os ganhos em saúde dos utentes submetidos a prostatectomia radical e cuidadores informais, neste processo de promoção de autonomia e auto-responsabilização do mesmos através da capacitação do utente no seu processo de saúde.

9-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATISTA, R. (2010) – Patologia Prostática - Cuidados de Enfermagem a doentes submetidos a cirurgia prostática. Porto: Faculdade de Ciências da Saúde / Escola Superior de Saúde;
- BICALHO, M. B.; LOPES, M. H. B. de M. (2012) - Impacto da incontinência urinária na vida

de esposas de homens com incontinência: revisão integrativa. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 1009-14;

•BOEHNLEIN, Mary Jo e MAREK, Jane F. (2003) – Enfermagem Pós-Operatória. In: PHIPPS, Wilma J.; SANDS Judith K.; MAREK, Jane F. – Enfermagem Medicocirúrgica Conceitos e Prática Clínica. 6ª edição. Loures: Lusociência. vol. I, p. 588, p. 602– 603, p. 607 – 608, p. 613 – 614;

•CARVALHO, J. & CRISTÃO, A. (2012) - O valor dos cuidados de Enfermagem: a consulta de Enfermagem no homem submetido a prostatectomia radical. Revista de Enfermagem Referência, n.º 7;

•COUPER, J. W.; LOVE. A. W.; DUNAI, J. V.; DUCHESNE, G. M, BLOCH, S.; COSTELLO, A. J.; KISSANE, D. W. (2009) - The psychological aftermath of prostate cancer treatment choices: a comparison of depression, anxiety and quality of life outcomes over the 12 months following diagnosis. The Medical Journal of Australia, Pyrmont, v. 190, n. 7, p. 86-9;

•DALE, W; BILIR, P; HAN, M, MELTZER D. (2005) - The role of anxiety in prostate carcinoma. Cancer, New York, v. 104, n.3, p. 467-78;

•DAVISON B. J.; MOORE K. N.; MACMILLAN, H.; BISAILLON A, WIENS K. (2004) - Patient evaluation of a discharge program following a radical prostatectomy. Urologic Nursing, Portland, v. 24, n. 6, p. 483-9.;

•DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013)- PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números Programa Nacional para as Doenças Oncológicas; Lisboa

•DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2014) - PORTUGAL Doenças Oncológicas em Números Programa Nacional para as Doenças Oncológicas; Lisboa

•ORDEM DOS ENFERMEIROS- Conselho de Enfermagem (2001) Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem- Enquadramento Conceptual. Enunciados Descritivos. Divulgar;

•ORDEM DOS ENFERMEIROS- Conselho de Enfermagem (2007) Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados em Saúde.

ENTRADA DO ARTIGO EM 2016

Construção do instrumento de avaliação do risco de queda da criança hospitalizada: “Sempre em Pé”



ANA LUISA RAMOS ANTUNES

Doutoranda em enfermagem na Universidade Católica Porto - Instituto de Ciências da Saúde; Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria; Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem; Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Título de Especialista em Enfermagem; Enfermeira da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE; Assistente Convidada na Escola Superior de Enfermagem; Portugal; anaantunes2@gmail.com

JOANA ALEXANDRA DA CRUZ MONTEIRO DE CARVALHO

Doutoranda em enfermagem na Universidade Católica Porto - Instituto de Ciências da Saúde; Mestre em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria; Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem; Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Enfermeira da Unidade Local de Saúde de Matosinhos,

SANDRA CRISTINA MIRANDA LOUREIRO DA ROCHA

Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Enfermeira da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE; Portugal

SANDRA CRISTINA OLIVEIRA SOARES ANDRADE

Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Enfermeira da Unidade Local de Saúde de Matosinhos, EPE

CRISTINA MARIA TEIXEIRA CHAVES SERRANO

Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Enfermeira chefe na Unidade Local de Saúde de Matosinhos

PAULA CRISTINA MOREIRA MESQUITA SOUSA -

Doutorada em enfermagem na Universidade Católica Porto - Instituto de Ciências da Saúde; Mestre em Psicologia; Pós-Graduação em Supervisão Clínica em Enfermagem; Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Professora adjunta da Escola Superior de Enfermagem do Porto

PAULINO SOUSA

Doutorado em Enfermagem; Professor coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto

RESUMO

A queda de crianças internadas é um tema importante de reflexão no âmbito da enfermagem, tanto na vertente da investigação como na da prática de cuidados, em virtude de proporcionar a identificação dos principais fatores de risco, incidência e consequências, com o objetivo de prevenir o acidente o mais precocemente possível. A escassez de instrumentos validados que avaliem o risco de queda em crianças e, ainda, a inexistência de algum instrumento validado para a população portuguesa, justificaram a necessidade da construção de uma ferramenta que avaliasse o risco de queda das crianças internadas em Portugal. O instrumento denominado "Sempre em Pé", cuja apresentação é objeto do presente artigo. O instrumento suporta a atividade de diagnóstico, permitindo obter dados relevantes para a identificação do risco de queda, assim como para as necessidades de intervenção de enfermagem. Faz parte de um programa de prevenção de quedas de crianças hospitalizadas e inscreve-se num projeto desenvolvido em parceria entre a Unidade Local de Saúde de Matosinhos e a Escola Superior de Enfermagem do Porto.

ABSTRACT

The fall of hospitalized children is an important subject to be taken into account of nursing, both in the aspect of research and in the practice of care, by virtue of providing the identification of its main risk factors, incidence and consequences. This subject of research allows prevention of accidents as early as possible. The lack of validated instruments / statistics to assess the risk of falling in children, and as well the absence of a validated instrument for the portuguese population as a proxy, justified the need to develop a tool to assess the risk of falling of children in Portugal, the instrument called "Sempre em Pé", the presentation of which

is the subject of this article. This instrument supports the diagnostic activity, allowing to obtain relevant data to identify the risk of falling, as well as for required intervention of nurses. It is part of a fall prevention program of hospitalized children and it is part of a project developed in partnership between Matosinhos Local Health Unit and the Escola Superior de Enfermagem do Porto.

RESUMEN

La caída de los niños hospitalizados es un tema importante para la consideración en la enfermería, tanto en el aspecto de la investigación y en la práctica de la atención, en virtud de proporcionar la identificación de factores de riesgo principal, la incidencia y consecuencias, a fin de evitar accidente lo más pronto posible. La falta de instrumentos validados para evaluar el riesgo de caer en los niños, y también la ausencia de un instrumento validado para la población portuguesa, que se justifica la necesidad de desarrollar una herramienta para evaluar el riesgo de caída de los niños en Portugal, el instrumento llamado "siempre en pie", cuya presentación es el tema de este artículo. El instrumento apoya la actividad de diagnóstico, lo que permite obtener datos relevantes para identificar el riesgo de caídas, así como para las necesidades de intervención de enfermería. Es parte de un programa para prevenir las caídas de los niños hospitalizados y es parte de un proyecto desarrollado en colaboración entre la Unidade Local de Saúde de Matosinhos y la Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Palavras-chave: Queda; Criança hospitalizada; instrumento de avaliação

Keywords: Falls; Child hospitalized; evaluation tool

Palabra clave: Caer, niño hospitalizado; herramienta de evaluación

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar, que é desconhecido e estranho à criança, associado às suas características desenvolvimentais, pode potencializar a ocorrência de quedas. A taxa de incidência de quedas em contexto hospitalar de pediatria varia entre 2,5% e 3%, em cada 1000 crianças/dia, acidentes que, nesta população, ocorrem numa proporção de dois para um, em relação às quedas acidentais nos adultos (Graf, 2005; Razmus, Wilson, Smith & Newman, 2006).

Inferre-se desta realidade a pertinência do estudo do tema em apreço, podendo afirmar-se que constitui, um desafio para os hospitais gerir e reduzir o risco de queda, o que passa seguramente por uma aposta na prevenção, cujos programas, segundo Cooper e Nolt (2007), devem começar com o envolvimento das equipas.

Neste sentido, a Unidade Local de Saúde de Matosinhos (ULSM) e a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) estabeleceram, uma parceria, tendo por base uma Unidade de Cuidados de Referência (UCR), com o compromisso de desenvolver um projeto que resultasse na prevenção de quedas em crianças hospitalizadas no serviço de Pediatria usando, para tal, a investigação e práticas baseadas na evidência.

Foi, então, efetuada a análise da informação disponível sobre quedas pediátricas e estabelecido um programa que sistematizou o processo de enfermagem centrado no risco de queda de crianças hospitalizadas. Este englobou a construção de um instrumento de avaliação desse risco, a que se refere este artigo.

O objetivo principal do artigo é apresentar, assim, esse instrumento designado "Sem-

pre em Pé", evidenciando o percurso da sua construção. O instrumento destina-se à avaliação de risco de queda das crianças hospitalizadas em idade pediátrica e suporta a atividade de diagnóstico, que resulta em dados relevantes para a identificação desse risco. Ou seja, sistematiza a avaliação de aspetos relevantes do potencial de queda, o que, por sua vez, permite identificar as necessidades de intervenção de enfermagem, a prescrição das intervenções com mais sentido terapêutico e ainda, a reavaliação contínua do processo de enfermagem, visando atingir ganhos em saúde e, como tal, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O ambiente hospitalar, diferente do ambiente doméstico, é mais propício do que este ao risco de quedas, devido a fatores fisiológicos, a medicamentos, às necessidades fisiológicas dos pacientes, assim como à utilização de equipamentos (Child Health Corporation of America, 2009).

Este tipo de acidente é o mais comum no período da hospitalização, correspondendo a 70% do total de acidentes. Dele podem resultar lesões, que impliquem o aumento do número de dias de hospitalização, da dor, da incapacidade, do tratamento, assim como dos custos dos cuidados de saúde (Krauss et al., 2005; Razmus et al., 2006; Bates et al., 1995; Bergeron et al., 2006; Foss et al., 2005; Nadkarni et al., 2005 cit. por Child Health Corporation of America (CHCA, 2009)).

Por sua vez, dadas as consequências inerentes a cada tipo de queda, obviamente relacionadas com a respetiva gravidade, as quedas assumem grande relevância no contexto dos cuidados de enfermagem. Assim,

o número de episódios de quedas de um indivíduo e as circunstâncias em que ocorrem podem indiciar a qualidade desses cuidados. Por isso “cair” pode ser considerado um aspecto de saúde sensível aos mesmos, pelo que, de entre os vários indicadores da qualidade de cuidados de enfermagem, a taxa de incidência de quedas é um dos que pode levar à obtenção dos melhores resultados, se forem adotadas estratégias e intervenções que as previnam (Tzeng & Yin, 2008; CHCA, 2009).

Por outro lado, com base nos resultados do estudo de Levene e Bonfield (1991 citado por CHCA, 2009), verificou-se que as crianças têm, em relação aos adultos, uma maior tendência para as quedas, assumindo-se estas como um problema significativo na população pediátrica. Daí que a sua monitorização deve ser uma prioridade nos cuidados de enfermagem nestas populações (Donaldson et al. 2005, citado por CHCA, 2009).

Mas, se é verdade que, para a avaliação do risco de quedas em adultos no contexto hospitalar, foram desenvolvidos vários instrumentos, que se vêm revelando como uma mais-valia por possibilitarem a criação de programas de prevenção do acidente nesta população, o mesmo não aconteceu com a população pediátrica (Hill-Rodriguez et al., 2009), relativamente à qual se têm aplicado os instrumentos dos adultos, para avaliar o risco nas crianças hospitalizadas. Porém, os estudos efetuados referem que tais instrumentos não determinam corretamente o risco de quedas nas crianças, em virtude de certas variáveis não lhes serem aplicáveis e, também, por não considerarem as necessidades específicas desta população (Rasmus et al., 2006; Hill-Rodriguez et al., 2009).

Para além disso, Oliver, Dalvy, Martin e McMurdo (2004) na revisão da literatura publicada sobre factores de risco de queda e instrumentos de avaliação desse risco em contexto hospitalar, detetaram que apenas dois instrumentos foram validados e que estes se dirigiam à população adulta. Acresce ainda o facto de, apesar das quedas serem a principal causa de lesões não intencionais das crianças em relação ao contexto hospitalar de pediatria, é escassa a literatura pediátrica publicada, a evidência científica sobre a validação de instrumentos que avaliam o risco de quedas nesta população e a avaliação de programas de prevenção (Cope-land, 2008; CHCA, 2009; Hill-Rodriguez et al., 2009).

De entre os fatores de risco de queda e instrumentos de avaliação desse risco, destacam-se as seguintes abordagens:

A CHAMP Fall Pediatric Risk Assessment Tool (Rasmus et al., 2006), menciona como fatores de risco de queda: as alterações do estado mental, a história de quedas, a idade inferior a 36 meses de idade e o compromisso da mobilidade.

Por sua vez, a General Risk Assessment for Pediatric Inpatient Falls Scale (GRAF-PIF) (Graf, 2005) refere como fatores de risco de quedas: o internamento superior a cinco dias, o diagnóstico médico relacionado com uma patologia ortopédica, a necessidade de fisioterapia ou terapia ocupacional, a administração de medicação endovenosa ou heparina. A Humpty Dumpty Falls Scale (Hill-Rodriguez et al., 2009) considera como itens de avaliação do risco de queda: a idade, o sexo, o diagnóstico, as capacidades cognitivas, os fatores ambientais, a resposta à cirurgia ou sedação ou anestesia e o uso de medicação.

No instrumento de avaliação de risco de queda pediátrica *Ím Safe* (Rannie & Neiman, 2009), os itens considerados como factores de risco incluem o diagnóstico de admissão, a medicação, tempo pós-anestesia, a história de queda e o ambiente dos cuidados (restrição de movimentos, oxigénio, perfusão de soroterapia).

Porém, os autores dos instrumentos referidos mencionam que é necessária uma avaliação mais aprofundada dos mesmos e das suas propriedades de medida, assim como da previsão deste como um instrumento de triagem, o que remetem para estudos prospetivos. Isto porque a utilização dos instrumentos de avaliação do risco de queda sem a devida validação, ao invés de potencializar os benefícios, pode produzir o efeito contrário, aumentando o dispêndio de recursos, nomeadamente de tempo dos enfermeiros com este processo, sem conseguir alcançar resultados a nível da prevenção desse risco no contexto hospitalar de pediatria.

Neste contexto, foi sentida a necessidade de um instrumento, validada para cultura portuguesa, que avalie o risco de queda da criança em ambiente hospitalar. Assim, surge a instrumento "Sempre em Pé", cuja construção se apresenta de seguida.

CONSTRUÇÃO DO INSTRUMENTO "SEMPRE EM PÉ"

O instrumento "Sempre em Pé" é um instrumento de avaliação do risco de queda, que foi desenvolvido tomando em consideração a metodologia focus group. Foi tida em conta a revisão da literatura, que inclui a análise crítica de outros instrumentos de avaliação, bem como a discussão prévia dum grupo de profissionais de saúde, constituído por enfer-

meiros peritos em enfermagem pediátrica. Fomos coerentes com o que Vilelas (2009) e Fortin (2009) defendem ao referirem que a seleção dos elementos do painel de peritos deve ser muito cuidada, existindo elementos com conhecimento do tema a investigar, de modo a garantir a qualidade do instrumento. O painel de peritos foi constituído por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria alguns com experiência em investigação e um elemento docente da ESEP. A validade do instrumento foi suportada com a ajuda do painel supra referido, com vista à elaboração da versão final, a ser aplicada no pré-teste, garantindo a sua replicabilidade. Foram analisados todos os pontos do instrumento, assim como, verificados os descritores de cada fator de risco, garantindo a uniformidade das respostas dos diferentes avaliadores. Deste modo, com o intuito de validar a apresentação e estrutura do instrumento, a compreensão dos fatores de risco e respetivos descritores, após uma reflexão conjunta (Fortin, 2009; Ribeiro, 1999), produziu-se a versão a ser submetida ao pré-teste (Fortin, 2009; Ribeiro, 1999; Reichenheim & Moraes, 2007).

Iniciou-se, de seguida o pré-teste, fase fulcral no processo de construção de instrumentos de investigação. Foi aplicado entre Junho e Agosto de 2010 no serviço de pediatria, do Hospital Pedro Hispano, pertencente à Unidade Local de Saúde de Matosinhos-Entidade Pública Empresarial. O instrumento foi preenchido pelos elementos da equipa do serviço, procedendo cada um à avaliação do risco de queda das crianças hospitalizadas nesse período, no serviço. Após o término desta fase, os investigadores reuniram-se e concluíram que o instrumento era prático,

claro e de fácil preenchimento considerando-o pronto a ser parametrizado e aplicado no sistema aplicativo em uso na instituição.

O instrumento destina-se a monitorizar o risco de queda de crianças hospitalizadas, com idade entre os 0 e os 18 anos, entendendo a “queda” como um “tipo de auto-cuidado - actividade física com as características específicas: descida rápida do corpo de um nível superior para um nível mais baixo, devido a perda de equilíbrio corporal ou falta de capacidade de sustentar o corpo em diferentes posições” (ICN, 2002, p. 57).

Para a sua construção, partilhando a ótica de Cooper e Nolt (2007), de Hill-Rodriguez et al. (2009) e de Rannie e Neiman (2009), partimos do princípio de que todas as crianças hospitalizadas têm risco de cair, devido à alteração da sua condição de saúde, à necessidade de medicação e ao ambiente estranho que as rodeia. Nesta perspetiva, procedeu-se, conforme a seguir se especifica, à identificação das variáveis consideradas relevantes para o risco de queda no contexto hospitalar de pediatria, as quais, com respetivos scores, constam da tabela 1.

A idade da criança emerge, desde logo, como um fator associado ao risco de queda, na medida em que representa as várias fases de desenvolvimento e crescimento, que compreendem diferentes níveis de competências psicomotoras. Como refere Razmus et al., (2006), o estágio de desenvolvimento da criança e respetivas capacidades de locomoção são os principais fatores potenciais daquele risco. Hill-Rodriguez et al., Rannie e Neiman (2009) afirmam que maioria das quedas ocorre em crianças com menos de 5 anos, mesmo quando os pais estão presentes. Segundo Cooper e Nolt (2007), o maior

número de quedas ocorre em crianças com idades entre um e dois anos (25%) e entre cinco a dez anos (19%). Razmus et al. (2006) e Hill-Rodriguez et al. (2009) salientam que as crianças com menos de 4 anos de idade apresentam diferenças de desenvolvimento na deambulação, o que pode torná-las mais suscetíveis às quedas.

Por sua vez, de acordo Hill-Rodriguez et al. (2009) e Cooper e Nolt (2007), as crianças com idade inferior a 10 anos apresentam maior número de quedas acidentais do que os adolescentes, que apresentam quedas fisiológicas em maior número do que os grupos etários mais jovens. Por outro lado, as crianças com idade inferior a um ano tendem a cair da cama, enquanto os adolescentes tendem a cair durante a locomoção ou quando exercem atividades no sanitário.

Por sua vez, Hockenberry, Winkelstein e Wilson (2006) a inabilidade de deambulação e da perceção de profundidade típica das crianças até aos 4 anos, aumenta a propensão para quedas, influenciando a respetiva ocorrência, uma vez que as crianças tendem a cair quando tentam alcançar algum objeto ou até quando brincam nos parques infantis do hospital (Cooper e Nolt, 2007). Decorre da literatura referenciada a evidência de uma relação entre a ocorrência de quedas e a idade inferior a 4 anos, verificando-se uma maior probabilidade de cair em crianças hospitalizadas, o que direciona, para este grupo, o score de risco mais elevado.

Contudo, para além do fator idade, outros há a tomar em linha de conta.

Diversos autores (Hitcho et al., 2004; Cooper & Nolt, 2007; Hill-Rodriguez et al., 2009; Rannie e Neiman, 2009), referem que as quedas em contexto pediátrico ocorrem maioritaria-

mente em crianças do sexo masculino, pelo que este grupo se revela como o de maior risco de cair, apresentando-se, então, o sexo como fator a considerar.

Outro indicador relevante para a avaliação do risco de quedas é a categoria dos fármacos de que a criança necessita durante a hospitalização, pois o seu uso é, por si só, um fator de risco (Hitcho et al., 2004; Krauss et al., 2005; Razmus et al., 2006; Cooper & Nolt, 2007; Tzeng & Yin, 2008; CHCA, 2009).

Os medicamentos associados ao maior risco de queda são os que actuam no sistema nervoso central: vasoativos ou agentes da pressão arterial (Hitcho et al., 2004), os psicotrópicos e antidepressivos (Levy, 2009), as benzodiazepinas, antipsicóticos e sedativos hipnóticos (Hitcho et al., 2004), os antiarrítmicos, os medicamentos para diabetes e analgésicos não-narcóticos (Krauss et al., 2005). De acordo com Hendrich, Bender e Nyhuis (2003), os fármacos antiepilépticos e benzodiazepina foram identificados como sendo um factor precipitante do aumento de quedas devido à sedação, depressão do sistema nervoso central, e semi-vida prolongada. Por sua vez, o uso combinado de psicofármacos, antiepilépticos, anticonvulsivantes, sedativos, antidepressivos, laxantes e diuréticos constitui o maior factor de risco de queda (Hill-Rodriguez et al., 2009; Rannie & Neiman, 2009).

Para além do tipo de medicamento e seu uso individualizado ou combinado, há a considerar o modo da respectiva administração, bem como todos os equipamentos necessários durante a hospitalização da criança. Morse (1993), Cooper e Nolt (2007) e Rannie e Neiman (2009), identificaram que a perfusão endovenosa de medicamentos se relaciona positivamente com as quedas em hospitais,

constituindo este modo de administração da medicação um factor de elevado risco. Entendemos, por isso, que uma criança que tem uma perfusão contínua tem um risco acrescido de queda em relação a uma criança que não tem nenhum tipo de perfusão, devido ao uso contínuo de equipamento.

Uma outra variável é o diagnóstico clínico, pois a diferentes patologias estão associados diferentes riscos de queda.

O diagnóstico de doenças neurológicas apresenta-se como um factor potencial desse risco (Graf, 2005; Razmus et al., 2006; Hill-Rodriguez et al., 2009; Rannie & Neiman, 2009). Estas patologias bem como as do foro psiquiátrico e comportamental, por poderem dificultar a orientação e a compreensão da criança durante a hospitalização, determinam maior risco de queda (Graf, 2005; Hill-Rodriguez et al., 2009). Também, embora com menor impacto, diagnósticos associados à função respiratória ou à fraqueza muscular ou, ainda, à diminuição do equilíbrio, como seja os associados às patologias ortopédicas, são identificados como factores de risco de quedas (Hitcho et al., 2004; Hill-Rodriguez et al., 2009).

Face às evidências apontadas, concluímos que o risco de queda mais elevado se verifica em crianças com patologias do foro neurológico e comportamental.

Por seu lado, Cooper e Nolt (2007), Hill-Rodriguez et al. (2009) e Rannie e Neiman (2009), sugerem que uma criança submetida a uma sedação ou anestesia tem elevado risco de queda, sobretudo nas primeiras 24 horas após a mesma, evidência que leva a atribuir a este factor o score de risco mais elevado.

Conclui-se, assim, que os programas de pre-

venção de quedas devem responder aos factores etiológicos das mesmas, sendo, por isso, necessário pesquisar as circunstâncias desses eventos (Morse, 1993; Krauss et al., 2005).

Mas, para determinar o grau do risco é igualmente importante saber em que circunstâncias ocorreram as quedas recentes (Hitcho et al., 2004). Isto porque crianças com história de quedas desenvolvimentais recorrentes têm maior probabilidade de vir a cair, no contexto hospitalar, do que crianças com história de quedas casuais recentes, pelo facto de terem maior probabilidade de manter esse comportamento durante a hospitalização (Cooper & Nolt, 2007). Então, crianças internadas com história de quedas desenvolvimentais recentes apresentam o risco mais elevado dessa ocorrência.

Há também que tomar em consideração a relação de quedas/dias de internamento. A maior incidência de quedas em internamentos verifica-se entre 1-5 dias (43%), seguida por internamentos de mais de 11 dias (39%) e internamentos entre 6-11 dias (18%) (Rannie & Neiman, 2009). Também, Kissinger e Marin (2010), conclui que a maioria das quedas das crianças hospitalizadas, ocorrem nas primeiras 72 horas. Por isso, o tempo previsto de internamento é considerado um factor de risco de quedas, com a previsão de que internamentos curtos (1 a 3 dias) determinam um maior potencial de risco, na medida em que existe um deficit de conhecimento e de adaptação ao ambiente. Já a previsão de internamentos longos (mais de 10 dias) apresenta-se como um factor de risco médio, por comportarem níveis de cansaço e de auto-confiança que se podem traduzir em negligência de comportamento de garante

de segurança.

No que respeita aos fatores ambientais, os mesmos são descritos como as principais causas de algumas das quedas no contexto hospitalar. Hill-Rodriquez et al. (2009) referem que, na população pediátrica com idade inferior a dez anos, a maioria das quedas se relaciona com as condições ambientais, como a presença de berços ou carros, por exemplo da alimentação. Segundo Cooper e Nolt (2007), as quedas ocorrem maioritariamente quando a criança sai da cama, enquanto deambula, e por escorregar em pavimentos molhados ou tropeçar em obstáculos. Por outro lado, a altura da cama da criança pode ser também uma causa de queda (Tzeng & Yin, 2008). Os mesmos autores, por sua vez, verificaram que 79,5% das quedas ocorreram nos quartos, 11% nas casas de banho, 9,5% nos corredores ou salas de tratamento, 19,1% durante a deambulação e 10,9%, ao sair da cama. Deste modo, conclui-se que o ambiente físico tem um impacto significativo na segurança das crianças durante a hospitalização (Tzeng & Yin, 2008), motivo pelo qual consideramos que o desconhecimento das condições físicas do serviço e das rotinas, pelos pais ou criança com mais de 7 anos (idade escolar), aumenta o risco da criança cair.

Por seu turno, o comportamento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) é, também, considerado, como fator relevante, para a determinação do potencial de risco de queda da criança, sendo fundamental avaliar se demonstram ou não o comportamento necessário à segurança.

A criança em idade escolar, na procura da independência e produtividade, é especialmente vulnerável a acontecimentos que pos-

sam diminuir o seu sentimento de controlo e poder, como seja a situação de doença. Assim, a procura de informação aparece como um meio de manter o controlo desejado. Os procedimentos serão mais facilmente tolerados se forem explicados previamente, pelo que há que ter em atenção que a criança gosta de saber o que os profissionais da saúde esperam de si e necessita que a ajudem a superar os seus problemas (Hockenberry et al., 2006). Neste contexto, a aprendizagem cognitiva e de comportamento são relevantes para a avaliação e superação/minimização do risco de queda. Nesta linha de pensamento, a Direção Geral de Saúde (2005) e Pereira (2007) evidenciam que essas mesmas aprendizagens influenciam positivamente a competência parental de prestar cuidados à criança. Por isso, o acompanhamento da criança com menos de sete anos por um adulto detentor daquelas competências é encarado como um contributo para a diminuição do risco da mesma cair, durante a hospitalização, na medida em que a sua supervisão poderá minimizar os fatores concorrentes para a queda. De tal resulta que o maior potencial de risco se verifique em crianças que permanecem sozinhas no internamento.

Deste modo podemos inferir, no concernente às crianças com mais de sete anos, que a detenção, por parte das mesmas, das aprendizagens cognitiva e comportamental será determinante para a minimização/superação do risco de queda.

Em síntese, para a construção do instrumento "Sempre em Pé", identificámos as variáveis que aumentam o potencial do risco de queda em ambiente hospitalar e que constituem, por isso, fatores de risco.

Os fatores de risco considerados foram a idade, o sexo, o diagnóstico clínico, o tempo pós sedação ou anestesia, a história de quedas, a medicação administrada, o ambiente físico, o tempo previsto de internamento, o tempo previsto pelos pais para permanecerem junto do filho, bem como o conhecimento e o comportamento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) para garantir a segurança da criança no hospital.

Cada um dos fatores de risco foi dividido em três categorias, às quais correspondem diferentes potenciais de risco de queda. A cada potencial de risco foi atribuído um score (3=Alto risco; 2=Médio risco e 1=Baixo risco). Para além disso, no conhecimento e comportamento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) sobre segurança no hospital, o valor dos referidos scores foram duplicados, por se referirem a fatores de risco com elevada sensibilidade aos cuidados de enfermagem. Por outro lado, o fator de risco "conhecimento dos pais ou criança com mais de 7 anos" foi subdividido em mais um nível, dada a maior abrangência de hipóteses a considerar, tendo resultado as seguintes categorias: "Comportamento dos pais ou criança com mais de 7 anos" - 6=Alto risco; 4=Médio risco e 2=Baixo risco; "Conhecimento dos pais ou criança com mais de 7 anos" - 8=Muito alto risco; 6=Alto risco; 4=Médio risco e 2=Baixo risco.

O somatório dos scores parciais atribuídos aos diferentes fatores de risco resulta num score total, que pode variar entre o mínimo de 13 e o máximo de 41. Para este score total, determinámos 3 intervalos, aos quais correspondem diagnósticos de enfermagem: score 13= Risco de queda em grau reduzido; score entre 14 a 26= Risco de queda em

grau moderado e score entre 27 a 41=Risco de queda em grau elevado.

A tabela seguinte consubstancia o instru-

mento “Sempre em Pé,” apresentando os fatores de risco de queda e os respetivos scores.

Tabela 1 – Instrumento “Sempre em Pé”

Factores de risco	Descrição de factores de risco	Score
Idade	Menos de 4 anos	3
	4-7 anos	2
	Mais de 7 anos	1
Sexo	Masculino	3
	Feminino	1
Medicação	Psicofármacos; antiepiléticos ; anticonvulsivantes; sedativos; anti-depressivo; laxantes; diuréticos	3
	Um dos anteriores	2
	Outro tipo de medicação; sem medicação	1
Ambiente físico	Uso contínuo de equipamentos (perfusão contínua, oxigenoterapia, monitor)	3
	Uso intermitente de equipamentos	2
	Sem uso de equipamento	1
Diagnóstico clínico	Patologia do foro neurológico; psiquiátrico; comportamental	3
	Patologia do foro ortopédico/respiratório	2
	Outra patologia	1
Tempo pós sedação ou anestesia	Até 24 horas	3
	24-48 horas	2
	Mais de 48 horas (ou nenhuma sedação/anestesia)	1
História de quedas	Episódios de quedas desenvolvimentais recorrentes/recentes	3
	Episódios de quedas acidentais recorrentes/recentes	2
	Sem episódios de quedas recentes	1
Tempo previsto de internamento	Curto (1-3 dias)	3
	Longo (mais de 10 dias)	2
	Medio (4-10 dias)	1
Tempo previsto pelos pais para permanecerem junto do filho	Nenhum (criança sozinha)	3
	Menos de 24 horas	2
	24 horas	1
Conhecimento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) sobre segurança no hospital	Não conhece rotinas/estrutura do serviço, não reconhece necessidades da criança no hospital	8
	Não conhece rotinas/estrutura do serviço, reconhece necessidades da criança no hospital	6
	Conhece rotinas/estrutura do serviço, não reconhece necessidades da criança no hospital	4
	Conhece rotinas/estrutura do serviço, reconhece necessidades da criança no hospital	2
Comportamento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) sobre segurança no hospital	Não demonstra comportamento para garantir a segurança	6
	Demonstra potencial de comportamento para garantir a segurança	4
	Demonstra comportamento para garantir a segurança	2
Score Total		41

Para cada fator de risco discriminaram-se as respetivas características, visando, através da uniformização da perceção dessa realidade, que os mesmos se constituíssem auxiliares

da utilização do instrumento, tal como se apresenta na tabela 2.

Tabela 2 – Descritores de fatores de risco

Factores de risco	Descrição	Caracterização
Idade	Menos de 4 anos	Crianças até 4 anos exclusive
	4-7 anos	Crianças de 4-7 anos inclusive
	Mais de 7 anos	Crianças de 8 e mais anos
Sexo	Masculino	
	Feminino	
Medicação	Uso combinado de psicofármacos; anti-epiléticos; sedativos; antidepressivos; laxantes; diuréticos	Uso de dois ou mais fármacos destas categorias por exemplo, Valproato de sódio, Clobazam, Carbamazepina, Lactulose, Furosemida
	Um dos anteriores	Uso de um fármaco de apenas uma das categorias anteriores
	Outro tipo de medicação; sem medicação	Utilização de qualquer fármaco não pertencente às categorias do ponto anterior, como seja Paracetamol, Ibuprofeno, Ventilan, ou então, sem medicação
Ambiente físico	Uso contínuo de equipamentos	Utilização contínua, individual ou conjunta, de equipamentos, tais como máquina perfusora, oxigenoterapia, monitor cardi-respiratório
	Uso intermitente de equipamentos	Uso intermitente, individual ou conjunto, de equipamentos, como sejam nebulizadores, máquina de seringa perfusora
	Sem uso de equipamento	
Diagnóstico clínico	Patologia do foro neurológico; psiquiátrico; comportamental	
	Patologia do foro respiratório	
	Patologia do foro ortopédico	
	Outra patologia	
Tempo pós sedação ou anestesia	Até 24 horas	
	24-48 horas	
	Mais de 48 horas (ou nenhuma sedação/anestesia)	
História de quedas	História de quedas desenvolvimentais recentes recorrentes	Quedas desenvolvimentais: próprias da etapa desenvolvimental Recentes: ocorridas na semana anterior à avaliação do risco de queda Recorrentes: ocorreram com frequência
	História de quedas acidentais recentes recorrentes	Quedas acidentais: não características da etapa desenvolvimental Recentes: ocorridas na semana anterior à avaliação do risco de queda Recorrentes: ocorreram mais do que uma vez
	Sem quedas recentes	
Tempo previsto de internamento	Curto (1-3 dias)	
	Longo (mais de 10 dias)	
	Médio (4-10)	
Tempo previsto pelos pais para permanecerem junto do filho	Nenhum (Criança sozinha)	Criança permanentemente sozinha ou que apenas recebe uma visita rápida esporádica, como seja uma criança institucionalizada que recebe a visita da funcionária
	Menos de 24 horas	Pais que se ausentam uma parte do dia noite ficando a criança sozinha o restante tempo
	24 horas	Crianças constantemente acompanhadas (dia e noite)

<p>Conhecimento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) sobre segurança no hospital</p>	<p><u>Não conhece rotinas e estrutura do serviço, não reconhece necessidades da criança decorrentes da hospitalização</u></p>	<p>Há conhecimento se: Conhecem <u>rotinas</u> - Período do dia em que passa o carro para reposição de aprovisionamento farmácia refeições, para que nestes momentos a criança não permaneça sozinha no corredor principal do serviço; - Significado da sinalização de limpeza em curso. - Períodos em que os enfermeiros passam o turno, nos quais diminui a probabilidade de vigilância da criança Conhecem <u>estrutura do serviço</u> - Espaço físico do serviço - Localização e funcionamento da campainha luz, incluindo luz de presença - Meios necessários aos cuidados de higiene e sua operacionalização, tal como maca-banheira, banheira de RN lactente, muda-fraldas Reconhecem <u>necessidades da criança</u> no hospital - Horário da medicação e respetivos efeitos secundários relevantes; - Calçado e roupa adequados; - Equipamento adaptativo, como seja máquina perfusora, dispositivo de O₂ nebulização, monitor cardiorespiratório, auxiliar de marcha imobilização - Tempo de pós-sedação anestesia inferior a 48 horas - Patologia da criança, dando especial relevo às do foro neurológico psiquiátrico comportamental ortopédico respiratório; - Grau de risco de queda; - Segurança na cama - cama travada, grades elevadas; sem objetos que potencializem quedas e se possível manter a cama numa posição mais baixa; - Segurança durante os cuidados de higiene - não deixa a criança sozinha no muda fraldas banheira; a criança, lactente toddler pré-escolar escolar não realizam brincadeiras durante o banho, potencializadoras de quedas; - Aviso prévio à equipa de enfermagem, antes de deixar a criança sozinha</p>
	<p><u>Não conhece rotinas e estrutura do serviço, reconhece necessidades da criança decorrentes da hospitalização</u></p>	
	<p><u>Conhece rotinas e estrutura do serviço, não reconhece necessidades da criança decorrentes da hospitalização</u></p>	
	<p><u>Conhece rotinas e estrutura do serviço, reconhece necessidades da criança decorrentes da hospitalização</u></p>	

Factores de risco	Descrição de factores de risco	Score
Idade	Menos de 4 anos	3
	4-7 anos	2
	Mais de 7 anos	1
Sexo	Masculino	3
	Feminino	1
Medicação	Psicofármacos; anti-epiléticos ; anti-convulsivantes; sedativos; antidepressivo; laxantes; diuréticos	3
	Um dos anteriores	2
	Outro tipo de medicação; sem medicação	1
Ambiente físico	Uso contínuo de equipamentos (perfusão contínua, oxigenoterapia, monitor)	3
	Uso intermitente de equipamentos	2
	Sem uso de equipamento	1
Diagnóstico clínico	Patologia do foro neurológico; psiquiátrico; comportamental	3
	Patologia do foro ortopédico/respiratório	2
	Outra patologia	1
Tempo pós sedação ou anestesia	Até 24 horas	3
	24-48 horas	2
	Mais de 48 horas (ou nenhuma sedação/anestesia)	1
História de quedas	Episódios de quedas desenvolvimentais recorrentes/recentes	3
	Episódios de quedas acidentais recorrentes/recentes	2
	Sem episódios de quedas recentes	1
Tempo previsto de internamento	Curto (1-3 dias)	3
	Longo (mais de 10 dias)	2
	Medio (4-10 dias)	1
Tempo previsto pelos pais para permanecerem junto do filho	Nenhum (criança sozinha)	3
	Menos de 24 horas	2
	24 horas	1
Conhecimento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) sobre segurança no hospital	Não conhece rotinas/estrutura do serviço, não reconhece necessidades da criança no hospital	8
	Não conhece rotinas/estrutura do serviço, reconhece necessidades da criança no hospital	6
	Conhece rotinas/estrutura do serviço, não reconhece necessidades da criança no hospital	4
	Conhece rotinas/estrutura do serviço, reconhece necessidades da criança no hospital	2
Comportamento dos pais (ou criança com mais de 7 anos) sobre segurança no hospital	Não demonstra comportamento para garantir a segurança	6
	Demonstra potencial de comportamento para garantir a segurança	4
	Demonstra comportamento para garantir a segurança	2
Score Total		41

CONCLUSÃO

Neste artigo, evidenciámos a necessidade de um instrumento validado, para a cultura portuguesa, para avaliação do risco de queda, em contexto hospitalar de pediatria, e procedemos à respetiva apresentação da sua construção. O instrumento suporta a atividade de diagnóstico, permitindo obter dados relevantes para a identificação do risco de queda, assim como para as necessidades de intervenção de enfermagem. O instrumento

foi denominado "Sempre em Pé", e, para a sua construção, identificámos, com suporte na revisão da literatura, os fatores potenciais de tal risco. Concluímos, assim, que esses fatores são: a idade, o sexo, o diagnóstico clínico, o tempo pós sedação ou anestesia, a história de quedas, a medicação administrada, o ambiente físico, o tempo previsto de internamento, o tempo previsto pelos pais para permanecerem junto do filho, bem como o conhecimento e o comportamento dos pais

(ou criança com mais de 7 anos) para garantir a segurança da criança no hospital.

O uso do instrumento demonstra utilidade clínica, na medida em que permite a sistematização do processo de enfermagem relativamente ao foco "Queda", contribuindo para a uniformização de cuidados e respetiva melhoria da qualidade dos mesmos.

Bibliografia ou Referências Bibliográficas

Child Health Corporation of America. (2009). Pediatric Falls: State of the Science. 227-231.

Cooper, C.; Nolt, J. (2007). Development of an evidence-based pediatric fall prevention program. *Journal of Nursing Care Quality*.

Copeland, P. (2008). Transforming Research into Practice. Department of Defense Patient Safety Center.

Graf, E. (2005). Examining inpatient pediatric falls: Understanding the reasons and finding the solutions. *Joint Commission Perspectives on Patient Safety*. 5(9), 5-6.

Hendrich, A. L.; Bender, P. S.; Nyhuis, A. (2003). Validation of the Hendrich II Fall Risk Model: A large concurrent case/control study of hospitalized patients. *Applied Nursing Research*. 9-21.

Hill-Rodriguez, D.; Messmer, P.; Williams, P.; Zeller, R.; Williams A.; Wood, M. (2009) - The Humpty Dumpty Falls Scale: A Case-Control Study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 14(1), 22-32.

Hitcho, E. [et al] (2004). Characteristics and circumstances of falls in a hospital setting: A prospective analysis. *Journal General Internal Medicine*. 19(7), 732-739.

Hockenberry, M.; Winkelstein, M.; Wilson, D. (2006). Wong : fundamentos de enfermagem pediátrica (7ª ed.). São Paulo: Mosby.

International Council of Nurses (ICN) (2002).

Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE): versão Beta 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros

Kissinger, E.; Marin, A. (2010). Pediatric Falls Risk Assessment In The Hospitalized Child (Master Thesis). California State University, Sacramento, USA.

Krauss, M., [et al.] (2005) - A Case-control Study of Patient, Medication and Care-related Risk Factors for Inpatient Falls. *Journal of General Internal Medicine*. 20(2), 116-122.

Morse, J. M. (1993). Nursing research on patient falls in health care institutions. *Annual Review of Nursing Research*. 299-316.

Oliver, D.; Dalvy, F.; Martin, F; McMurdo, M (2004) - Risk factors and risk assessment tools for falls in hospital in-patients: A systematic review. *Age & Ageing*. 33(2). 122-130.

Pereira, F. (2007). Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar do Porto, Portugal.

Ministério da Saúde. Direção Geral de Saúde. (2005). Saúde infantil e juvenil: Programa-tipo de atuação. Lisboa, Portugal: 2ª edição.

Rannie, M.; Neiman, J. (2009). I'm Safe: Development of a Fall Prevention Program to Enhance Quality and Patient Safety. Colorado: Children's Hospital Denver.

Razmus, I.; Wilson, D.; Smith, R.; Newman, E. (2006) - Falls in Hospitalized Children. *Pediatric Nursing*. 32(6), 568-572.

Tzeng, H.; Yin, C. (2008). Innovation in patient safety: A new task design in reducing patient falls. *Journal of Nursing Care Quality*. 23(1), 34-42.

TERAPIA COMPRESSIVA: TEORIA PARA A PRÁTICA



CLÁUDIA PATRÍCIA SOBREIRA ARAÚJO

Licenciatura em Enfermagem

Mestrado em Saúde Pública

Pós-Graduação em Feridas e Viabilidade Tecidual

Aluna do Mestrado em Feridas e Viabilidade Tecidual

RESUMO

A úlcera de perna é considerada um flagelo à escala mundial, não apenas pela sua elevada pre-valência, mas também pelo impacto nefasto que representa na qualidade de vida das pessoas, família, bem como pelas repercussões negativas ao nível económico e social dos países. O enfoque da atuação dos profissionais de saúde não se deve centrar na ferida, sendo que o sucesso da cicatrização não se restringe em garantir condições locais favoráveis ao processo de reparação tecidual. O processo cicatricial é um fenómeno sistémico, pelo que na abordagem à úlcera de perna associada à insuficiência venosa (úlceras de perna de etiologia venosa), torna-se imprescindível reconhecer a terapia compressiva como fator determinante para a cicatrização.

PALAVRAS-CHAVE: Bandagens compressivas, insuficiência venosa, úlcera da perna.

ABSTRACT

A leg ulcer is considered a scourge on a global scale, not only for its high prevalence, but also by the adverse impact that represents the quality of life for person with wound and their family, and the negative impact the economic and social development of countries. The focus of the performance of health professionals should focus not on the wound, and the success of healing is not restricted to ensure favorable local conditions the tissue repair process. The healing process is a systemic phenomenon, so the approach to leg ulcers associated with venous insufficiency (venous leg ulcers), it becomes imperative to recognize compressive therapy as a factor in healing.

KEYWORDS: Bandages compression, venous insufficiency, leg ulcer.

0. Introdução

Atualmente, assiste-se à necessidade de investimento nos cuidados de saúde às pessoas com úlcera crónica de etiologia venosa, na medida em que estas feridas apresentam uma estreita relação com os fatores de risco cardiovascular que, cada vez mais, caracterizam o estilo de vida das populações.

A avaliação inicial da pessoa com úlcera venosa permite o conhecimento de todos os

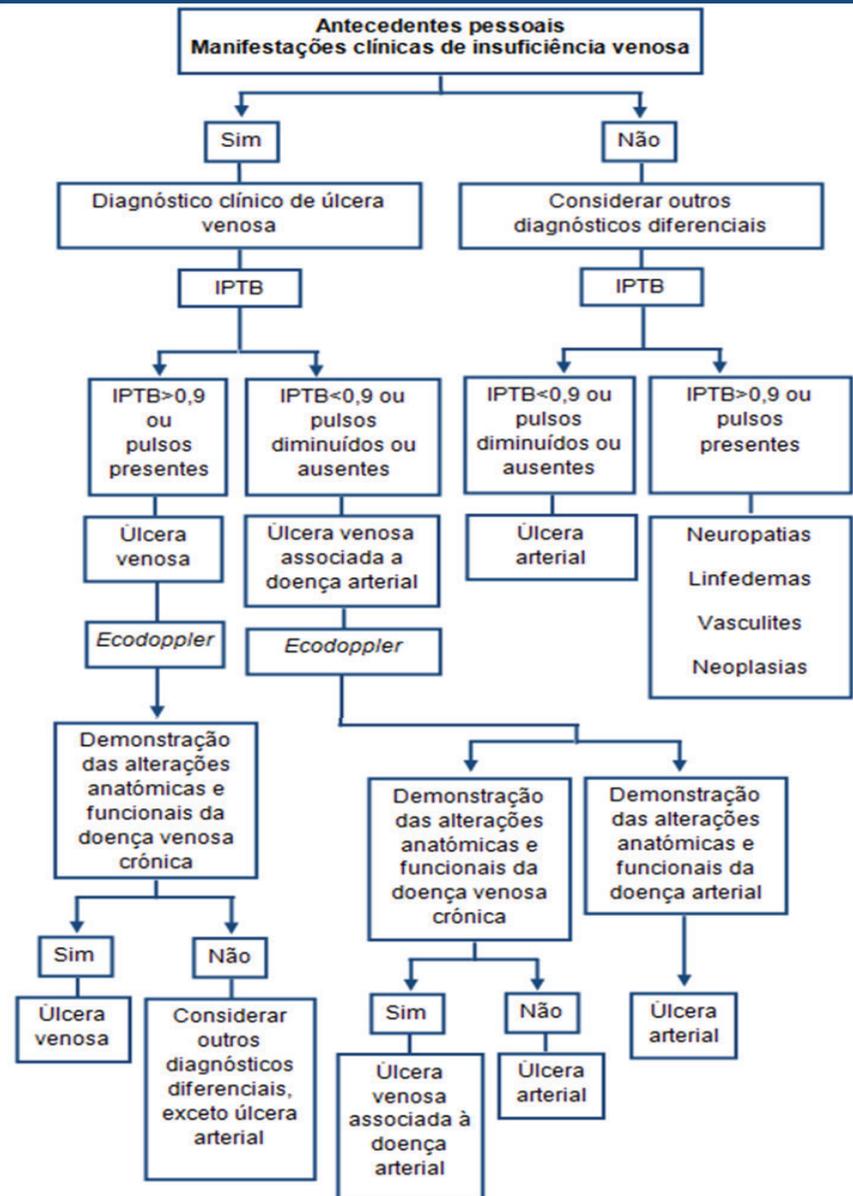
fatores que direta ou indiretamente podem influenciar o processo de cicatrização. Neste contexto, será importante enfatizar a importância da monitorização do estado da ferida, na medida em que permite ao profissional de saúde, informada e atempadamente, decidir sobre o tratamento a efetuar e avaliar a sua eficiência. Outro aspeto de extrema importância na abordagem à pessoa com insuficiência venosa crónica e úlcera venosa é a elevada incidência de dermatites de contacto, decorrentes da fragilidade que a pele apresenta, sobretudo na parte inferior das pernas. Tal facto torna imperioso o conhecimento da composição dos produtos de aplicação tópica utilizados, de forma a minimizar a possibilidade de ocorrência de reações de

hipersensibilidade.

I. Insuficiência venosa

As úlceras crónicas de etiologia vascular têm-se tornado um importante problema de saúde.⁽¹⁾ Atualmente, assiste-se a uma mudança no comportamento da mortalidade e da natalidade que, a longo prazo, se traduzem no envelhecimento da população, aspeto com importante repercussão no desenvolvimento da úlcera de perna.⁽¹⁾

Figura 1
Algoritmo de diagnóstico da insuficiência venosa crónica.⁽³⁾



1. Fisiopatologia da insuficiência venosa

A função fisiológica do sistema venoso depende da integridade anatômica das veias, da competência valvular e do bom funcionamento da bomba periférica.⁽¹⁾ O fluxo venoso é auxiliado pela musculatura da perna, que funciona como uma verdadeira bomba periférica, ajudando as válvulas a superar a força da gravidade, a impulsionar o sangue para o coração e a diminuir a pressão no interior das veias.⁽¹⁾ A pressão venosa é resultado da pressão hidrostática exercida pela coluna de sangue entre as pernas e a aurícula direita.⁽¹⁾ Durante o exercício físico e em andamento, o músculo gemelar contrai-se e a pressão no sistema venoso profundo diminui, direcionando o sangue do sistema superficial, através das veias comunicantes, até às veias profundas.⁽²⁾

Nas pessoas com insuficiência venosa, a diminuição da pressão profunda, durante o exercício, não é suficiente ocorrendo, conseqüentemente, hipertensão ao nível do sistema venoso.⁽²⁾

A realização do diagnóstico diferencial assume uma importância ímpar, apresentando-se como imprescindível no tratamento da úlcera de perna. Deste modo, o diagnóstico deve ser elaborado mediante uma avaliação holística da pessoa, integrando os seus antecedentes pessoais e familiares, exame físico e exames complementares de diagnóstico de insuficiência venosa ⁽²⁾ (esquema 1).

2. Diagnóstico da insuficiência venosa

2.1. Anamnese e exame físico

Na avaliação da insuficiência venosa e planejamento das intervenções é importante conhecer a história pessoal de saúde, os es-

Quadro 1

Manifestações clínicas da insuficiência venosa

(adaptado de Furtado, 2003; Pina, Furtado e Albino, 2007)^(2,4)

Sinais e sintomas	Descrição
Hiperpigmentação	Extravasamento de glóbulos vermelhos para o espaço intersticial, que se depositam sob a forma de hemosiderina.
Lipodermatosclerose	Nas formas mais avançadas, a hiperpigmentação confere rigidez e fibrose da derme e tecido subcutâneo.
Coroa flebostática	Veias perimaleolares dilatadas.
Veias varicosas	Veias dilatadas, proeminentes e tortuosas.
Edema	Resultado do aumento da pressão sanguínea nas veias varicosas, com extravasamento de plasma e hemosiderina.
Eczema varicoso	Extravasamento de enzimas proteolíticas irritantes, hemosiderina e outros produtos degradados e/ou por ação irritativa decorrente da aplicação de produtos tópicos.
Atrofia branca	Áreas não vascularizadas de tecido branco/rosado.
Dor	Sensação de peso e/ou prurido, aliviada com a elevação da perna, exercício ou compressão.
Pulso	Pulso dorsal pedioso ou tibial posterior presente. A ausência de pulsos não é suficiente, por si só, para detetar a presença de compromisso arterial.

tilos de vida, em particular os fatores risco, e a história familiar da pessoa.⁽¹⁾ A avaliação física da pessoa deve centrar-se no sistema vascular, atendendo, sobretudo, às manifestações clínicas de insuficiência venosa crónica (quadro 1) e nas características da úlcera.⁽¹⁾

2.2. Exames complementares de diagnóstico

Doppler ultrassom manual e índice de pressão tornozelo/braço

O *doppler* é constituído por uma sonda ou transdutor ligado a uma unidade áudio, que com recurso a um gel apropriado deteta o fluxo sanguíneo, sendo o som amplificado pela unidade áudio.⁽⁴⁾

O som é medido em mega hertz (MHz) e as sondas devem ser de 4 a 8 MHz para detetarem o fluxo de sangue da perna.⁽⁴⁾ A avaliação do tipo de som transmitido pode ser fundamental para o diagnóstico ⁽⁴⁾ (quadro 2). É importante não esquecer que o *doppler* só permite a deteção de alterações macrocirculatórias. Na diabetes pode haver uma componente microangiopática, que apenas pode ser avaliada por técnicas sofisticadas (*laser-doppler*).⁽⁴⁾ O índice de pressão tornozelo/braço (IPTB) é um método não invasivo utilizado para a deteção de insuficiência arterial. Este exame baseia-se na avaliação das pressões arteriais nos tornozelos e nos braços (quadro 3), utilizando-se um esfigmomanómetro e um aparelho de *doppler* ultrassom manual e portátil ⁽⁵⁾ (figura 2 e 3).

Na diabetes e em pessoas idosas, o índice de pressão tornozelo/braço pode ser normal ou muito elevado por incompressibilidade das artérias devido a calcificação, que impede o esfigmomanómetro de produzir a sua oclusão.⁽⁴⁾

Ecodoppler

Sempre que possível, deve-se solicitar um estudo do membro afetado, pela realização de um *ecodoppler*, de preferência colorido. Este exame permite determinar com rigor a situação venosa existente ou seja, se o comprometimento venoso é dependente do sistema venoso profundo, superficial ou das veias perforantes.⁽⁵⁾

II. Terapia compressiva

A compressão permite diminuir a hipertensão ao nível do sistema venoso superficial e profundo, pois induz o aumento da velocidade do fluxo circulatório e, por tal, facilita o retorno venoso, reduz o exsudado, devido à diminuição das diferenças de pressão capilar, e facilita o transporte dos produtos metabólicos acumulados a nível microcirculatório, promovendo a cicatrização da úlcera.⁽⁷⁾ A terapia compressiva é a base do tratamento das úlceras venosas e por tal recomenda-se que as pessoas com insuficiência venosa crónica e índice de pressão tornozelo/braço maior ou igual a 0,8 sejam tratadas com compressão do membro. A cicatrização em meio húmido combinada com a compressão melhora a taxa de cicatrização das úlceras venosas, ao mesmo tempo que a efetividade da compressão forte é maior do que a da compressão fraca, em úlceras sem compromisso arterial.⁽²⁾

1. Princípios da compressão graduada

A pressão nas veias na posição vertical é hidrostática, pois a pressão proximal é, habitualmente, inferior à pressão distal. Assim, a pressão externa é progressivamente inferior desde o tornozelo até ao joelho.⁽⁴⁾ A pressão aplicada pela ligadura é menor onde o diâmetro da perna é maior e maior onde o

Quadro 2	
Sons transmitidos na avaliação com <i>doppler</i> ultrassom. ⁽⁴⁾	
Tipo de som	Significado
Som forte, trifásico (por vezes bifásico), pulsátil	Artérias saudáveis
Som abafado, monofásico embora pulsátil	Artérias comprometidas
Som modulado com o ciclo respiratório (sopro contínuo)	Veias

diâmetro é menor.⁽⁴⁾ Partindo do princípio que o tornozelo tem um diâmetro inferior ao da região gemelar, então a aplicação da ligadura, com a mesma tensão, ao longo da perna irá fornecer uma compressão maior na região maleolar e menor na região gemelar.⁽⁴⁾ Este fenómeno, denominado por compressão graduada, impulsiona os fluidos dos espaços intersticiais para o sistema vascular e linfático.⁽⁴⁾

2. Vigilância da terapia compressiva

A instituição da terapêutica compressiva pressupõe uma imprescindível avaliação de ambos os membros inferiores, 24 horas após a primeira aplicação, removendo a ligadura.⁽⁴⁾ A monitorização da compressão deve integrar a medição do diâmetro do tornozelo e da região ge-

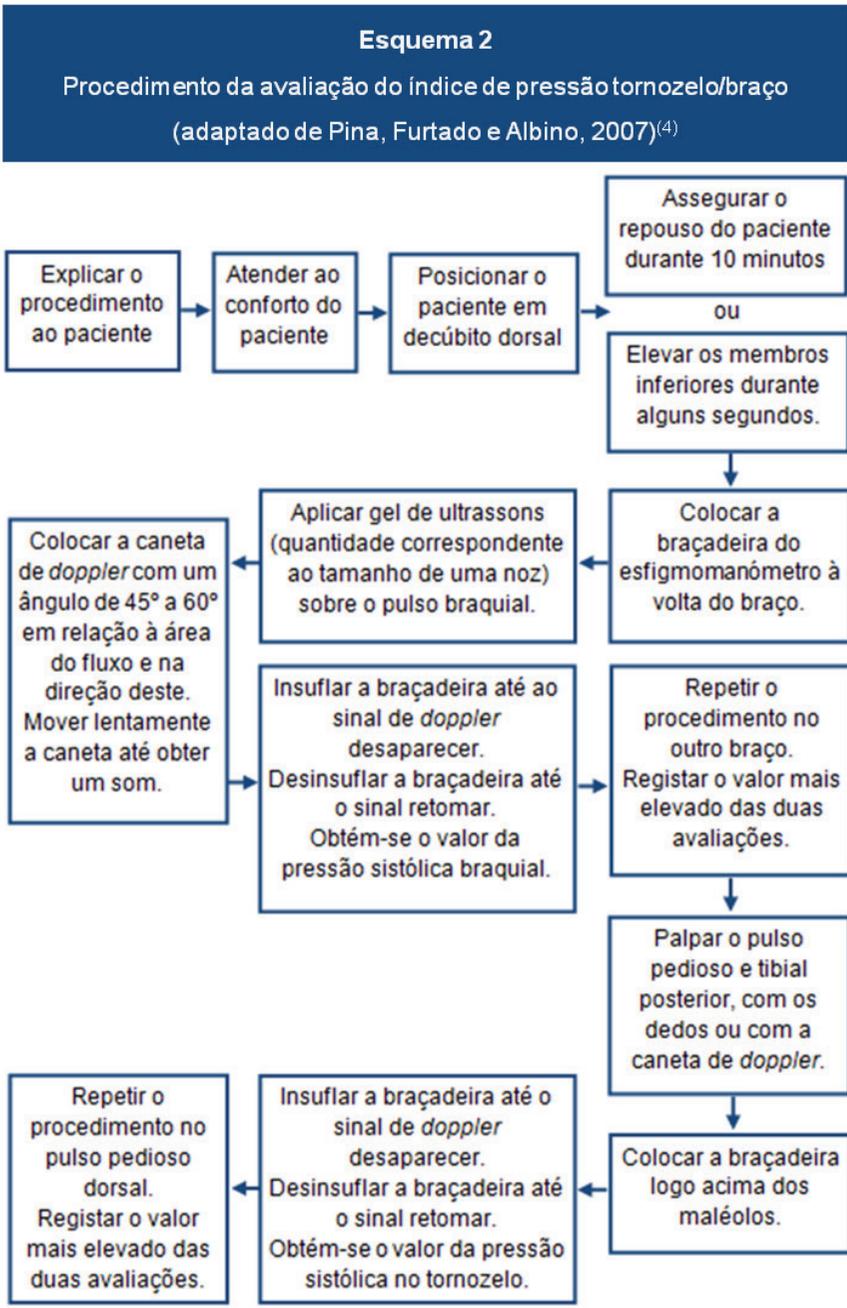


Figura 3
Fórmula para o cálculo do índice de pressão tornozelo/braço⁽⁶⁾

$$\text{IPTB} = \frac{\text{Valor mais alto da Pressão Sistólica no Tornozelo}}{\text{Valor mais alto da Pressão Sistólica no Braço}}$$

melar, a avaliação da mobilidade da articulação tibiotársica e o cálculo do índice de pressão tornozelo/braço.⁽⁴⁾ A técnica correta de aplicação da ligadura exige a manutenção do nível de compressão, durante todo o tempo de permanência da ligadura. Antes da aplicação da ligadura é necessário medir a circunferência do tornozelo para selecionar o tamanho apropriado da ligadura.⁽⁴⁾ Os pacientes devem ser ensinados a rastrear sinais sintomas de compressão inadequada.⁽⁴⁾ Nas pessoas com insuficiência cardíaca crónica, a compressão deve ser efetuada de forma gradual, para evitar a sobrecarga cardíaca.⁽⁴⁾ A terapêutica de compressão está contraindicada em pessoas com insuficiência cardíaca congestiva descompensada.⁽⁴⁾

3. Sistemas de compressão

Apesar de não ser consensual, a maioria dos especialistas dá preferência à compressão com recurso a ligaduras, para a cicatrização das úlceras venosas, e as meias de compressão, para a prevenção de recidiva da úlcera e controlo do edema.⁽⁴⁾ A ligadura deve ser aplicada a partir da base dos dedos, incluindo todo o calcanhar, até ao joelho (suficiente na maioria dos casos). A posição do pé deve

Quadro 3 Interpretação dos valores do índice de pressão tornozelo/braço. ⁽⁶⁾	
IPTB	Gravidade da doença arterial
≥1,3	Índice aumentado que pode indicar doença arterial/calcificação. Referenciar para a consulta de cirurgia vascular.
1,0 – 1,3	Circulação arterial normal.
0,8 – 1,0	Doença arterial moderada.
0,5 – 0,8	Doença arterial moderada a severa. Pode-se verificar claudicação intermitente. Referenciar para a consulta de cirurgia vascular.
≤0,4	Isquemia severa. Pode-se verificar dor em repouso. Referenciar com urgência para a consulta de cirurgia vascular.

ser de 90° em relação à perna, de forma a libertar a articulação tibiotársica, que promove o funcionamento da bomba gemelar.⁽⁴⁾ A compressão graduada é obtida aplicando a ligadura com a mesma tensão ao longo de toda a perna.⁽⁴⁾ A par da tensão, a circunferência da perna e o número de camadas de ligadura têm influência na pressão subligadura⁽⁴⁾ (quadro 4).

As ligaduras de compressão são constituídas por diferentes materiais e estão disponíveis em diferentes comprimentos, larguras e extensibilidades.⁽⁴⁾ As ligaduras de compressão podem ser divididas em quatro tipos: ligaduras de longa tração (elásticas), ligaduras de curta tração (inelásticas), ligaduras coesivas e ligaduras impregnadas com cola de zinco. A compressão pode ainda ser efetuada pelo

Quadro 4 Fatores que interferem na pressão subligadura (adaptado de Pina, Furtado e Albino, 2007). ⁽⁴⁾	
Fator	Influência
Circunferência da perna	Quanto maior for, menor será a compressão obtida com uma dada tensão aplicada na ligadura.
Número de camadas de ligadura	Quanto maior for o número de camadas, maior será a pressão subligadura.
Tensão aplicada na ligadura ou grau de tração aplicada	Quanto maior for a tração maior será a pressão subligadura.

sistema de quatro camadas.⁽⁴⁾ A escolha do tipo de ligadura deve atender às especificidades de cada pessoa, incluindo-se necessariamente o cálculo do índice de pressão tornozelo/braço ⁽⁴⁾ (quadro 5).

As ligaduras de compressão devem ser precedidas de almofadamento, exceto as ligaduras impregnadas de cola de zinco, com o objetivo de proteger as proeminências ósseas e as zonas de risco aumentado de fricção/pressão, bem como de absorver o exsudado.

⁽⁴⁾ As ligaduras de almofadamento devem ser, preferencialmente, de material sintético, pois permitem a passagem do exsudado sem ficarem saturadas, ao contrário do que acontece com as ligaduras de algodão hidrofílico.⁽⁴⁾ As ligaduras de almofadamento têm, habitualmente, 10 centímetros de largura e devem ser aplicadas sem tensão. Estas ligaduras aplicam-se em circular no pé e em espiral ao longo da perna, com 50% de sobreposição.

⁽⁴⁾ A camada de algodão pode ser duplicada, de modo a fornecer almofadamento extra na região tibial ou colocada longitudinalmente sobre a proeminência tibial. O dorso do pé e o tendão de Aquiles devem ser, da mesma forma, bem almofadados.⁽⁴⁾ A aplicação da ligadura de almofadamento é obrigatória quando a circunferência do tornozelo mede menos de 18 centímetros.⁽⁴⁾ As ligaduras de almofadamento podem ser utilizadas ainda

para contornar as pernas de conformação anormal, como no caso de pernas tipo cilindro ou tipo garrafa de champanhe invertida.⁽⁴⁾ A aplicação de uma ligadura com 50% de sobreposição pode ser facilitada com a marcação de pontos na ligadura de 10 em 10 centímetros.⁽⁴⁾ A extensibilidade pode ser avaliada pela percentagem de aumento entre os intervalos marcados, ou seja se marcarmos pontos de 10 em 10 centímetros, ao aplicarmos a ligadura com 50% de extensibilidade a distância entre os dois pontos deve ser de 15 centímetros.⁽⁴⁾ A aplicação da ligadura de forma consistente e com 50 % de sobreposição reduz o risco de aparecimento de edema e de lesões por pressão/fricção excessiva.⁽⁴⁾

Ligaduras de longa tração (elásticas)

As ligaduras de longa tração são constituídas por fibras e exercem compressão durante o movimento e em repouso.⁽⁴⁾ As ligaduras de longa tração dividem quatro classes: ligaduras de compressão ligeira (3a), ligaduras de compressão moderada (3b), ligaduras de compressão forte (3c), ligaduras de compressão extraforte (3d) ⁽⁴⁾ (quadro 6).

As ligaduras de longa tração devem ser aplicadas em cruzado no pé e em espiral na perna, exercendo-se 50% de extensibilidade e

50% de sobreposição.⁽⁴⁾ As ligaduras de compressão ligeira (3a) podem ser aplicadas em espiral ou espiga. Estas ligaduras podem ser utilizadas no sistema de quatro camadas.⁽⁴⁾ As ligaduras de compressão moderada (3b) e as ligaduras de compressão forte (3c) têm maior espessura do que as de compressão ligeira e apresentam elasticidades até 120%. Estas ligaduras (3b e 3c) devem ser aplicadas em espiral, pois outros métodos podem originar pressões excessivas. As ligaduras de compressão moderada ou forte podem ser utilizadas como sistema de compressão único ou integradas no sistema de quatro camadas.⁽⁴⁾ Ao contrário das ligaduras da classe 3a, 3b e 3c, as ligaduras de compressão extraforte (3d) não podem permanecer colocadas durante longos períodos de tempo, pois podem provocar lesões por excesso de pressão, devendo, por tal, ser removidas à noite e reaplicadas de manhã.⁽⁴⁾

Ligaduras de curta tração (inelásticas)

As ligaduras de curta tração são constituídas por 100% de algodão, são rijas e apresentam pouca elasticidade.⁽⁴⁾ Estas ligaduras não se distendem aquando da contração do músculo gemelar, pelo que a sua eficácia depende da mobilidade do indivíduo. Em repouso é exercida uma pressão subligadura fraca. Durante o exercício, o músculo gemelar contrai-se contra a ligadura causando um aumento da pressão subligadura.⁽⁴⁾ As ligaduras inelásticas estão indicadas em pacientes com mobilidade mantida (articulação dorso-plantar livre) e/ou quando as ligaduras elásticas ou os sistemas multicamadas provocam dor durante a noite.⁽⁴⁾ A aplicação de ligaduras de curta tração pode ser realizada de acordo com várias técnicas.⁽⁴⁾ Na técnica de ligadura circular dupla são aplicadas duas

ligaduras, de 8 e 10 cm de largura, em direções opostas, desde a base dos dedos até ao joelho. A ligadura é aplicada em cruzado no pé e espiral na perna, exercendo-se máxima tração.⁽⁴⁾

Ligaduras coesivas

As ligaduras coesivas contêm látex, pelo que não devem ser aplicadas em contacto com a pele.⁽⁴⁾ Estas ligaduras são de uso único.⁽⁴⁾ As ligaduras coesivas exercem compressão em repouso e durante o exercício, e adaptam-se às variações de edema da perna.⁽⁴⁾ Estas ligaduras podem ser utilizadas individualmente, precedidas de ligadura de crepe para facilitar as forças de atrito, ou integradas no sistema de quatro camadas.⁽⁴⁾ As ligaduras coesivas são aplicadas em cruzado no pé e espiral na perna, exercendo-se 50% de extensibilidade e 50% de sobreposição a partir do tornozelo.⁽⁴⁾

Ligaduras impregnadas de zinco

As ligaduras impregnadas de zinco convertem-se num sistema semirrígido após a secagem. Este sistema pode manter-se na perna até duas semanas.⁽⁴⁾ Estas ligaduras são utilizadas no tratamento de problemas cutâneos associados a ulceração da perna, tais como o eczema e a inflamação.⁽⁴⁾ As ligaduras impregnadas são oclusivas e potencializam a absorção de medicamentos tópicos, como os corticosteróides.⁽⁴⁾ A seleção deste tipo de ligaduras depende do estado da pele perilesional e não da fase de cicatrização da úlcera.⁽⁴⁾ Estas ligaduras podem ser utilizadas como penso primário, dado que obedecem a uma grande parte dos critérios de cicatrização em meio húmido, com a vantagem de absorverem o exsudado e destacarem o tecido amarelo, espesso do leito da ferida.⁽⁴⁾ De forma a obter-se uma compressão graduada é ne-

cessário utilizar um sistema de multicamadas de ligadura de cola de zinco.⁽⁴⁾ A ligadura de cola de zinco pode ser aplicada em espiral ao longo de toda a perna; aplicada em camadas alternadas em direções opostas, cortando a ligaduras após cada camada; aplicada em camadas longitudinais, entre outras técnicas.⁽⁴⁾ Independentemente do método escolhido é importante lembrar que estas ligaduras tendem a encolher ligeiramente à medida que secam, o que pode causar traumatismos, quando aplicada demasiado apertadas.⁽⁴⁾

Sistema de compressão de quatro camadas

A compressão produzida pelos sistemas de quatro camadas baseia-se no princípio de que a aplicação de uma acumulação de camadas recorrendo a ligaduras mais fracas, a pressão exercida aumenta gradualmente.⁽⁴⁾ As ligaduras que integram este sistema têm diferentes propriedades e em conjunto oferecem uma pressão de cerca de 40 mmHg no tornozelo, que decresce até 17 mmHg ao nível do joelho.

⁽⁴⁾ O sistema de quatro camadas é composto, seguindo a ordem de aplicação, pela camada de ligadura de almofadamento, ligadura de crepe, ligadura elástica de ligeira ou média compressão e ligadura elástica adesiva de média compressão (sistema de uso único).⁽⁴⁾

A ligadura de algodão deve ser aplicada, sem esticar, em espiral desde a base dos dedos até ao joelho.⁽⁴⁾ A ligadura de crepe deve ser aplicada em cruzado no pé e em espiral na perna, com firmeza, pois toda a sua tensão perde-se ao fim de 20 minutos.⁽⁴⁾ A ligadura elástica de ligeira ou média compressão deve ser aplicada em cruzado desde a base dos dedos até ao joelho, exercendo-se 50% de extensibilidade e 50% de sobreposição.

⁽⁴⁾ A ligadura coesiva de média compressão deve ser aplicada em cruzado no pé e em

espiral na perna, com 50% de extensibilidade e 50% de sobreposição.⁽⁴⁾

IV. Considerações finais

As úlceras crónicas de etiologia vascular têm-se tornado um importante problema de saúde. Atualmente, assiste-se a uma mudança no comportamento da mortalidade e da natalidade que, a longo prazo, se traduzem no envelhecimento da população, aspeto com importante repercussão no desenvolvimento da úlcera de perna.⁽¹⁾

A doença venosa crónica é a causa subjacente em 95% das úlceras de perna.⁽⁵⁾ A formação da úlcera é explicada pela ação contínua da hipertensão na parede das veias. As teorias mais citadas sobre a doença venosa são a teoria de *cuffs* de fibrina, a teoria do *trapping* dos leucócitos e a hipótese dos fatores de crescimento.⁽¹⁾

A doença venosa crónica é a sétima doença crónica mais comum e a causa subjacente de 95% das úlceras de perna. A cicatrização de feridas, sobretudo das crónicas, é um fenómeno complexo, dinâmico e sistémico, pelo que a avaliação da ferida deve incluir e valorizar todos os fatores inerentes ao indivíduo, os quais podem influenciar, de forma positiva ou negativa, a cicatrização. A avaliação e a documentação da evolução da ferida são extremamente importantes, na medida que se encontram na base da escolha do tratamento apropriado para cada caso, devendo ser realizadas de forma sistemática, desde a ocorrência da lesão até sua completa resolução. Os indivíduos com insuficiência venosa apresentam a pele fragilizada, sobretudo na parte inferior das pernas, pelo que frequentemente desenvolvem dermatites

de contacto. Assim, a escolha dos produtos de aplicação tópica deve ser realizada tendo em conta o risco que estes pacientes apresentam a determinadas substâncias consideradas hipersensibilizantes.

Contudo, e apesar da importância de uma escolha adequada do tipo de penso a aplicar, é primordial o conhecimento dos princípios da preparação do leito da ferida, descritos no acrónimo TIME.

Os objetivos gerais da preparação do leito da ferida são tão relevantes para o tratamento das úlceras venosas como para qualquer outro tipo de ferida crónica. Contudo, as diferentes componentes da preparação do leito da ferida não apresentam a mesma ênfase, quando estamos perante uma úlcera de perna de etiologia venosa. O desbridamento raramente é um problema, sendo que a prioridade maior é conseguir alcançar um equilíbrio da humidade através da melhoria do retorno venoso. A estimulação das margens epiteliais encontra-se intrinsecamente ligada a um equilíbrio da humidade, pois na sua ausência a migração da epiderme não ocorre.

Assim, será de realçar a importância da terapia de compressão como base do tratamento das úlceras de etiologia venosa, a qual combinada com a manutenção da humidade no leito da ferida evidencia melhorias no processo de cicatrização das úlceras desta etiologia. A maioria das úlceras venosas cicatriza com a aplicação de ligaduras de alta compressão e pensos simples não aderentes.

V. Referências bibliográficas

1. Jorge, C. e Dantas, S. – Tratamento multidisciplinar de feridas. Lisboa: Climepsi, 2003.
2. Furtado, K. – Úlcera de perna: tratamento baseado na evidência in Nursing, Julho. Lisboa: Revista Nursing, 2003.
3. Diagnóstico da etiologia das úlceras crónicas dos membros inferiores. [Em linha]. Disponível em [<http://www.anaisdedermatologia.org.br>]. Consultado em [25/01/2012].
4. Pina, E., Furtado, K., Albino, A. – Boas práticas no tratamento e prevenção das úlceras de perna de origem venosa. Grupo de Investigação em Feridas, 2007.
5. Baranosky, S. e Ayello, E. A. – O essencial sobre o tratamento de feridas: princípios básicos. Loures: Lusodidacta, 2006.
6. Miguéns, C. – Avaliação do índice de pressão tornozelo braço. Lisboa: Revista Nursing, 2008.
7. Fletcher, A., Cullum, N., Sheldon, T. – A Systematic Review of Compression Treatment for Venous Leg Ulcers. Local: BMJ, 1997.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM JUNTO DA PESSOA COM AVC E SUA FAMÍLIA



ALDA MARIA CAVALEIRO DE MELO

*Enfermeira Especialista de Reabilitação
Pós Graduada em Gestão de Serviços de Saúde
Serviço de Neurologia 3
Hospitais da Universidade de Coimbra*

RESUMO

Os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) são um grave problema de saúde pública. São a primeira causa de morte e de incapacidade em Portugal.

Sofrer um AVC é uma vivência altamente stressante para o doente e família. Frequentemente provoca incapacidades que deixam um elevado grau de dependência, exigindo uma reorganização do funcionamento familiar.

A redução do período de internamento, defendida como um importante factor de recuperação, é também um constrangimento a que temos de responder adequada e atem-

padamente através do diagnóstico correcto da situação (capacidades do doente e condições futuras de progressão), do planeamento das actividades a implementar e conseguir a adesão da família para apoio subsequente.

A preparação do regresso a casa tem em vista ensinar/treinar o doente e família na prestação de cuidados, pelo que o seu planeamento deve acontecer logo após o internamento do doente, durante a fase aguda.

Palavras-chave: Pessoa; AVC; Família; Dependência; Preparação do Regresso a Casa; Continuidade de Cuidados; Intervenções de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular cerebral (AVC) é uma das afecções neurológicas agudas mais frequentes, é a primeira causa de morte e incapacidade em Portugal tornando-se numa das principais causas de internamento hospitalar (FERRO, 2006).

O AVC é uma perturbação em que há perda súbita da consciência, ou perda da função motora ou sensorial que resulta da privação da irrigação sanguínea numa determinada área do cérebro, em consequência de um bloqueio, obstrução ou hemorragia de vasos sanguíneos que o alimentam. Este produz défices relacionados com a perda de função da área afectada (SORENSEN e LUCKMAN, 1998).

O risco de AVC aumenta com a idade, particularmente a partir dos 40 anos. São mais frequentes em indivíduos com doenças cardíacas, hipertensão arterial, diabetes, hiperlipidemia, obesidade e tabagismo (MARTINS, 2002).

Embora a morte por esta afecção tenha vindo a diminuir significativamente, o AVC é um grave problema de saúde pública, dado o elevado número de pessoas com factores de risco e o elevado nível de dependência que frequentemente deixam na pessoa que o sofreu.

A morbidade e mortalidade que advêm desta doença está na proporção inversa das mesmas, ou seja, a redução da mortalidade pelos meios que hoje temos à nossa disposição leva ao aumento do número de pessoas que sobrevivem, mas com um grau de dependência e incapacidade significativo.

Actualmente, dada a estrutura das famílias é muito complicado dar resposta às necessidades de um familiar dependente. Este trabalho reflecte as nossas preocupações do quotidiano quando cuidamos o doente com AVC. Baseado numa pesquisa bibliográfica que sustenta os pressupostos das nossas preocupações. Optamos por sistematiza-

-lo em fase aguda, principais diagnósticos e intervenções, e reabilitação com ênfase no envolvimento da família na prestação de cuidados para preparar o regresso a casa da pessoa com AVC.

OBJECTIVOS

Assim com a elaboração deste trabalho pretendemos alcançar os seguintes objectivos:

- Identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem mais frequentes na pessoa com AVC;
- Informar sobre estratégias de continuidade de cuidados;
- Reflectir sobre as intervenções junto da pessoa com AVC e sua família.

DIAGNOSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

SORENSEN e LUCKMANN (1998), consideram que na fase aguda do AVC, os objectivos de enfermagem estão direccionados essencialmente para a manutenção da vida e prevenção de complicações, através da monitorização dos sinais vitais, manutenção e/ou restabelecimento da permeabilidade das vias aéreas e prevenção de defeitos da ventilação (hipo e hiper ventilação); manutenção de veia permeável para administração de terapêutica prescrita; avaliação contínua dos parâmetros neurológicos, registo do estado de consciência, diâmetro e reacção pupilar, força muscular e défices observados; a avaliação do reflexo de deglutição é fundamental na prevenção de pneumonias de aspiração; a vigilância da eliminação vesical e controle do risco de retenção urinária; satisfação das necessidades humanas fundamentais; posicionamento correcto para prevenção de espasticidade, pé equino, úlceras de pressão e deformidades osteo-articulares.

Na opinião de MARTINS (2006), hemiplegia, hemiparésia, disfagia, apraxia, alterações visuais e da linguagem, agnosia, incontinência,

dor do ombro, alterações emocionais e comportamentais são frequentes após o AVC e expõem os doentes a graves problemas de saúde e bem-estar.

Os défices neurológicos provocados pelo AVC requerem uma longa e assídua intervenção de enfermagem junto do doente e família, desde o seu início e durante todo o processo de reabilitação.

MARTINS (2006), considera que a reabilitação é um requisito básico no tratamento após o AVC, e deve iniciar-se nas primeiras 48 a 72 horas.

Principais diagnósticos e intervenções de enfermagem

Se na fase imediata ao AVC se impõem intervenções de vigilância e de manutenção da vida, que frequentemente está em risco. Na fase seguinte as preocupações de enfermagem direccionam-se para a prevenção de complicações e reabilitação das incapacidades. Sendo identificados diagnósticos de enfermagem como risco de aspiração, risco de ulcera de pressão, parésia, risco de espasticidade, risco de rigidez articular, risco de pé equino, equilíbrio corporal alterado, deficit para os autocuidados, deficits sensoriais e cognitivos, dor e promoção da adesão ao regime terapêutico.

Risco de aspiração

Aspiração – "(...) é um tipo de Limpeza das Vias Aéreas com as seguintes características específicas: inalação de substâncias provenientes do exterior ou do estômago para as vias aéreas inferiores" (C.I.P.E., 2003).

As principais intervenções de enfermagem para a prevenir a aspiração direccionam-se para:

- Vigiar respiração;
- Vigiar tosse;
- Vigiar conteúdo gástrico;
- Supervisionar refeição;
- Inspeccionar cavidade oral após a refeição;

- Gerir dieta;
- Optimizar SNG;
- Aspirar secreções;
- Posicionar o doente em semi-fowler durante a refeição e na hora seguinte de forma a prevenir o refluxo gastroesofágico;
- Ensinar doente e família sobre prevenção da aspiração;
- Ensinar família sobre preparação/selecção dos alimentos.

Risco de ulcera de pressão

Úlcera de Pressão – "(...) é um tipo de Úlcera com as seguintes características específicas: inflamação ou ferida sobre as proeminências ósseas devido a compressão e fricção da pele entre o osso e a superfície subjacente, em que os estádios são graduados segundo a gravidade; lesão superficial que evolui para uma situação de flictenas ou solução de continuidade superficial (...)" (C.I.P.E., 2003).

As intervenções para a prevenção da ulcera de pressão centram-se em:

- Vigiar a pele;
- Vigiar hidratação;
- Monitorizar risco de ulcera de pressão através da Escala de Norton;
- Vigiar úlceras de pressão anteriores;
- Gerir dieta e ingestão de líquidos;
- Optimizar equipamentos de prevenção de ulcera de pressão (almofadas, colchão de pressão alterna);
- Motivar o doente para a ingestão de líquidos;
- Motivar o doente a alternar posicionamentos;
- Posicionar o doente de 2 em 2 horas e sos;
- Massajar parte do corpo com creme hidratante,

- Executar técnica de exercício muscular e articular;
- Executar tratamento à úlcera de pressão existente;
- Ensinar doente e família a usar equipamento para alívio da pressão;
- Ensinar / instruir / treinar a família na execução das técnicas posicionamento.

Parésia

Parésia – “(...) é um tipo de Paralisia com as características específicas: paralisia total ou parcial, perda incompleta ou completa da capacidade de mover partes do corpo, tais como a boca, a orofaringe ou a pálpebra ” (C.I.P.E., 2003).

De acordo com Johnston (1979), o enfermeiro de reabilitação ajuda a ultrapassar as incapacidades de modo a minimizar as limitações que resultaram do AVC. As principais intervenções para redução do grau das parésias consistem em:

- Avaliar a força muscular;
- Avaliar o movimento muscular (coordenação motora, tônus muscular...);
- Posicionar o doente em padrão anti espástico;
- Mobilizar todos os segmentos articulares dos membros superiores e inferiores com exercícios de amplitude de movimento passivos, activos e resistidos das partes do corpo;
- Massajar lentamente, de segmento a segmento da musculatura afectada;
- Advogar o uso de talas (mão, pé), rolos (mão – forma estática) e divisores para os dedos;
- Motivar o doente para a realização de exercícios de amplitude e com movimentos activos;
- Instruir e treinar o doente para a realização de mobilizações activas dos segmentos articulares;

- Ensinar, instruir e treinar o familiar de referência para a realização de mobilizações passivas / activas de todos os segmentos articulares, que o doente não consegue mobilizar sozinho.

Risco de espasticidade

A espasticidade “(...) é um tipo de movimento muscular com as características específicas: contracção descontrolada dos músculos esqueléticos, aumento do tônus muscular e movimentos descoordenados” (C.I.P.E., 2003).

As intervenções de enfermagem para a prevenção da espasticidade e de acordo com Johnston (1979) consistem em:

- Avaliar a força muscular;
- Avaliar o movimento muscular (coordenação motora, tônus muscular...);
- Posicionar o doente em padrão anti espástico:
- Manter a cabeça alinhada com o corpo;
- Protação da omoplata;
- Rotação externa e abdução da articulação escapulo-umeral;
- Extensão do cotovelo;
- Extensão do cotovelo, punho e dedos com abdução destes;
- Supinação do antebraço;
- Extensão do tronco com báculo posterior da bacia;
- Alinhamento anatómico do membro inferior com flexão da coxa e joelho;
- Dorsiflexão da tibio-társica;
- Aplicar gelo;
- Massajar partes do corpo com tendência ao desenvolvimento de espasticidade;
- Executar técnica de exercício muscular (activo, passivo, activo resistido), de forma lenta e suave;
- Diminuir estímulos indutores de espasticidade (dor, pressão, alterações bruscas de temperatura);

- Advogar o uso de talas (mão, pé), rolos (mão – forma estática) e divisores para os dedos;
- Gerir o regime terapêutico;
- Ensinar / instruir / treinar com o doente e família técnicas de posicionamento anti espástico;
- Motivar o doente para a manutenção do posicionamento anti espástico;
- Motivar o familiar de referência para a importância do posicionamento anti espástico.

Risco de rigidez articular

Rigidez articular – “(...) é um tipo de Movimento Articular com as características específicas: angulação da articulação, fibrose do tecido conjuntivo da cápsula articular impedindo a mobilidade normal da mão, dos dedos da mão, do cotovelo, do ombro, do pé, do joelho ou dos dedos do pé; movimentos limitados ou incapacidade de movimentos e alinhamento anormal da articulação, associada a atrofia ou encurtamento das fibras musculares devido à ausência de movimentos articulares passivos ou activos, ou à perda de elasticidade normal da pele devido à formação de extenso tecido cicatricial sobre a articulação” (C.I.P.E., 2003).

No sentido de prevenir a rigidez articular a enfermagem de reabilitação tem um papel fundamental desde as primeiras horas pós AVC. As intervenções principais são:

- Avaliar o tipo de rigidez, quando existe;
- Mobilizar segmentos articulares dos membros superiores e inferiores com exercícios de amplitude de movimento passivos, activos e resistidos das partes do corpo afectadas;
- Massajar lentamente, em segmentos curtos e muito suavemente;
- Advogar o uso de talas sos;
- Motivar o doente para a realização de exercícios de amplitude;

- Instruir e treinar o doente para a realização de mobilizações activas dos segmentos articulares;
- Ensinar, instruir e treinar o familiar de referência para a realização de mobilizações passivas / activas assistidas de todos os segmentos articulares.

Risco de pé equino

Pé equino – “(...)é um tipo de Movimento Articular com as características específicas: flexão plantar do pé, arqueamento da articulação do tornozelo na direcção do solo, pé descaído, arqueando-o e impedindo-o de tocar no chão na tentativa da marcha; marcha sobre os dedos do pé (o pé não pode ser mantido na posição normal nem em dorsiflexão), associada a repouso prolongado na cama sem o alinhamento adequado e à pressão sobre o pé de roupa de cama pesada” (C.I.P.E., 2003).

As principais intervenções de enfermagem para a prevenção do pé equino são:

- Avaliar o movimento muscular (coordenação motora, tónus muscular...);
- Posicionar o pé com dorsiflexão da articulação tíbio-társica;
- Advogar o uso de almofadas e outros materiais de apoio;
- Motivar o doente para a manutenção do posicionamento;
- Instruir e treinar o doente para a realização de mobilizações activas do pé;
- Ensinar/instruir/treinar com o doente técnicas de posicionamento correcto do pé;
- Motivar o familiar de referência para a importância do posicionamento correcto do pé;
- Ensinar / instruir / treinar com o familiar de referência técnicas de posicionamento correcto do pé.

Equilíbrio corporal alterado

Equilíbrio corporal – “(...) é um tipo de Mobilidade com as características específicas: estabilidade do corpo e coordenação dos músculos, ossos e articulações para o estabilizar como um todo ou parte, no sentido de o movimentar; inclui manter a cabeça erecta, estar em pé, sentar-se numa posição correcta; até certo ponto, a capacidade do equilíbrio corporal depende da idade” (C.I.P.E., 2003).

Frequentemente a pessoa que sofreu um AVC tem o equilíbrio corporal alterado, sendo necessário as seguintes intervenções de enfermagem:

- Avaliar o equilíbrio do doente na posição de sentado e de pé;
- Ensinar/ instruir / treinar o doente na realização de técnicas para recuperação do equilíbrio (passivas e/ou activas) na posição de sentado com transferência do peso de um quadril para o outro, transferência do peso para o braço afectado, rotação do tronco para a direita e para a esquerda (doente com as mãos unidas e cotovelos em extensão, sempre com o olhar fixo nas mãos e o tronco alinhado) e flexão para alcançar um pé de cada vez;
- Ensinar /instruir / treinar com o doente técnicas para recuperação do equilíbrio na posição de pé, em que o doente suporta o peso na região palmar, com extensão e rotação externa dos cotovelos: balança para a frente e para trás; suporta o peso na ponta dos dedos; suporta o peso na perna afectada; transferência do peso de um pé para o outro; suporte do peso em “bicos dos pés”.

Deficit para o auto cuidado

Autocuidado – “(...) é um tipo de Acção Relacionada com o Próprio com as seguintes características específicas: tomar conta do necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades indivi-

duais básicas e íntimas e as actividades de vida” (C.I.P.E., 2003).

São programadas e realizadas actividades de satisfação das necessidades humanas fundamentais com a colaboração do doente e família para promover a independência funcional destes tendo em vista o regresso a casa.

Durante todo o processo de reabilitação, a relação doente - família - enfermeiro assume um papel de extrema importância ao nível da recuperação física e psicológica.

EDWARDS (2004), considera que após o AVC, as disfunções neurológicas são frequentes e deixam bastantes necessidades afectadas, havendo necessidade de adaptações ao nível pessoal, familiar, social e profissional. É necessário identificar precocemente os problemas do doente e família para adoptar um programa adequado de reabilitação e treino de actividades de vida diária de forma a facilitar o regresso a casa.

Sempre de acordo com cada situação, as intervenções de enfermagem direccionam-se para:

- Avaliar capacidades para o auto cuidado: higiene, vestir-se, comer e beber, ir ao sanitário, transferir-se, rodar-se e deambular;
- Supervisionar o doente nos autocuidados;
- Providenciar material para ajudar à realização dos autocuidados;
- Executar e/ou assistir na realização dos autocuidados;
- Motivar o doente na realização dos autocuidados;
- Ensinar sobre estratégias adaptativas;
- Motivar o familiar de referência para a importância de ajudar nos autocuidados do seu familiar;
- Ensinar/Instruir/treinar família na prestação dos autocuidados ao familiar sempre que este não consiga realizar sozinho.

Deficits sensoriais e cognitivos

As pessoas que sofreram AVC frequentemente ficam com défices sensoriais e cognitivos, sendo os mais frequentes a confusão, alteração da linguagem e labilidade emocional.

Em relação à confusão as intervenções de enfermagem mais frequentes são:

- Vigiar confusão;
- Gerir ambiente físico e providenciar medidas de segurança, para prevenir o risco da pessoa ligar o gás do fogão e intoxicar o ambiente, de pegar fósforos e incendiar, de sair de casa e cair, de ser atropelado...;
- Gerir medicação (sedativo, analgésicos, ...);
- Optimizar comunicação,
- Providenciar medidas de segurança;
- Executar terapia de orientação para a realidade;
- Encorajar envolvimento da família na prestação de cuidados, gestão do ambiente físico do internamento e domicílio e reorientação para a realidade.
- Para os casos de afasia motora e disartria as orientações de enfermagem são direccionadas para:
- Vigiar linguagem (débito, fluência, articulação);
- Executar treino de articulação e significado da palavra;
- Motivar o doente e família para a comunicação;
- Ensinar sobre técnica de exercício muscular e repetição dos sons;
- Instruir/treinar técnica de exercício dos músculos que contribuem para a articulação das palavras.

Em relação à labilidade emocional a nossa atitude deve ir no sentido de incentivar a família e amigos a não sobrevalorizar, e de proporcionarem um ambiente calmo.

Dor

Dor é – “(...) um tipo de Sensação com as seguintes características específicas: aumento da percepção sensorial de partes do corpo habitualmente acompanhada por experiência subjectiva de sofrimento intenso, expressão facial de dor, olhos baços e apagados, olhar sofrido, movimento facial fixo ou disperso, esgares, alteração do tono muscular, variação da apatia à rigidez ...” (C.I.P.E., 2003).

As principais intervenções têm como objetivo o controlo da dor e sua diminuição essencialmente através de:

- Monitorizar dor através de escala da dor;
- Vigiar a dor;
- Gerir medicação;
- Gerir terapias não-medicamentosas (calor, gelo de acordo com a causa);
- Executar massagem de relaxamento;
- Posicionar o doente;
- Ensinar sobre autocontrolo da dor;
- Instruir /treinar técnica de distracção e relaxamento.

Aceitação do estado de saúde

Aceitação: do Estado de Saúde – “(...) é um tipo de Aceitação com as seguintes características específicas: reconciliação com as circunstâncias de saúde” (C.I.P.E., 2003).

As principais intervenções tem como objetivo que o doente e família se reconciliem com o seu estado de saúde, e promovam processos adaptativos para manutenção da sua actividade diária.

Assim as intervenções passam por:

- Escutar o doente e família;
- Incentivar a expressão de emoções;
- Optimizar crenças e valores;
- Motivar relação dinâmica com outras pessoas com adaptação eficaz;
- Promover envolvimento da família;
- Encorajar interacção de papéis;

- Encontrar estratégias conjuntas para a resolução de problemas. Neste sentido devem ser consideradas as adaptações da estrutura física da casa e eliminação de barreiras arquitectónicas, como construção de rampas, barras de apoio lateral nas escadas e wc, afastar moveis para facilitar a circulação e prevenção de quedas, ou até transferir um quarto do primeiro andar para o rés-do-chão ou alargar portas;
- Sendo a família o suporte na garantia do alojamento e das condições de habitabilidade, tem que estar preparada atempadamente para a preparação do novo lar, ou seja, temos de dar o máximo de apoio à família para esta aceitar e lidar com a mudança.

Nesta área e concordando com Martins (2006), que considera que os ensinamentos devem ser direccionados para as actividades básicas do dia a dia. Deve haver um grande enfoque em relação às actividades a desenvolver no domicílio e sua adequação às condições físicas e arquitectónicas do mesmo. Deve haver uma preocupação dos enfermeiros em proporcionar estratégias de resolução dos problemas reais e direccionados para cada pessoa e família.

A preparação do doente e família para o regresso a casa requer capacidade para gerir o stress do prestador de cuidados, tempo, disponibilidade, treino de execução. O doente e família devem estar sempre envolvidos nas tomadas de decisão e no compromisso da realização dos cuidados.

Os níveis de dependência do doente são variáveis, pelo que há necessidade de planificar as intervenções de acordo com as suas necessidades, condições físicas do familiar cuidador, estrutura da sua casa e apoio da comunidade. Em termos de ensinamentos, as intervenções de enfermagem são dirigidas essencialmente para a manutenção do auto-

-cuidado higiene e conforto, comer e beber, tipo de dieta, modo de preparação, quantidade e frequência de administração. Como alimentar por sonda nasogástrica, avaliação de estase gástrica, vestir e despir, rodar-se, eliminação vesical e intestinal, mover-se e manter postura correcta, comunicar, mobilização articular, posicionamento, levantar e transferências, treino de marcha e de equilíbrio, treino de utilização das ajudas técnicas, uso de calçado adequado, prevenção de quedas enquanto deitado, sentado e em deambulação.

A Actividade profissional da pessoa, a reestruturação da vida familiar, actividade sexual, actividades sociais e de lazer são alvo da intervenção de enfermagem, através de entrevista estruturada e com o objectivo de encontrar alternativas para a manutenção das actividades de vida com a melhor qualidade possível. A intervenção de enfermagem visa facilitar a aceitação do estado de saúde pessoa, e direcciona-se no sentido de encontrar estratégias que lhe possibilitem a forma de saber lidar com as suas limitação e incapacidades, assim como adopção de processos de adaptativos.

A manutenção do programa de reabilitação é incentivada e estimulada, assim como a valorização dos progressos e promoção da autonomia social.

Gestão do regime terapêutico

Gestão do Regime Terapêutico é – "(...) um tipo de Comportamento de Adesão com as seguintes características específicas: executar as actividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, actividades essas que são satisfatórias para atingir objectivos específicos de saúde, integrar actividades para tratamento ou prevenção da doença na vida diária" (C.I.P.E., 2003).

Tendo como propósito prevenir a ocorrência de outros eventos vasculares, devem ser ini-

ciadas as seguintes intervenções:

- Vigiar actividades do doente;
- Ajudar a pessoa a identificar a razão da não adesão ao regime terapêutico;
- Encorajar o doente a exprimir as suas emoções;
- Motivar o doente para a adesão ao regime terapêutico;
- Reforçar confiança na aprendizagem de capacidades;
- Elogiar o doente na aprendizagem de capacidades;
- Encorajar o envolvimento da família para apoiar o seu familiar e garantir o cumprimento das prescrições.

A PREPARAÇÃO DO REGRESSO A CASA

A pessoa com AVC pode ainda ter associados múltiplos riscos que a família deve conhecer e estar preparada para os prevenir, tais como, risco de hipotensão, hipertensão, metabolismo energético alterado e outros relacionados com défices sensoriais e cognitivos. Para os quais, e de acordo com (EDWARDS, 2004) tem que ser programadas medidas de prevenção.

O encaminhamento para estruturas de apoio na comunidade, tais como, apoio domiciliário, apoio de Centro de Dia ou de Unidade de Cuidados Continuados devem ser solicitados sempre que o doente ou família não têm condições para acolher e/ou garantir a continuidade dos cuidados no domicílio. Assim como o subsídio de Incapacidade, são recursos disponíveis que nem sempre as famílias sabem que tem direito nem como requerer.

Tal como MARTINS (2006), consideramos fundamental o fornecimento de Manual de Preparação do Regresso a Casa para informar o familiar que vai cuidar do doente. Os cuidadores valorizam a informação recebida e que lhes poderá ser útil na assistência aos familiares. Precisam de sentir abertura e disponibilidade dos enfermeiros para o acom-

panhamento da sua situação após a alta e esclarecimento de dúvidas futuras.

A FAMÍLIA COMO PARCEIRA NOS CUIDADOS

A nossa atenção está centrada nas necessidades do doente e família. Procuramos nesta três condições fundamentais: o seu apego ao familiar doente, a sua adesão ao projecto, o interesse e disponibilidade para aprender a fazer. Partindo destes pressupostos e tendo como base a nossa demonstração de respeito, disponibilidade e interesse pela resolução dos seus problemas. Temos de fazer acreditar que este projecto é trabalhoso mas possível e viável.

Assim a família é convidada, sensibilizada e incentivada para estar presente e colaborar na prestação de cuidados ao seu familiar, logo na fase aguda, tendo em conta a sua disponibilidade em termos de horário, transporte ...

A disponibilização de informação escrita sobre problemas reais e potenciais, estabelecendo uma comunicação pedagógica e direccionada, permite a resolução de problemas do doente, família e comunidade.

Os conhecimentos adquiridos pelo familiar têm que ser avaliados e tem que haver disponibilidade do enfermeiro para correcção e esclarecimento de dúvidas durante o internamento e após a alta.

A continuidade dos cuidados só é possível através da parceria com o doente, família e enfermeiro de família, e transmissão de informação por escrito ou telefonicamente sobre ensinamentos realizados e identificação das necessidades de maior acompanhamento.

Cuidar da pessoa dependente em contexto familiar, requer a existência de sentimentos de afecto, desejo de manter a pessoa dependente no seio familiar, disponibilidade, tempo, dinheiro, fortes laços de solidariedade, capacidade física do cuidador e da habitação. Tarefa árdua para o enfermeiro que pre-

para o regresso a casa, porque nem sempre a história relacional das famílias é positiva. Outras vezes a idade, saúde ou disponibilidade não comporta mais uma sobrecarga física e económica (IMAGINARIO, 2004).

Para evitar a desinserção familiar e comunitária, é necessário criar condições e medidas de apoio às famílias e comunidades locais, no sentido de poderem desempenhar eficazmente o seu papel de suporte à pessoa deficiente.

O cuidador deve ser incentivado a ter os seus períodos de descanso e lazer. Para tal, deve ser incentivada a colaboração de outros elementos da família para visitar, cuidar e programar alguns períodos de internamento em lar, unidade de cuidados ou hospital se necessário.

O familiar cuidador tem de manter a sua saúde física e mental para não entrar em exaustão, o que levaria ao adoecer de mais um elemento da família, que muitas vezes é o único com possibilidade de dar resposta.

CONCLUSÃO

O AVC é um drama que afecta não só o doente mas toda a sua envolvente familiar, produz inversão dos papéis parentais, sofrimento pelas perdas, encargos económicos, exige grande disponibilidade de tempo e uma grande sobrecarga física nos cuidados que tem que prestar à pessoa dependente.

A preparação do regresso a casa começa no acolhimento através da Colheita de Informação e seu registo. Com identificação das necessidades afectadas anteriormente, tipo de ajuda, quem ajudava, satisfação que a pessoa manifesta com o apoio, disponibilidade da família e interesse da pessoa e família na manutenção.

Toda a informação recolhida deve ser partilhada na equipa de forma a permitir uma rentabilização dos recursos e para dar continuidade ao plano de actuação.

É necessário que a família seja capaz de garantir a continuidade dos cuidados. Pelo que a nossa disponibilidade para ensinar e apoiar o doente e família é o passo fundamental.

A diminuição da morbilidade do doente com AVC passa por uma intervenção dirigida a áreas diagnosticas específicas da responsabilidade da enfermagem, proporcionando uma significativa diminuição das sequelas e ganhos na qualidade de vida da pessoa, família e comunidade.

BIBLIOGRAFIA

Como lidar com hemiplégicos. Lisboa: Quimifar, -(Instruções recomendadas pela Sociedade Austríaca de Medicina Física e Reabilitação e Sociedade Austríaca de Neurologia e Psiquiatria.

CIPE/ ICNP - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DAS PRATICAS DE ENFERMAGEM – Beta2. associação portuguesa de Enfermeiros, Lisboa, 2003

DIRECÇÃO GERAL DA SAUDE. Viver Após um Acidente Vascular Cerebral. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde,2000. ISSN: 0872-2455.

EDWARDS, Susan. Fisioterapia Neurológica. Loures: Lusociencia, 2004. ISBN: 972-8383-59-2.

FERRO, J. e PIMENTEL, J. – Neurologia Princípios, Diagnostico e Tratamento. Coimbra: Lidel, 2006. ISBN: 972-757-368-1.

IMAGINÁRIO, Teresa – O Idoso Dependente Em Contexto Familiar. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN: 972-8485-38-7.

MARGARET, JOHNSTONE- Restauração da função Motora no Paciente Hemiplégico, Editora Manole, Brasil(1979)

MARTINS, M.^ªM. (1998) -Cuidados de enfermagem ao doente com AVC em internamento hospitalar. Geriatria. Lisboa. ISSN 0871-5386. N^o108, p. 23-29.

MARTINS, Maria M. – Uma Crise Acidental na Família. O Doente com AVC. Coimbra: Formasau, 2002. ISBN: 972-8485-30-1.

MARTINS, Teresa – Acidente Vascular Cerebral. Qualidade de Vida e Bem-estar dos Doentes e Familiares Cuidadores. Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-65-4.

O'SULLIVAN, S.B. (1993) -Acidente vascular cerebral. In: O'SULLIVAN, S.B.; SCMITZ, T. Fisioterapia: avaliação e tratamento. 2ªed.São Paulo. Manole. ISBN 85-204-0108-2. Vol. 2, p. 385-423.

QUEIRÓS, P.J.P (1996) -Movimentar e transferir. In: Queirós, P.J.P. et al.-Técnicas de reabilitação I. Coimbra: Formasau. ISBN 972-96680-1-9. p. 7-42.

SORENSEN e LUCKMANN – Enfermagem Fundamental. 1ª ed. Lisboa: Lusodidacta,1998.

THELAN et al.(1996) -Enfermagem em cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção. 2ªed.Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-96610-2-2.

ULCERA DA CORNEA



SUSANA FILIPA MACEDO FERREIRA
CARLOS ALBERTO MESQUITA PIRES
ANA MARIA TORRES CRUZ
MADALENA CONCEIÇÃO S. MOUTINHO
Enfermeiras

RESUMO

As doenças oftálmicas são um tema pouco abordado na área de Enfermagem, até mesmo os manuais existentes são escassos. Mas, os ensinamentos ao utente sobre cuidados aos olhos e a prevenção de doença, são uma função de Enfermagem importante. Pois ter uma úlcera da córnea, vai influenciar a qualidade de vida de um utente.

Palavra-chave: Prevenção, ensinamentos

A córnea é a parte anterior transparente e protectora (da íris e do cristalino) do olho. Fica localizada na região polar anterior do globo ocular. A córnea e o cristalino têm a função de focar a luz através da pupila para a retina, como se fosse uma lente fixa. São as lágrimas (secreção lacrimal) que mantêm a córnea húmida e saudável.

O tecido da córnea tem cinco camadas e duas características fundamentais que são a transparência e a elasticidade. A transparência é uma condição para se manter a utilidade da córnea e a elasticidade vai protegê-la dos traumatismos, compensando deste modo as pressões e golpes externos.

Devido à sua localização, a córnea é vulnerável a traumatismos e contaminação por microrganismos. Os problemas da córnea são uma das causas da diminuição da capacidade de visão, pois quando presentes podem conduzir a formação de cicatrizes, perfuração, infecções intra-oculares extensas e por último a perda de visão.

A úlcera da córnea é uma situação patológica em que há uma erosão da córnea, isto é, uma área de córnea sem epitélio (camada mais externa que recobre a córnea) devido a uma infecção por bactéria, fungo, vírus e/ou traumatismo. Duas das causas mais comuns são: abrasão da córnea por corpos estranhos e pouca higiene das lentes de contacto.

As bactérias (frequentemente estafilococos e pseudomonas) podem infectar e ulcerar a córnea após o olho ser lesado, após a penetração de corpo estranho no olho ou após uma irritação do olho por uma lente de contacto. Outras bactérias (p.ex., gonococos), vírus (p.ex., herpes vírus) e fungos também podem causar úlceras de córnea.

A úlcera da Córnea é uma emergência of-

talmológica e o seu tratamento depende da causa da úlcera. Este deve ser o mais precoce para podermos evitar o agravamento da infecção. As pessoas com úlcera da córnea podem queixar-se de dor, fotofobia, lacrimejo, secreções, espasmos da pálpebra (blefarospasmo) podendo também ocorrer diminuição da visão.

Quanto mais profunda a úlcera, mais graves os sintomas e as complicações. As úlceras de córnea podem-se curar sem tratamento, mas podem deixar um material fibroso e opaco que provoca a formação de cicatrizes e compromete a visão. Outras complicações possíveis incluem a infecção profunda, a perfuração da córnea, o deslocamento da íris e a destruição e posterior evisceração do olho. As complicações mais comuns da infecção da córnea incluem também o glaucoma permanente e a falta de sensibilidade quando se toca na córnea.

Quando a transparência ou a curvatura da córnea se alteram e a visão diminui será necessário substituí-la através de um enxerto de uma córnea sã. O transplante é um dos tratamentos possíveis quando há lesões na córnea. Se existir infecção não se podem fazer transplantes. Os transplantes ou enxertos dependem da lesão e podem envolver a totalidade da espessura da córnea (transplantes penetrantes) ou pequenas partes (transplantes lamelares).

Os cuidados de Enfermagem pré-operatórios passam por reduzir a ansiedade do paciente, porque este ficou a saber muito em cima da hora da necessidade do transplante. No pós-operatório deve ter uma actividade limitada durante 1 ou 2 dias. Os transplantes da córnea demoram muito tempo a cicatrizar (3 a 6 semanas) por falta de vasos sanguíneos na córnea.

É essencial o ensino ao doente, para que este

identifique o aparecimento ou o aumento de vermelhidão, irritação, mal-estar ou diminuição da visão. Qualquer sintoma que se mantenha ou aumente a sua gravidade num período de 24 horas deve ser comunicado ao médico.

Ensinos para a lavagem das mãos e precauções para não propagar a infecção, são de extrema importância. As lentes requerem uma higiene pessoal rígida e limpeza das lentes, se usar mais tempo que o recomendado pode provocar edema e esfoliação da córnea.

Para além disto é recomendável o uso de equipamento de protecção, como óculos, viseiras e lentes de segurança inquebráveis em pessoas que habitam em meios rurais, que manipulam matéria orgânica e que tenham determinadas profissões com o risco de salpicos de substâncias perigosas e projecção de utensílios.

Deverá ser trabalhado com o utente a aplicação de colírios, a lavagem do olho antes da aplicação, como aplicar, alertar para os prazos de validade da medicação, medidas para a não transmissão da infecção para o outro olho, não esfregar ou espremer o olho. Reforçar que o auto tratamento dos olhos é perigoso e o uso de gotas emprestadas e guardadas podem conter bactérias.

Conclusão

Os problemas nos olhos podem ser combatidos com a prevenção, a detecção precoce da doença e lesão nos olhos. A educação para a saúde, cuidados a ter com os olhos e exames de segurança ocular são muito importantes. Esta responsabilidade da profissão de Enfermagem é de extrema importância pois possibilita a mudança, a adopção de comportamentos saudáveis e a diminuição das consequências de forma a manter uma certa qualidade de vida.

Bibliografia:

www.luizmeira.com

www.manualmerck.net

www.pt.wikipedia.org

www.abcdasaude.com.br

www.keratos.free.fr

www.oculistasassociados.com.br

Revisões- práticas en oftalmologia- Queratitis infecciosas, Dr. David Díaz-Valle

Oftalmologia- Prof. Dr. Med. Fritz Hollwich, Salvat Editores 2ª edição, pag. 83 a 111

Manual de las Enfermedades de los Ojos, James H. Allen, m.d, Salvat Editores, s.a., pag.111 a 132

Enfermagem Médico – Cirúrgica, Lusodidacta,1990, 2º volume, páginas 361 – 406

Princípios Básicos de Oftalmologia, David A. Palay, m. d. e Jay H. Krachmer, m.d. Lusociência, 1997,pag 68 a 85

EVOLUÇÃO DA REDE DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS EM PORTUGAL

MARIA IRENE LOPES B. DE CARVALHO

*Assistente Social, Docente da Universidade Lusófona
Investigadora, Supervisora e Formadora*



RESUMO

Este artigo tem como objectivo analisar a construção, evolução e desenvolvimento da rede de cuidados continuados integrados em Portugal. Contextualiza-se o surgimento desta resposta integrada como consequência do aumento das necessidades de cuidados às pessoas idosas e dependentes, das orientações europeias, do desenvolvimento de políticas activas e do estabelecimento de novos pactos sociais entre o estado e as organizações da sociedade civil. Consideramos a evolução e o desenvolvimento da resposta tendo em conta as mudanças legislativas em Portugal e na Europa e caracterizamos a nova lei dos cuidados continuados integrados avançando alguns dados relativamente à implantação da rede e prestação de cuidados.

Palavras-chave: política de cuidados; cuidados continuados integrados; rede de cuidados.

ABSTRACT

This article aims to examine the construction, evolution and development of the integrated continuous care in Portugal. Contextualizes the emergence of this integrated response as a result of increased care needs of elderly people and dependents of the European guidelines, the development of active policies and the establishment of new social pacts between the state and civil society organizations. We consider the evolution and development of response given the legislative changes in Portugal and in Europe and characterized the new law on term care integrated moving some data on the network deployment and care.

Keywords: care policy, integrated continuum of care; care network.

INTRODUÇÃO

Em Portugal nos últimos 20 anos o aumento das pessoas idosas dependentes e com doenças crónicas favoreceu o acréscimo da necessidade de cuidados pessoais, sociais e de saúde a nível formal e informal (Campos, 2008: 107). Até à década de noventa prevaleciam respostas sociais tradicionais, os lares, as residências e os apoios domiciliários e em casos complexos de necessidade de continuidade de cuidados existiam clínicas de retaguarda contratualizadas por alguns hospitais. A entrada de Portugal na EU e a permeabilidade das orientações europeias nesta área designadamente a introdução de uma nova concepção de políticas – as políticas activas – favoreceram a mudança social e política e a alteração do panorama das respostas neste âmbito.

As políticas activas consistem “na abordagem dos desafios da nova economia e dos novos problemas sociais através da ‘recaibragem’ das estruturas do modelo social europeu” e possibilitam uma “performance macroeconómica”, de flexissegurança, de “equilíbrio e coordenação articulada do desempenho económico com a qualidade das respostas” (AA.VV, 2002: 8) no sentido da promoção da coesão social.

O Estado assume um papel fundamental na regulação e também na promoção de respostas (sob a forma de transferências financeiras e serviços), com a “responsabilização de todos os agentes” públicos e privados, formais e informais numa perspectiva de welfare mix. Neste sentido as políticas activas têm um “duplo sentido”, pois visam capacitar simultaneamente os indivíduos e as instituições (Capucha, et al., 2005: 205), numa relação positiva entre os que prestam e os que recebem, que compatibiliza a responsabilidade social com a efectiva participação, numa nova perspectiva de “cidadania”. Este processo pressupõe uma política de “diferenciação positiva” adequada às necessidades específicas de promoção da igualdade

de oportunidades para todos e a necessidade de ter em conta a “territorialidade” (AA. VV, 2002: 9-11), isto é as potencialidades e as fragilidades dos contextos territoriais, de forma a potenciar a equidade social.

Foi neste contexto de mudança de paradigma das políticas que emergiram algumas medidas no sentido de qualificar as respostas sociais existentes e de criar novas respostas integradas entre a saúde e a área social. Vejamos de seguida o modo como estas políticas e respostas foram sendo construídas analisando a evolução e o desenvolvimento dos cuidados continuados integrados no âmbito da saúde e do social.

1 – A construção de respostas integradas: O Plano de Apoio Integrado a Idosos

As primárias medidas integradas que surgiram, dizem respeito ao Plano de Apoio Integrado a Idosos - PAII - criado com o Despacho Conjunto nº 166 (1994), Criação do Programa de Apoio Integrado a Idosos, publicado a 20 Julho, mas só foi regulamentado pelos Despachos Conjuntos nº 259, de 21 de Agosto de 1997, nº 407, de 18 de Junho de 1998, e nº 726, de 16 de Outubro de 1998). Esta medida qualificou os serviços de apoio domiciliário existentes e possibilitou a criação de novos SADs agora denominados integrados – SADI e outras respostas – Figura 1. A finalidade do programa era a de aumentar o número de respostas e a sua qualidade, apostando na criação de novos serviços e na melhoria dos já existentes. Esta melhoria pressupunha a criação de respostas complementares, assim como a sua potenciação através da articulação de recursos. Integra ainda o financiamento dos passes para a terceira idade, o serviço TeleAlarme – STA, o centro de apoio a dependentes – CAD, a formação de recursos humanos – FORHUM e a saúde e termalismo –. O programa era financiado pelas verbas do jogo Joker.

Figura 1 – Novas respostas do PAII

Respostas	Características
Centro de apoio a dependentes – CAD	Estes são espaços e equipamentos sociais pluridisciplinares que prestam serviços de carácter temporário, apoiando não só os idosos, mas todos aqueles que se encontram dependentes e necessitem de reabilitação e reinserção social, podendo desenvolver-se a partir de estruturas já existentes
O serviço de apoio domiciliário integrado – SADI	Tem como finalidade a manutenção do idoso no seu ambiente, junto dos seus familiares, vizinhos e amigos. O projecto pretendia alargar a cobertura dos SAD existentes, relativamente à duração do apoio, o qual deve estar disponível 24 horas por dia, assim como melhorar a qualidade dos serviços prestados, adequando-os às necessidades das pessoas. Estes oferecem: cuidados urgentes e permanentes destinados a manter a autonomia do idoso no domicílio; meios para assegurar a sua mobilidade e a acessibilidade a benefícios e serviços; serviços de apoio às famílias cuidadoras e a formação dos intervenientes tendo em vista melhorar os serviços
A formação de recursos humanos – FORHUM	Tem como finalidade habilitar a rede informal de suporte às pessoas idosas e dependentes, na qual estão incluídos familiares cuidadores, vizinhos e voluntários, assim como a rede formal dos profissionais e entidades cuidadoras
O serviço TeleAlarme	É um dispositivo electrónico ligado à linha telefónica, o TeleAlarme visa apoiar no domicílio prioritariamente pessoas idosas em situação de dependência física, mental ou social e atenuar o seu isolamento, contribuindo para a promoção da sua autonomia, dentro de uma linha de suporte familiar integrado. O dispositivo tem um sensor de alarme que permite, em caso de acidente ou outra emergência, contactar a rede familiar ou social e responder eficazmente à situação. A responsabilidade pela sua gestão é da Cruz Vermelha ¹ , assim como das operadoras de telecomunicações ²
A saúde e termalismo	O objectivo é permitir à pessoa idosa com mais de 60 anos e de menos recursos financeiros o acesso a tratamentos termais, assim como contactar com um meio social diferente e prevenir o isolamento social
Passes para a 3ª idade	Tem como finalidade promover a mobilidade através da redução das tarifas e da eliminação das restrições dos horários de acesso aos transportes públicos urbanos e suburbanos de Lisboa e Porto

Fonte: Despacho Conjunto nº 259, de 1997; Instituto da Segurança Social, 2005

1.1 Avaliação da implementação da resposta

Nos relatórios de avaliação desta medida de política (Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 1998; Ministério da Saúde e Ministério da Segurança Social e do Trabalho, 2001; Ministério da Saúde e Ministério da Segurança Social, da Família e da Criança, 2002, e Ministério da Saúde e Instituto da Segurança Social, I.P. (2003) verifica-

-se descontinuidade no número de projectos apoiados entre 1997 e 2003. A média dos projectos de SAD foi de 23 por ano, apesar de ter existido maior adesão das instituições nos primeiros anos. Em 2001 e 2002, ou seja, nos anos seguintes, verificou-se uma diminuição. Os projectos foram desenvolvidos predominantemente na região de Lisboa e Vale do Tejo e no Centro do país. O número de utentes abrangidos pelo SAD foi hetero-

¹ Nesta sequência de implementação e funcionamento do TeleAlarme, em Novembro de 1997 foi efectuado um Protocolo de Colaboração entre a Comissão de Gestão do Programa de Apoio integrado a Idosos (PAII), a Cruz Vermelha Portuguesa e a Portugal Telecom, SA.

² Actualmente as organizações de solidariedade com SAD estão a desenvolver para os clientes do SAD um serviço idêntico – denominado call center.

géneo ao longo dos anos em que houve avaliação do projecto, variando entre 3867 em 2000 e 572 em 2001. Os cuidados domiciliários foram efectuados predominantemente a pessoas com alguma dependência.

Além dos SAD, o programa financiava igualmente os CAD. Desde 1997 até 2003, a implantação deste tipo de suporte foi fraca, variando entre o máximo de 12 projectos financiados em 1997 e o mínimo de 1 projecto em 2001. Em 2003, surgiu pela primeira vez um recurso específico de suporte em ajudas técnicas. Até essa data, todos os CAD se centravam no internamento e reabilitação, tendo em vista o encaminhamento para o domicílio. Relativamente à implantação, verifica-se que a região de Lisboa e Vale do Tejo e a região Centro foram as zonas onde mais projectos deste tipo receberam financiamento, seguindo-se a zona Norte, os Açores e o Alentejo.

Os serviços prestados pelo CAD são múltiplos e privilegiam a articulação com o SAD: apoio social, informação sobre serviços, reaprendizagem das AVD, promoção do retorno ao domicílio, ajudas técnicas, seguindo-se ainda os serviços prestados pelas unidades de reabilitação e terapia ocupacional, a promoção da solidariedade intergeracional e, por último, os cuidados de reabilitação no domicílio.

Além do SAD e do CAD, o PAII previa ainda a formação de recursos humanos com o FORHUM. Entre 2001 e 2003, foram desenvolvidos 17 projectos de formação, predominantemente dirigidos aos cuidadores informais. Os temas abordados incidiram em

questões gerais relacionadas com a prestação de cuidados, as questões éticas e o exercício de práticas de intervenção. Abordaram-se igualmente temas relacionados com a saúde, psicologia, lazer, integração na comunidade e reabilitação, embora com menor expressão.

Os formandos informais são em geral pessoas pertencentes às famílias dos idosos dependentes que necessitam de cuidados, seguindo-se os voluntários, os vizinhos e outro tipo de pessoas. Os formandos familiares são predominantemente os cônjuges do sexo masculino, seguindo-se as filhas e as irmãs. O segundo tipo de formandos informais inclui, como já referimos, os voluntários, outros familiares, vizinhos, netos e sobrinhos. A idade dos cuidadores masculinos varia, em média, entre os 40 e os 49 anos e a idade das cuidadoras femininas, mais alargada, pode ir dos 30 aos 59 anos. O grau de escolaridade é variável, prevalecendo, contudo, os 4º, 6º e 9º anos de escolaridade. Relativamente à condição perante o trabalho, os relatórios de avaliação revelam que a maioria das cuidadoras familiares é doméstica, seguindo-se os trabalhadores no activo e os reformados. Os formandos formais são normalmente ajudantes de apoio domiciliário e ajudantes de lar em centros de dia, seguindo-se os técnicos com outras formações. Predomina o sexo feminino e os graus de escolaridade mais frequentes são o 4º, 6º e 9º anos de escolaridade, por esta ordem de importância.

Outro tipo de suporte incluído neste programa de apoio aos idosos é o serviço TeleAlarme. Entre 2000 e 2003 foram instalados 1594

³ Ainda em 1998, para a realização do programa Saúde e Termalismo Sénior, foi publicado o Despacho Conjunto nº 272, de 24 de Março (Diário da República nº 88, de 15 de Abril de 1998, II-Série). Atribui ao INATEL a gestão do programa Saúde e Termalismo Sénior, incluso no PAII.

⁴ Os participantes deste programa têm maioritariamente um rendimento de escalão I, inferior a 200,00 euros. O escalão II corresponde a um rendimento entre 200,00 e 346,00 euros, o escalão III situa-se entre 346,00 e 522,00 euros e o escalão IV equivale a um rendimento superior a 522,00 euros.

⁵ O Despacho Conjunto nº 407 definiu os procedimentos que devem reger os cuidados dirigidos às pessoas idosas em situação de dependência, no sentido de aliar as intervenções de apoio social prestadas por entidades sociais não lucrativas e pela segurança social às intervenções de saúde prestadas pelo Estado, potenciadas pelos centros de saúde. Esta articulação introduziu “novas respostas integradas” de apoio a pessoas em situação de dependência (idosos e pessoas com deficiência) que privilegiavam os cuidados no domicílio.

dispositivos de TeleAlarme, sobretudo na zona de Lisboa, seguindo-se Setúbal e Faro. A instalação contemplou igualmente distritos como Viana do Castelo, Santarém, Vila Real, Porto, Portalegre, Leiria, Évora Coimbra, Castelo Branco, Braga, Beja, Aveiro e as Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores. Os utilizadores são maioritariamente femininos, com idades compreendidas entre os 76 e os 85 anos, seguindo-se os grupos com mais de 85 anos e entre 65 e 75 anos. O estado civil predominante é de viúvo(a), seguindo-se os casados, os solteiros e, por último, os divorciados. O rendimento varia segundo três escalões: o primeiro inclui o rendimento acima do salário mínimo, o segundo varia entre o salário mínimo e a pensão mínima do regime geral e o terceiro rendimento é inferior à pensão mínima do regime geral, predominando os utilizadores do primeiro e segundo escalões. Além do TeleAlarme, o PAll integra também o financiamento dos passes sociais para a terceira idade.

Por último, o suporte relativo à saúde e terminalismo sénior, que promove o acesso das pessoas com menos recursos financeiros a tratamentos termais e serviços disponibilizados e geridos pela actual fundação INATEL. Contudo, verifica-se que nem todos os participantes realizam tratamentos termais. Os que as fizeram escolheram preferencialmente as termas da Beira Baixa, seguindo-se as da zona Norte e de Lisboa e Vale do Tejo.

2 – A rede de cuidados continuados integrados: saúde e social

Ao mesmo tempo que surgiu o PAll, foi assumida a necessidade de criar uma rede de cuidados continuados de saúde, da responsabilidade do Ministério da Solidariedade Social e do Trabalho e do Ministério da Saúde (Despacho nº 204, de 3 de Setembro de 1996). Todavia, só em 1998 foram regulamentados pelos mesmos Ministérios os cuidados con-

tinuados em saúde e apoio social (Despacho Conjunto nº 407). Estas respostas dirigem-se às situações de dependência na área dos cuidados prolongados de saúde e social. O programa criou duas respostas inovadoras, o Apoio Domiciliário Integrado – ADI e a Unidade de Apoio Integrado – UAI, destinados a pessoas mais idosas, pessoas com deficiência e pessoas com diagnóstico de perturbação/doença mental – Figura 2.

Este tipo de respostas dirigidas às situações de dependência abrange sobretudo pessoas com diagnóstico de perturbação mental nas modalidades de unidade de vida apoiada, unidade de vida protegida, unidade de vida autónoma e fórum sócio-ocupacional. Estas respostas proporcionavam também cuidados continuados de reabilitação e tratamento a pessoas dependentes com alta hospitalar, como é o caso de pessoas com doenças crónicas ou agudas. Eram acções limitadas no tempo, porque concedidas durante o período de reabilitação e podiam ser prestadas no domicílio ou nos centros de saúde e em equipamentos sociais.

Em 2001, no sentido de promover novas parcerias e novos actores na saúde, este tipo de programa passou a integrar também instituições que prestam cuidados de saúde a pessoas com necessidades especiais, a toxicodependentes e a idosos (Decreto-lei nº 15, de 27 de Janeiro de 2001, Portarias nº 380 e nº 381, de 11 de Abril, e Despacho nº 20321, de 17 de Setembro de 2002).

A concretização do programa deu origem ao Decreto-lei nº 281, de 2003, que determinou a primeira lei da rede de cuidados continuados. Esta lei considerava que a rede deveria ser constituída por todas as entidades públicas, sociais e privadas, habilitadas à prestação de cuidados de saúde e destinadas a promover, restaurar e manter a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto dos cidadãos

Figura 2 – Respostas inovadoras no âmbito da saúde e social

Respostas	Características
O Apoio Domiciliário Integrado – ADI	Apoia pessoas dependentes e pretende promover a sua autonomia, prestando apoio no domicílio através de um conjunto de acções multidisciplinares, flexíveis, abrangentes e acessíveis. Estas incluem apoio social, satisfação das necessidades básicas e cuidados de saúde, promovendo a autonomia das pessoas em situação de dependência e o reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, privilegiando a prestação de cuidados no domicílio, sem prejuízo do recurso ao internamento em unidades residenciais.
A Unidade de Apoio Integrado – UAI	Presta cuidados temporários, globais e integrados a pessoas dependentes que não podem, de acordo com a avaliação de cuidados da equipa de cuidados integrados (saúde/social), manter-se apoiadas no domicílio, mas que carecem de cuidados clínicos em internamento hospitalar. Esta unidade providencia também alojamento, apoio social, satisfação das necessidades básicas e cuidados de saúde.

Fonte: Ministério do Trabalho e da Solidariedade, 2000

necessitados dos mesmos – Figura 3.

O diploma define os cuidados continuados de saúde como os cuidados “prestados aos cidadãos com perda de funcionalidade ou em situação de dependência, independentemente da idade, que se encontrem afectados na estrutura anatómica ou nas funções psicológicas ou fisiológicas, com limitação acentuada na possibilidade de tratamento curativo de curta duração, susceptível de correcção, compensação ou manutenção e que necessitem de cuidados complementares e interdisciplinares de saúde, de longa duração” (art. 5). Os actos de saúde e sociais são prestados em unidades de internamento, unidades de recuperação global e unidades móveis prestadoras de cuidados no domicílio do cliente

O acesso a esta rede de cuidados era determinado pelo hospital onde o “utilizador” se encontrava internado ou pelo centro de saúde da sua área geográfica (Decreto-lei nº 281, de 2003, art. 8). Cada unidade contratualizava o serviço com a Administração Regional de Saúde. Esta rede de cuidados era maioritariamente desenvolvida pelos centros

de saúde consoante a população abrangida.

2.1 – Avaliação da implementação da rede de cuidados

No estudo efectuado pela Gesaworld (2005), são apresentados alguns dados relativos à capacidade de prestação de cuidados desta rede. Para elaborar o estudo, foi realizado um pequeno inquérito à organização e implementação desta rede de cuidados, com o intuito de verificar a tipologia de cuidados continuados prestados. Em Portugal Continental, existiam cerca de 363 centros de saúde, dos quais 271 tinham atendimento permanente e 55 possuíam unidades de internamento. Catorze destes centros de saúde tinham cuidados organizados de acordo com as normas legislativas que orientam a prestação de cuidados identificados como nível I.

Os cuidados de nível I, prestados por uma equipa especializada multiprofissional exclusiva requeria um registo e plano de cuidados específicos e individualizados que integrava as dimensões de saúde a nível médico, de enfermagem, de reabilitação motora e fun-

⁶ Esta lei não emprega a noção de cliente mas sim de utilizador.

Figura 3 – Características das unidades prestadoras de cuidados

Unidades/ Tipos	Descrição	Objectivos e tipo de cuidados
Unidades de Internamento	Destina-se ao “utilizador da rede de cuidados de saúde continuados a quem sejam prescritos cuidados em regime de internamento”. Esta unidade funciona em articulação com uma Unidade de Recuperação Global e com as Unidades Móveis Domiciliárias.	Destina-se aos cidadãos que, na sequência de internamento hospitalar ou por situação de doença, não careçam de elevada tecnologia ou terapêutica hospitalar, se encontrem em situação de perda de funcionalidade ou de dependência e necessitem da prestação de cuidados de recuperação em regime de internamento. Os cuidados prestados são de natureza curativa, paliativa e de reabilitação global.
Unidades de Recuperação Global	Trata-se de “um serviço que presta cuidados de saúde, visando a recuperação e a reabilitação global de saúde do utilizador da rede em regime de dia”.	Presta cuidados a pessoas em situações de perdas funcionais ou de dependência, que necessitam dos cuidados referidos, que não exijam internamento ou cuidados domiciliários e que reúnam condições que permitam deslocarem-se, ou serem deslocadas, à unidade de dia. Esta unidade fornece os seguintes cuidados: treino cognitivo e de reabilitação global, desenvolvimento de actividades terapêuticas e ocupacionais, apoio de natureza informativa e educativa para o auto-cuidado, ensino e formação dos familiares e outros conviventes directos do utilizador na prestação de cuidados informais.
Unidades Móveis Domiciliárias	Presta cuidados de saúde multidisciplinares no domicílio do utilizador da rede.	Os utilizadores deste serviço encontram-se em situação de perda de funcionalidade ou dependência, necessitam da prestação de cuidados no domicílio e reúnem condições para permanecer no domicílio, em lar ou residência colectiva. De acordo com a lei, a unidade móvel domiciliária presta cuidados de reabilitação global, cuidados de natureza curativa e paliativa. Informação e educação para o auto-cuidado, ensino e formação dos directos conviventes do utilizador na prestação de cuidados formais.

Fonte: Decreto-lei nº 281, de 2003

cional e a dimensão social de apoio e integração social. O nível II correspondia à quase globalidade dos requisitos e o nível III englobava os centros de saúde que cumpriam apenas alguns requisitos.

Dos centros de saúde que desenvolviam serviços de nível I, abrangiam 5,2 % da população afectada ao centro de saúde e 5,72 % dos cuidados eram prestados a pessoas com 65

e mais anos. A maioria situava-se nas regiões de Lisboa e Algarve, seguindo-se o Alentejo, o Centro e por último o Norte. A região de Lisboa e Vale do Tejo apresentava a maior taxa de cobertura de cuidados de nível I e II, sendo que este último apresentava um valor idêntico à região do Algarve. Verificava-se também a existência de taxas elevadas de utentes não cobertos pelos cuidados, fossem

eles do nível I, II ou III. A região Centro era a que detinha cobertura inferior dos níveis I, II e III, seguindo-se a região Norte, o Alentejo e o Algarve.

Existe, contudo, outro nível de cuidados que tem sido objecto de atenção nestes últimos anos, os cuidados paliativos. A atenção decorre de preocupações supranacionais, da Organização Mundial de Saúde e do Conselho da Europa. Estas entidades priorizam a necessidade dos países desenvolverem este tipo de cuidados e de estabelecem metas no sentido de organizarem respostas para situações de doenças crónicas em fase terminal. O objectivo é atenuar o sofrimento global e promover a dignidade e qualidade de vida.

Portugal, atento a esta nova realidade, criou em 2004 um Programa Nacional de Cuidados Paliativos para defesa e protecção dos direitos dos doentes em fase final de vida, de modo a assegurar-lhes e às suas famílias a melhor qualidade de vida possível. Estes cuidados têm como componentes essenciais o alívio dos sintomas, o apoio psicológico, espiritual e emocional, o apoio à família, o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade (Ministério da Saúde, 2004).

Nesta data, existiam em Portugal oito unidades de cuidados paliativos da responsabilidade de entidades hospitalares, centros de saúde, lares e equipas domiciliárias. As unidades hospitalares com cuidados paliativos encontram-se no IPO do Porto e Coimbra, Hospital do Fundão e Hospital de S. João do Porto. As equipas domiciliárias pertencem ao IPO do Porto, ao Centro de Saúde de Odivelas e à Misericórdia de Azeitão. A Misericórdia da Amadora também desenvolvia cuida-

dos paliativos em contexto de lar.

3 – A rede de cuidados continuados integrados: nova lei

A necessidade de responder de forma eficaz ao problema das pessoas dependentes levou à criação de respostas integradas do Serviço Nacional de Saúde. Estas foram consolidadas pelas orientações europeias na Resolução do Conselho de Ministros nº 84, de 7 de Abril de 2005, onde se estruturam os mecanismos de prestação de cuidados para as pessoas em situação de dependência e se definem os princípios dos cuidados de saúde a prestar às pessoas idosas e dependentes. Esta resolução defende a articulação da Saúde e da Segurança Social através de uma política de cuidados continuados. Foi nesta sequência que surgiu o Decreto-lei nº 101, de 2006, que organiza os cuidados continuados integrados actualmente em vigor.

Apesar de a lei não se dirigir explicitamente às pessoas idosas dependentes, foi sobretudo o crescimento do consumo de bens de saúde por esta população que suscitou o surgimento do referido diploma. Sabe-se que é o envelhecimento da população que tem mais impacto nos serviços de saúde, sobretudo nos hospitais. Em 2003, as pessoas com mais de 65 anos representavam cerca de 49,3% nos internamentos superiores a 30 dias e 53% dos internamentos superiores a 20 dias; de 10 reinternamentos, 5 eram de pessoas idosas e só 3 em 10 altas eram de pessoas idosas (Campos, 2008: 115).

Face a este problema, a rede de cuidados continuados integrados propõe a criação

⁷ Revoga o Decreto-lei nº 281, de 2003, assim como algumas medidas do Despacho Conjunto nº 407, de 15 de Maio de 1998, mantendo as respostas dirigidas às pessoas com doença do foro mental ou psiquiátrico.

não de camas de retaguarda (Campos, 2008: 107), mas de serviços de proximidade sob a forma de parcerias entre os centros de saúde e as instituições de apoio social, visando promover a reabilitação imediata do paciente crónico e do idoso nos hospitais e a reinserção na família, melhorar o planeamento dos equipamentos e cuidados continuados e incentivar o desenvolvimento dos cuidados paliativos, reactivar os cuidados no domicílio e reforçar o apoio à família através de internamento temporário (PNAI, 2006).

O objectivo principal do Decreto-lei nº 101 é a prestação de cuidados continuados integrados a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, assim como proporcionar melhores condições de vida, através da prestação de cuidados integrados a nível social e da saúde, da manutenção das pessoas com perda de funcionalidade ou em risco de a perder no domicílio, do apoio, acompanhamento e internamento tecnicamente adequados às situações, do apoio aos prestadores informais, da articulação dos cuidados e prevenção de lacunas dos serviços e equipamentos (art. 4).

A rede focaliza-se no acompanhamento e reabilitação de indivíduos em situação de dependência física e cognitiva e dirige-se aos que se encontrem em situação de dependência funcional transitória decorrente de processo de convalescença ou em situação de dependência funcional prolongada, idosos com critérios de fragilidade e com incapacidade grave ou com forte incapacidade psicossocial e a pessoas com doença severa e ou em fase avançada ou terminal (art. 31).

Integra a ideia de descentralização com um

coordenador nacional e coordenadores regionais, a distribuição pelas regiões de saúde já constituídas – Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve –, em articulação com os Centros Distritais de Solidariedade e Segurança Social e igualmente, a nível local, com a rede solidária e autarquias. Os cuidados são da responsabilidade dos hospitais, centros de saúde, serviços da segurança social, organizações solidárias (instituições particulares de solidariedade social ou outras) e das autarquias, formando uma rede integrada de cuidados composta por unidades.

As unidades – Figura 5, incluem internamento e ambulatório. O internamento é composto por unidades de convalescença, unidades de longa duração, unidades de média duração, unidades de cuidados paliativos e unidades de dia. As equipas dividem-se em dois níveis, hospitalares e domiciliárias – Figura 6. As primeiras são compostas por equipas de gestão das altas e equipas intra-hospitalares de cuidados paliativos e as segundas por equipas de cuidados continuados integrados e equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos.

3.1 – Análise da implementação e extensão dos cuidados prestados

No relatório de monitorização da implementação dos cuidados continuados (MS, 2008), considerava-se que a aplicação em território nacional tinha atingido uma cobertura considerável. Em 2007, foram celebrados 106 acordos com entidades de solidariedade, de saúde e privadas de saúde equivalentes a 1902 camas. As IPSS reuniam o maior número

⁸ Em 2008, a rede estava implementada em quase todo o país. Em Lisboa ainda decorriam contratualizações com as entidades responsáveis por estas áreas na cidade.

Figura 5 – Características das unidades da rede de cuidados integrados

Unidades	Tipos	Descrição	Objectivos
Internamento	Convalescença	A Unidade de Convalescença é uma unidade de internamento, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição do tipo “clínica de retaguarda”, onde são prestados tratamentos e supervisão clínica, continuada e intensiva, e cuidados clínicos de reabilitação na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda.	Destina-se a internamentos com duração de 30 dias. Assegura durante esse período cuidados médicos, de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, farmácia, fisioterapia, apoio psicossocial, higiene, conforto e convívio e lazer.
	Longa Duração	A Unidade de Longa Duração e Manutenção é igualmente de internamento, com carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, que presta apoio social e cuidados de saúde a pessoas com doenças crónicas com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem tratadas no domicílio.	O internamento deve ser superior a 90 dias, com possibilidade de, em situações temporárias, prestar suporte aos familiares cuidadores quer por indisponibilidade, quer por necessidade de descanso. Assegura cuidados de manutenção, de estimulação, de enfermagem, médicos, farmácia, apoio psicossocial, controlo fisiátrico, animação sociocultural, higiene, conforto, apoio nas actividades da vida diárias e instrumentais da vida diária.
	Média Duração	A Unidade de Média Duração e Reabilitação é uma unidade de internamento com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos, com suporte clínico, de reabilitação e de apoio psicossocial, dirigido a pessoas com perda transitória de autonomia e potencialmente recuperável, cuja finalidade é a estabilização clínica, a avaliação e a sua reabilitação integral.	Destina-se a internamentos entre 30 e 90 dias. Assegura, durante esse período, cuidados médicos, de enfermagem, fisioterapia e terapia ocupacional, farmácia, apoio psicossocial, higiene, conforto e lazer.
	Cuidados Paliativos	A Unidade de Cuidados Paliativos é uma unidade de internamento com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes em situação complexa e de sofrimento decorrente de doença severa ou avançada, incurável e progressiva. Nesta unidade não há limite de internamento.	Presta cuidados médicos, de enfermagem, exames complementares de diagnóstico, prescrição e administração de fármacos e fisioterapia, consulta e acompanhamento psicossocial e espiritual, actividades de manutenção, higiene, conforto. Alimentação, convívio e lazer.
Ambulatório	Unidades de Dia	A Unidade de Dia e de Promoção da Autonomia presta cuidados de suporte na promoção da autonomia e apoio social em regime ambulatório a pessoas que não reúnem condições para serem cuidadas no domicílio, em articulação com os suportes já existentes na rede, funcionando 8 horas por dia e, no mínimo, 2 dias úteis.	Presta cuidados na promoção da autonomia, actividades de manutenção e estimulação, médicos, de enfermagem, fisioterapia, psicossociais, animação, alimentação e higiene pessoal.

Fonte: Decreto-lei nº 101, de 2006

Figura 6 – Características das equipas da rede de cuidados integrados

Equipas	Tipos	Descrição	Composição e objectivos
Hospitalares	Gestão das Altas	Equipa multidisciplinar de preparação e gestão de altas hospitalares com outros serviços para os doentes que requerem seguimento dos seus problemas de saúde e sociais quer no domicílio, quer em articulação com as unidades de convalescença.	Esta equipa está sediada no hospital e integra um médico, um enfermeiro e um assistente social, devendo articular-se com as equipas terapêuticas para a programação das altas e com as equipas coordenadoras distritais e locais e dos cuidados continuados.
	Intra-hospitalares e de Cuidados Paliativos	Equipa multidisciplinar do hospital com formação em cuidados paliativos, devendo dispor de espaço físico próprio para a coordenação das actividades.	Integra um médico, um enfermeiro e um psicólogo. Presta aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos, orientação e intervenção em doentes internados em estado avançado
Domiciliárias	Cuidados Continuados Integrados	Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados primários e das entidades de apoio social para prestação de serviços domiciliários decorrente de avaliação integral, cuidados médicos, de enfermagem, reabilitação e apoio social.	Assegura cuidados médicos e de enfermagem de natureza preventiva, curativa e reabilitadora, acções paliativas, cuidados de fisioterapia e apoio psicossocial e ocupacional, educação para a saúde, apoio nas AVD e AIVD.
	Comunitária e de Suporte em Cuidados Paliativos	Equipa multidisciplinar da responsabilidade dos serviços de saúde com formação em cuidados paliativos.	Integra um médico e um enfermeiro e presta apoio e aconselhamento em cuidados paliativos, assegurando a formação, a avaliação integral do doente, o tratamento, a gestão e controlo dos procedimentos.

Fonte: Decreto-Lei nº 101, de 2006

ro de acordos, com 84%, dos quais 65% correspondiam às irmandades da misericórdia, seguidas de longe pelo Serviço Nacional de Saúde, com 9%, e pelas instituições privadas, com 5%. Cerca de 64 % das propostas para integração na rede diziam respeito a necessidade de cuidados continuados e 52% a fragilidades da pessoa idosa.

Foram atendidos nas Unidades de Convalescença 2966 utentes, correspondendo a 50% do total dos utentes atendidos na rede. Nas Unidades de Média

Duração e Reabilitação, foram atendidos 1569 utentes, correspondendo a 26,4% do total de utentes atendidos. Nas Unidades de

Longa Duração e Manutenção foram atendidos 1129 utentes, correspondendo a 19% dos utentes atendidos na rede. Finalmente, nas Unidades de Cuidados Paliativos foram atendidos 53 utentes.

4 - Cuidados continuados integrados de saúde mental

Recentemente foram criados os cuidados continuados integrados na área da saúde mental (Decreto de lei, nº 8 de 28 de Janeiro de 2010). Nesta lei, a saúde mental está interligada também a situações de demência e o seu objecto "são as pessoas com doença mental grave de que resulte incapacidade

psicossocial e que se encontrem em situação de dependência, independentemente da idade” (art. 1º) e que se encontrem a viver na comunidade, tenham altas das unidades de agudos dos hospitais psiquiátricos, das instituições psiquiátricas do sector social ou dos departamentos e serviços de psiquiatria e pedopsiquiatria dos hospitais, que tenham alta das unidades de longa duração privadas e publica e que sejam referenciadas pelos serviços locais de saúde mental (art. 18).

Esta rede tem os seguintes objectivos (art. 4): a reabilitação e autonomia das pessoas com incapacidade psicossocial; a manutenção ou reforço das competências e capacidades das pessoas com incapacidade psicossocial com vista ao desenvolvimento do seu processo de recuperação; a integração familiar e social das pessoas com incapacidade psicossocial; a promoção de vida na comunidade tão independente quanto possível das pessoas com incapacidade psicossocial que residam nos hospitais psiquiátricos, instituições do sector social e departamentos ou serviços de psiquiatria de hospitais; e a promoção e o reforço das capacidades familiares e outros cuidadores, habilitando-as a lidar com situações daí decorrentes, facilitando e incentivando o acompanhamento familiar e promovendo a sua participação e envolvimento na prestação de cuidados.

Esta rede tem uma coordenação a nível nacional, e uma coordenação operativa a nível regional e local e está organizada por unidades e equipas de cuidados integrados específicas da saúde mental. Inclui unidades e equipas de três tipos: unidades residenciais; unidades sócio-ocupacionais; e equipas de apoio domiciliário. Estas unidades articulam com os serviços locais de saúde mental

(SLSM) e com a rede de cuidados continuados integrados (RNCCI). As competências das unidades são as constantes na Figura 7. Esta rede está a ser implementada actualmente.

Para concluir

A evolução das respostas na área dos cuidados em Portugal tiveram um duplo desenvolvimento, por um lado os cuidados sociais e mais recentemente os cuidados integrados (sociais e de saúde). Para esta evolução das respostas não é alheio o aumento do grupo de pessoas idosas, com 65 ou mais anos, em situação de dependência e as pessoas com doenças crónicas. Actualmente as respostas na área da dependência têm mais probabilidade de responder às necessidades e expectativas deste grupo. Apesar das políticas activas serem recentes têm possibilitado modificar o paradigma tanto dos cuidados tradicionais prestados em lares, ou no domiciliário, como do desenvolvimento de cuidados altamente diferenciados para as situações de dependência beneficiando sobretudo os casos de alta hospital com necessidade de reabilitação e tratamento continuado.

A ideia de responsabilidade partilhada entre a saúde e a área social e entre as unidades, equipas, doentes e os familiares assume-se como um modelo integrado de intervenção que incide sobre a valorização da autonomia dos sujeitos, enquanto capacidade para realizar as actividades da vida diária e a capacidade de decisão sobre assuntos do quotidiano. A evolução quantitativa da resposta em todo o país tem sido positiva assim como o número de pessoas apoiadas nestes últimos anos (Pereira, 2007: 3-4).

Mas apesar da criação e desenvolvimento destas respostas elas ainda são insuficientes

Figura 7 – Unidades e equipas dos cuidados continuados integrados de saúde mental

Unidades e equipas	Competências	
Equipas de apoio domiciliário	Actuam nos domicílios, auxiliam na supervisão e gestão da medicação e asseguram o apoio regular nos cuidados pessoais e nas actividades da vida diária, gestão doméstica e financeira, compras, confecção de alimentos, tratamento de roupas, manutenção da habitação, utilização dos transportes públicos e outros recursos comunitários.	
Unidades sócio-ocupacionais	Localizam-se na comunidade e têm como destinatários pessoas com moderado e reduzido grau de incapacidade psicossocial, com disfuncionalidades na área relacional, ocupacional e de integração social. Estas unidades têm por finalidade a promoção da autonomia, a estabilidade emocional e a participação social, com vista à integração social, familiar e profissional	
Unidades residenciais	Apresentam diferentes níveis de intensidade. Localizam-se preferencialmente na comunidade e asseguram a prestação de serviços médicos e sociais, são de quatro tipos: residências de treino da autonomia; residências autónomas de saúde mental; as residências de apoio moderado e as residências de apoio máximo.	
	1 - Residências de treino da autonomia	Têm como finalidade a reintegração social e familiar das pessoas com incapacidade psicossocial preparando o seu regresso ao domicílio.
	2 - Residências autónomas de saúde mental	Têm como finalidade proporcionar suporte residencial com vista à integração profissional ou emprego, a melhoria da qualidade de vida e maior participação social
	3 - As residências de apoio moderado	Têm como finalidade proporcionar cuidados que permitam a manutenção e o desenvolvimento de competências no doente, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida e promovendo a integração sócio-ocupacional
4 - Residências de apoio máximo	Apoiam pessoas com elevado grau de incapacidade e têm como finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência.	

Fonte: Decreto de lei nº 8/2010

para face ao número de pessoas que dela necessita, com muitos doentes em lista de espera para se integrarem nas unidades sobretudo de longa duração (cf. Caiano, 2005). Estes casos são mais frequentes em grandes zonas urbanas onde o número de pessoas a necessitar destes cuidados é maior. Um dos problemas da rede é precisamente dar resposta nestes contextos. Por isso muitas vezes os doentes têm de ser deslocados para outras localidades fora do seu ambiente habitual. Num futuro próximo espera-se o estado e as organizações da sociedade civil públicas e privadas possam contratualizar mais respostas no sentido de aumentar o número de utilizadores com a expectativa de que as pessoas possam usufruir de recursos próxi-

mos das zonas onde residem numa perspectiva alargada das políticas activas.

Bibliografia

- AA.VV (2002), Portugal 1995-2000, Perspectivas da Evolução Social, Lisboa, DEPP/MTS e Celta Editora.
- Caiano, Paula (2005), Políticas de Saúde, envelhecimento e cuidados continuados, *Intervenção Social*, nº 31, pp. 99-127.
- Campos, António Correia de (2008), *Reformas da Saúde*, Coimbra, Almedina.
- Capucha, Luís, Teresa Bomba, Rita Fernandes, e Gisela Matos (2005), Portugal – A virtuous path towards minimum income? in Maurizio Ferrera (Ed.), *Welfare State Reform*

in Southern Europe, London, Routledge/EUI Studies in the Policial Economy of Welfare

Decreto de lei nº 8 (2010), Rede de cuidados continuados integrados de saúde mental, publicada no DR, I série, nº 19 de 28 de Janeiro.

Decreto-Lei nº 101 (2006), Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, publicado no Diário da República I-Série A a 6 de Junho.

Decreto-Lei nº 281 (2003), Cria a Rede de Cuidados Continuados, publicado a 8 de Novembro.

Decreto-lei nº 15 (2001), publicado em 27 de Janeiro de 2001.

Despacho nº 204 (1996), publicado em 3 de Setembro de 1996.

Despacho nº 726 (1998), publicado em 16 de Outubro de 1998.

Despacho nº 21321 (2002), publicado em 17 de Setembro de 2002.

Despacho Conjunto nº 166 (1994), Criação do Programa de Apoio Integrado a Idosos, publicado a 20 Julho.

Despacho Conjunto nº 259 (1997), Regulação do Programa de Apoio Integrado a Idosos, publicado no Diário da República, nº 192 a 21 Agosto.

Despacho conjunto nº 272 (1998), publicado do DR, nº 88 de 15 de Abril II Série.

Despacho Conjunto nº 407 (1998), Aprova as Orientações Reguladoras da Intervenção Articulada do Apoio Social e dos Cuidados de Saúde Continuados, Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, publicado a 18 de Junho

Gesaworld (2005), Relatório Final da Fase I de Diagnóstico da Situação Actual, in Projec-

to de Apoio e Assessoria à Implementação de um Modelo de Rede de Cuidados Continuados Integrados e Progressivo Desenvolvimento dos Serviços de Proximidade em Portugal Para Promoção e Desenvolvimento de Cuidados Continuados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência, Lisboa.

Instituto da Segurança Social, I.P. (2005), Diagnóstico, Medidas de Política, Programas/Projectos e Respostas Sociais para a População Idosa em Portugal. Lisboa, ISS. IP. Ministério do Trabalho e da Solidariedade (2000), Carta Social, Rede de Serviços e Equipamentos, Lisboa, DEPP.

Ministério da Saúde e Instituto da Segurança Social, I.P. (2003), Relatório de Actividades 2003, Programa de Apoio Integrado a Idosos, Lisboa, MS e ISS, I.P.

Ministério da Saúde e Ministério da Segurança Social, da Família e da Criança (2002), Relatório de Actividades 2002, Programa de Apoio Integrado a Idosos, Lisboa, MS e MS-SFC.

Ministério da Saúde e Ministério da Segurança Social e do Trabalho (2001), Relatório de Actividades 2001, Programa de Apoio Integrado a Idosos, Lisboa, MS e MSST.

Ministério da Saúde e Ministério do Trabalho e da Solidariedade (1998), Relatório de Actividades 1997/1998, Programa de Apoio Integrado a Idosos, Lisboa, MS e MTS.

Ministério da Saúde (2008), Relatório de Monitorização do Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2007, DGS.

Ministério da Saúde (2004), Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Despacho Ministerial de 15 de Junho de 2004.

Pereira, Sofia Borges (2007), Rede Nacional de cuidados continuados integrados, Revista Pretextos, nº 27, pp.3-5.

PNAI (2006), Relatório de Actualização PNAI 2005-2006, Lisboa, Ministério do Trabalho e da Solidariedade.

Resolução do Conselho de Ministros nº 84 (2005), Criação de uma Comissão para Identificar as Necessidades Não Satisfeitas Relativamente aos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e às Pessoas em Situação de Dependência.

Resolução do Conselho de Ministros nº 84 (2005), Princípios de Estruturação dos Cuidados de Saúde às Pessoas Idosas e Dependentes, Publicado no Diário da República, I série-B, nº 81 de 27 de Abril de 2005.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A Revista Sinais Vitais publica artigos sobre a área disciplinar de enfermagem, de gestão, educação, e outras disciplinas afins. Publica também cartas ao director, artigos de opinião, sínteses de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação e cuja pertinência e rigor técnico e científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico. A Revista Sinais Vitais publica ainda entrevistas, reportagem, notícias sobre a saúde e a educação em geral.

A Publicação de artigos na Revista SINAIS VITAIS dependerá das seguintes condições:

1. Serem originais e versarem temas de saúde no seu mais variado âmbito;
2. Ter título e identificação do (s) autor (es) com referência à categoria profissional, instituição onde trabalha, formação académica e profissional, eventualmente pequeno esboço curricular e forma de contacto;
- 2.1. Os autores deverão apresentar uma declaração assumindo a cedência de direitos à Revista Sinais Vitais;
3. Ocupar no máximo 6 a 8 páginas A4, em coluna única, tipo de letra Arial 11, versão Microsoft Word 2003, ou OpenDocument Format (ODF).
4. Serem acompanhadas de fotografia do (s) autor (es), podendo ser do tipo passe ou mesmo outra;
5. Terão prioridade os trabalhos gravados em CD ou submetidos por e-mail acompanhados de fotografias, ilustrações e expressões a destacar do texto adequadas à temática. As fotografias de pessoas e instituições são da responsabilidade do autor do artigo. Os quadros, tabelas, figuras, fotografias e esquemas devem ser numerados e a sua legenda deve ser escrita numa folha e de fácil identificação;
6. Os trabalhos podem ou não ser estruturados em capítulos, sessões, introdução, etc.; preferindo formas adequadas mas originais.
- 6.1. Devem obrigatoriamente ter lista bibliográfica utilizando normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP405-1(1994);
- 6.2. Todos os trabalhos deverão ter resumo com o máximo de 80 palavras e palavra-chave, que permitam a caracterização do texto;
- 6.3. Os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua inglesa.
7. São ainda aceites cartas enviadas à direcção, artigos de opinião, sugestões para entrevistas e para artigos de vivências, notícias, assuntos de agenda e propostas para a folha técnica, que serão atendidas conforme decisão da Direcção da Revista.
8. A Direcção da revista poderá propor modificações, nomeadamente ao nível do tamanho de artigos;
9. As opiniões veiculadas nos artigos são da inteira responsabilidade dos autores e não do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da Revista Sinais Vitais, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.
- 9.1. Os artigos publicados ficarão propriedade da revista e só poderão ser reproduzidos com autorização desta;
10. A selecção dos artigos a publicar por número depende de critérios da exclusiva responsabilidade da Revista Sinais Vitais e bem assim, a decisão de inclusão do artigo em diferentes locais da revista;
11. Somente se um autor pedir a não publicação do seu artigo antes de este estar já no processo de maquetização, é que fica suspensa a sua publicação, não sendo este devolvido;
12. Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da Revista Sinais Vitais.
13. Os trabalhos não publicados não serão devolvidos, podendo ser levantados na sede da Revista.
14. Os trabalhos devem ser enviados para suporte@sinaisvitais.pt