



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório Estágio

“Descentralizar para Melhor Cuidar”

Lurdes da Conceição Afonso Nobre Ribeiro

Orientador

Prof. Isaura Serra

Março de 2011

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório Estágio

“Descentralizar para Melhor Cuidar”

Lurdes da Conceição Afonso Nobre Ribeiro

Orientador

Prof. Isaura Serra

Março de 2011

RESUMO

"Descentralizar para melhor cuidar"

De acordo com o Portal da Saúde (2009) as doenças cardiovasculares, foram responsáveis por cerca de 40% dos óbitos em Portugal. Além de educar para a prevenção destas doenças importa actuar nas suas consequências.

Recentemente a Administração Regional de Saúde do Alentejo implementou o projecto que permite melhorar a prestação de cuidados de saúde aos utentes Anticoagulados Oraís. Esta descentralização permite ao utente reduzir custos, obter maior acessibilidade e melhoria da prestação de cuidados de saúde, evitando deslocações regulares ao Hospital ou ao laboratório de análises clínicas.

A implementação da consulta de Enfermagem a utentes anticoagulados orais, através do projecto "*Descentralizar para melhor cuidar*", visa demonstrar esses ganhos em saúde, uniformizar procedimentos de enfermagem e melhorar a qualidade de vida dos utentes hipocoagulados orais do Centro de Saúde de Ponte de Sor.

ABSTRACT

“Decentralize for a better care”

According to the Health Portal (2009) cardiovascular diseases were responsible for about 40% of deaths in Portugal. Besides education for prevention of these diseases it acts in its consequences.

Recently the Administração Regional de Saúde do Alentejo has implemented a project which allows the improvement of healthcare to Oral Anticoagulants users. This decentralization allows the user to reduce costs, obtain greater accessibility and improving the delivery of healthcare avoiding regular travels to the Hospital or to the Lab for clinical analysis.

The implementation of nursing consultation to oral anticoagulants users through the project “Decentralize for a better care” aims to demonstrate these gains in health standardize nursing procedures and improve the oral anticoagulants users’ quality of life at the Health Centre of Ponte de Sor.

“A vida, sem uma meta, é completamente vazia.”

SÊNECA
(Escritor/Filósofo Romano)

AGRADECIMENTOS

Obrigado...

...Aos Utentes Hipocoagulados do Centro de Saúde de Ponte de Sor pela disponibilidade, receptividade e afecto com que colaboraram neste trabalho.

...À Professora Isaura Serra pelo apoio e disponibilidade ao longo deste Estágio de Natureza Profissional.

...À Responsável do Centro de Saúde de Ponte de Sor pelo acolhimento e modo como facilitou o desenvolvimento das actividades.

...À Equipa de Enfermagem do Centro de Saúde de Ponte de Sor pelas informações e colaboração disponibilizadas.

...Às Entidades Oficiais que permitiram recolha de dados e informação para a concretização deste trabalho.

...À Edite Lopes pela disponibilidade e apoio demonstrados ao longo da elaboração deste trabalho.

...Aos colegas e amigos pelos conselhos, pelo incansável incentivo, afecto e amizade.

...À minha família, pelo seu inestimável apoio, e pela compreensão das minhas “ausências”.

...A todos que directa ou indirectamente, tornaram possível a concretização deste trabalho.

...E a todos os outros com quem contei sempre ao longo deste Estágio.

SIGLAS

ACES - Agrupamentos dos Centros de Saúde

Alert P1 - Referenciação hospitalar

APDA – Associação Portuguesa de Doentes Anticoagulados

ARSA – Administração Regional de Saúde do Alentejo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD - Actividades de Vida Diárias

BARCCU - Base de Dados Alentejana de Rastreio do Cancro do Colo do Útero

CRIPS – Centro de Recuperação Infantil de Ponte de Sor

CSPS – Centro de Saúde de Ponte de Sor

DGS – Direcção Geral de Saúde

DL – Decreto-lei

INR – Razão Internacional Normalizada

MPCSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNV – Plano Nacional de Vacinação

SAM - Serviço de Apoio ao Médico (registos clínicos e gestão da consulta médica)

SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (Registos de enfermagem)

SINUS - Sistema de Informação para Unidades de Saúde (Agendamento e marcação de consultas, dados estatísticos)

SUB - Serviço de Urgência Básico

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ULSNA - Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

ABREVIATURAS

Dec. – Lei – Decreto - Lei

Dr^a – Doutora

Enf.^o - Enfermeiro

Km – Quilómetro

Km² - Quilómetros quadrados

p. - Página

Pág. - Página

s/ - sem

SIMBOLOS

°C – Graus Centigrados

% - Percentagem

3^a – Terceira

n^o - Número

ÍNDICE

	Pág.
1 - INTRODUÇÃO	18
2- ANÁLISE DO CONTEXTO	21
2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE PONTE DE SOR	21
2.2 - CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE	23
2.2.1- Estrutura Física	25
2.2.2- Recursos Humanos	26
2.2.3 - Serviços Prestados	27
2.2.4 - Programas e Projectos do Centro de Saúde	29
2.2.5 - Parcerias	29
2.3 DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS	30
3 - ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES	32
3.1 - CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES	32
3.2 CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECIFICAS DA POPULAÇÃO - ALVO	34
3.3 ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO – ALVO	35
3.4 - RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO – ALVO	36
3.4.1 – Critérios de Exclusão	36
4 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS	37
4.1 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL	37
4.2 – OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO - ALVO	38
5 - ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	41
5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	41
5.2 – METODOLOGIAS	75

5.3 –	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS	81
5.4 –	RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS	84
5.5 –	CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS	85
5.6 –	ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL	85
5.7 –	CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA	86
6 -	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO	87
6.1 -	AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS	87
6.2 –	AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	92
6.3 –	DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS	95
7 –	ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	96
8 -	CONCLUSÃO	99
9 -	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	101
	APÊNDICES	112

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Mapa de Portugal Continental	21
Figura 2 - Mapa do Distrito de Portalegre	21
Figura 3 - Mapa do Concelho de Ponte de Sor	21
Figura 4 - Etapas no Processo de Planeamento em Saúde	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 - Pirâmide de idades do Concelho de Ponte de Sor, (Censos 2001)	32
Gráfico 2 - Pirâmide de idades dos utentes inscritos no Centro de Saúde	33
Gráfico 3 - Distribuição dos utentes inscritos no Centro de Saúde segundo o sexo	33
Gráfico 4 - Identificação do inquirido	47
Gráfico 5 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o grupo etário	48
Gráfico 6 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o sexo	49
Gráfico 7 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o estado civil	49
Gráfico 8 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo a profissão	50
Gráfico 9 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre o que é a coagulação	51
Gráfico 10 - Coagulação é um processo natural que permite ao organismo reduzir as perdas de sangue em caso de hemorragia	52
Gráfico 11 - Coagulação é um produto colocado numa ferida para parar a perda de sangue	52
Gráfico 12 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre o que são anticoagulantes orais	53
Gráfico 13 - Anticoagulantes orais são medicamentos usados para parar uma hemorragia	53
Gráfico 14 - Anticoagulantes orais são medicamentos que fazem com que o sangue demore mais tempo a coagular	54
Gráfico 15 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre quais as complicações da terapêutica anticoagulante oral	55
Gráfico 16 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo as complicações da terapêutica anticoagulante oral que conhece	55

Gráfico 17 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o médico ter informado a forma correcta de tomar o anticoagulante oral	56
Gráfico 18 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento da atitude a ter em caso de esquecimento de uma toma do anticoagulante oral	56
Gráfico 19 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo "quando esquece de tomar uma dose, toma logo que se lembre"	57
Gráfico 20 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo "quando esquece de tomar uma dose, não toma e avisa quando for fazer a avaliação do INR ao Centro de Saúde"	57
Gráfico 21 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo considerar importante cumprir as datas de avaliação de INR	58
Gráfico 22 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o facto que pode/deve fazer uma vida normal	58
Gráfico 23 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o facto de explicar porque razão não pode fazer uma vida normal	59
Gráfico 24 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre quais os medicamentos que pode tomar ao fazer terapêutica anticoagulante oral	60
Gráfico 25 -	Pode tomar todos os medicamentos prescritos por um médico	60
Gráfico 26 -	Não deve tomar anti-inflamatórios e medicamentos para as dores	61
Gráfico 27 -	Só toma medicamentos prescritos pelo médico e depois de informar que faz terapêutica anticoagulante oral	61
Gráfico 28 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre quais os alimentos que interferem na terapêutica anticoagulante oral e de que forma isso acontece	62
Gráfico 29 -	Açúcar, chá de tília, carne de vaca	62
Gráfico 30 -	Brócolos, espinafres, chá de hipericão	63
Gráfico 31 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre os cuidados a ter se tiver uma ferida, necessidade de extrair um dente ou ser submetido a uma cirurgia	63

Gráfico 32 -	Se for submetido a uma cirurgia duplica a medicação anticoagulante	64
Gráfico 33 -	Se for submetido a uma cirurgia suspende a medicação anticoagulante e faz a medicação prescrita pelo médico	64
Gráfico 34 -	Se extrair um dente duplica a medicação anticoagulante	65
Gráfico 35 -	Se extrair um dente suspende a medicação anticoagulante e faz a medicação prescrita pelo médico	65
Gráfico 36 -	Se tiver uma ferida com hemorragia duplica a medicação anticoagulante	66
Gráfico 37 -	Se tiver uma ferida com hemorragia recorre ao serviço de urgência	66
Gráfico 38 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o Índice de Lawton: Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	67
Gráfico 39 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o Índice de Katz - Actividades de Vida Diária	68

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 - Idades dos utentes inscritos no Centro de Saúde de Ponte de Sor	32
Quadro 2 - Distribuição dos utentes inscritos no Centro de Saúde segundo o sexo	33
Quadro 3 - Identificação do inquirido	47
Quadro 4 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o grupo etário	48
Quadro 5 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o sexo	49
Quadro 6 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o estado civil	49
Quadro 7 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo a profissão	50
Quadro 8 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre o que é a coagulação	51
Quadro 9 - Coagulação é um processo natural que permite ao organismo reduzir as perdas de sangue em caso de hemorragia	51
Quadro 10 - Coagulação é um produto colocado numa ferida para parar a perda de sangue	52
Quadro 11 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre o que são anticoagulantes orais	53
Quadro 12 - Anticoagulantes orais são medicamentos usados para parar uma hemorragia	53
Quadro 13 - Anticoagulantes orais são medicamentos que fazem com que o sangue demore mais tempo a coagular	54
Quadro 14 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre quais as complicações da terapêutica anticoagulante oral	54
Quadro 15 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo as complicações da terapêutica anticoagulante oral que conhece	55
Quadro 16 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o médico	56

	ter informado a forma correcta de tomar o anticoagulante oral	
Quadro 17 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento da atitude a ter em caso de esquecimento de uma toma do anticoagulante oral	56
Quadro 18 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo "quando esquece de tomar uma dose, toma logo que se lembre"	57
Quadro 19 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo "quando esquece de tomar uma dose, não toma e avisa quando for fazer a avaliação do INR ao Centro de Saúde"	57
Quadro 20 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo considerar importante cumprir as datas de avaliação de INR	58
Quadro 21 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o facto que pode/deve fazer uma vida normal	58
Quadro 22 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o facto de explicar porque razão não pode fazer uma vida normal	59
Quadro 23 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre quais os medicamentos que pode tomar ao fazer terapêutica anticoagulante oral	59
Quadro 24 -	Pode tomar todos os medicamentos prescritos por um médico	60
Quadro 25 -	Não deve tomar anti-inflamatórios e medicamentos para as dores	60
Quadro 26 -	Só toma medicamentos prescritos pelo médico e depois de informar que faz terapêutica anticoagulante oral	61
Quadro 27 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre quais os alimentos que interferem na terapêutica anticoagulante oral e de que forma isso acontece	62
Quadro 28 -	Açúcar, chá de tília, carne de vaca	62
Quadro 29 -	Brócolos, espinafres, chá de hipericão	63
Quadro 30 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre os cuidados a ter se tiver uma ferida, necessidade de extrair um dente ou ser submetido a uma cirurgia	63
Quadro 31 -	Se for submetido a uma cirurgia duplica a medicação	64

	anticoagulante	
Quadro 32 -	Se for submetido a uma cirurgia suspende a medicação anticoagulante e faz a medicação prescrita pelo médico	64
Quadro 33 -	Se extrair um dente duplica a medicação anticoagulante	65
Quadro 34 -	Se extrair um dente suspende a medicação anticoagulante e faz a medicação prescrita pelo médico	65
Quadro 35 -	Se tiver uma ferida com hemorragia duplica a medicação anticoagulante	65
Quadro 36 -	Se tiver uma ferida com hemorragia recorre ao serviço de urgência	66
Quadro 37 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o Índice de Lawton: Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)	67
Quadro 38 -	Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o Índice de Katz - Actividades de Vida Diária	68
Quadro 39 -	Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde segundo uma Escala de Likert	74
Quadro 40 -	Quadro de avaliação do objectivo "Identificar o número de utentes hipocoagulados orais"	88
Quadro 41 -	Quadro de avaliação do objectivo "Uniformizar os procedimentos dos enfermeiros a desempenhar funções na consulta de atendimento a utentes hipocoagulados"	88
Quadro 42 -	Quadro de avaliação do objectivo "Melhorar a qualidade de vida do utente hipocoagulado"	90
Quadro 43 -	Quadro de Avaliação do objectivo "Promover uma eficaz gestão do regime terapêutico"	91

1 – INTRODUÇÃO

Doenças cardiovasculares são o conjunto de doenças que afectam o aparelho cardiovascular, nomeadamente o coração e/ou os vasos sanguíneos. No termo inclui-se a doença cardíaca coronária, a hipertensão e a arteriosclerose (PORTAL DA SAÚDE <http://www.portaldasaude.pt/2009>).

Uma das principais causas de morte nos países ocidentais são as doenças do aparelho circulatório (PORTUGAL, DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE, 2006, p.5). Portugal não é excepção à regra e, de acordo com o Portal da Saúde (2009) as doenças cardiovasculares, foram responsáveis por cerca de 40% dos óbitos (PORTAL DA SAÚDE <http://www.portaldasaude.pt/2009>). Com o envelhecimento da população e os actuais hábitos alimentares dos nossos jovens, a tendência para o agravamento da situação é previsível. Se urge educar correctamente para a prevenção destas doenças, não é menos importante actuar nas consequências das mesmas.

Este modus operandum deve organizar de forma mais eficiente os recursos físicos e humanos existentes, permitindo o seu acesso ao maior número possível de utentes que deles dependam com vista a reduzir as taxas de mortalidade e morbidade destas doenças (ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/> 2010).

A política de descentralização visa a delegação de funções e/ou tomada de decisões, encarregando outros profissionais de desempenhar as mesmas tarefas, noutra local. Ao descentralizar a Consulta de Hipocoagulação dos Hospitais para os Centros de Saúde aproximaram-se os utentes dos cuidados de saúde de que necessitam, garantindo melhor acessibilidade. Quando as características geo demográficas da área de abrangência do Centro de Saúde é dispersa, corremos o risco de nos depararmos com uma população mais envelhecida, com limitações de mobilidade. Assim, porque não descentralizar a consulta de Hipocoagulação do Centro de Saúde para as extensões, permitindo a todos os utentes o controle dos seus níveis de anti-coagulação?

É de prever que a população servida por este Centro de Saúde seja cada vez maior. Em contrapartida, e devido à actual conjuntura, os recursos disponíveis tanto materiais quanto humanos, são cada vez mais reduzidos. A reestruturação dos Cuidados de Saúde Primários e o seu impacto no funcionamento dos Centros de Saúde são uma incógnita a

que só o tempo dará resposta. Sem esquecer estes condicionalismos a proposta para este trabalho é a de um plano realista, exequível e onde enfermeiro e utente sejam parte activa.

Tendo em conta que relatório é um conjunto de informações, utilizado para reportar resultados parciais ou totais de uma determinada actividade, experiência, pesquisa, ou outro evento, quer este esteja finalizado ou ainda em andamento, pode-se dizer que se trata da aplicação de um projecto de natureza concelhia que visa, sobretudo, demonstrar os ganhos económicos, e em saúde, para os utentes hipocoagulados da área de abrangência do Centro de Saúde de Ponte de Sor (CSPS), mais especificamente da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), local onde decorreu este Estágio de natureza profissional.

De referir que o presente Relatório será apresentado ao Segundo Ciclo de Estudos em Enfermagem Comunitária da Universidade de Évora, como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Comunitária.

Assim, a realização deste trabalho teve como objectivo:

- Implementar a consulta de Enfermagem a utentes com terapêutica anticoagulante oral no Centro de Saúde de Ponte de Sor.

Pretendeu-se com o Estágio de Natureza Profissional identificar as necessidades e problemas da população de utentes submetidos a terapêutica anticoagulante oral com vista a estabelecer estratégias específicas de actuação e elaborar planos de intervenção na área dos problemas identificados.

Tendo por base o objectivo acima, começou por se realizar o levantamento dos utentes hipocoagulados orais do Centro de Saúde de Ponte de Sor. Em seguida procedeu-se à construção de um questionário, que foi aplicado aos utentes/cuidadores com o intuito de avaliar a sua percepção e os seus conhecimentos.

Os dados obtidos conduziram à identificação e aprofundamento das necessidades/problemas identificados, pretendendo o trabalho culminar com a elaboração de actividades de intervenção nas áreas problema identificadas.

Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma:

Inicia-se com a Análise do Contexto; segue-se a Análise da População/Utentes, Definição de Objectivos, Análise Reflexiva que engloba a Fundamentação das Intervenções e as Metodologias utilizadas. Posteriormente, é efectuada a Análise

Reflexiva sobre o Processo de Avaliação e Controlo e por último a Análise Reflexiva sobre as Competências Mobilizadas e Adquiridas.

Este relatório está organizado de acordo com o Anexo I do Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem, na parte relativa à Estrutura do Relatório de Mestrado em Enfermagem, da Universidade de Évora, e elaborado de acordo com a "Norma Portuguesa" para os trabalhos escritos.

2 – ANÁLISE DO CONTEXTO

2.1 - CARACTERIZAÇÃO DO CONCELHO DE PONTE DE SOR

Ponte de Sor, é uma cidade portuguesa, sede do maior Concelho do Distrito de Portalegre, Região do Alentejo. É sede de um município com 839,23 Km² de área e 18 140 habitantes (CENSOS, 2001), subdividido em 7 freguesias: Ponte de Sor, Montargil, Tramaga, Longomel, Galveias, Foros de Arrão e Vale de Açor. É delimitado pelos Concelhos de Gavião, Mora, Alter do Chão, Chamusca, Abrantes, Coruche e Avis.

Fig. 1 - Mapa de Portugal Continental

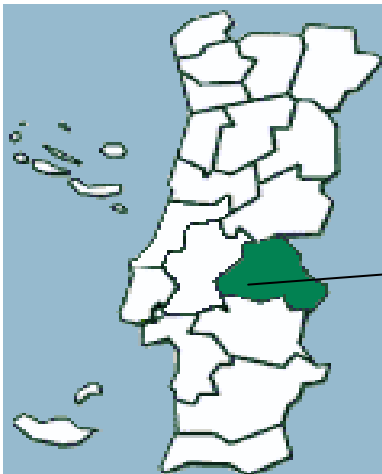


Fig. 2 - Mapa do Distrito de Portalegre



Fonte: Google (<http://www.google.pt/imgres?q=ponte+de+sor+-+map>)

Fig. 3 - Mapa do Concelho de Ponte de Sor



Fonte: Google (<http://www.google.pt/imgres?q=ponte+de+sor+-+map>)

Relativamente à densidade populacional (nº de habitantes/Km²), e de acordo com a CÂMARA MUNICIPAL DE PONTE DE SOR (2004,p.45), as oscilações populacionais nas últimas décadas neste Concelho,

“(...) proporcionaram uma diminuição na Densidade Populacional bastante significativa. Contudo, o aparecimento de novas freguesias e a divisão da área total por estas, fez com que a Densidade Populacional da freguesia de Ponte de Sor fosse aumentando, devido à diminuição da sua área. Actualmente, no conjunto das 7 freguesias do Concelho de Ponte de Sor, a sua Densidade Populacional é de cerca de 21,3 habitantes por Km². No ano de 1991, as freguesias com maior Densidade Populacional foram: a de Galveias, de Ponte de Sor e de Longomel. Já no ano de 2001, este factor avaliativo diminuiu em todas as freguesias, no entanto, as freguesias com os valores mais altos foram as mesmas dos resultados dos Censos de 1991. Convém evidenciar o surgimento de uma nova freguesia nos Censos de 2001, a de Tramaga, apresentando uma Densidade Populacional de cerca de 19 habitantes por cada Km²”².

Perante os valores apresentados neste estudo, *“verifica-se que a distribuição populacional neste Concelho não é homogénea, não só pelas diferenças analisadas no número de habitantes, como as áreas apresentadas em cada freguesia, as quais variam de uma para outra. Por exemplo, enquanto na Freguesia de Montargil não chega a haver 10 habitantes por Km², na Freguesia de Ponte de Sor, há cerca de 51 habitantes por Km²”*.

No que respeita às condições socioeconómicas e, considerando ainda os resultados apresentados no estudo atrás referido (datados do final de Novembro de 2003), o Serviço Social interveio sobretudo a nível económico com a atribuição de 120 subsídios eventuais e 59 casos de ajudas técnicas. O programa de Reinserção Social Integrado, anteriormente designado Rendimento Mínimo Garantido, abrangia, na altura cerca de 159 famílias, beneficiando 589 pessoas Em relação ao encaminhamento destes beneficiários e no âmbito dos acordos de inserção abrangem várias áreas, tais como: a nível de emprego, saúde, habitação, acção social e educação. No entanto, nas situações de emprego, na maioria das vezes estes casos possuem um carácter temporário devido à escassez de respostas ao nível de emprego neste Concelho (CÂMARA MUNICIPAL DE PONTE DE SOR, 2004).

Quanto à rede de transportes, Ponte de Sor é uma cidade que se situa numa posição de grande centralidade no País, relativamente à distância que possui dos grandes centros urbanos. A nível de acessibilidades, o Concelho de Ponte de Sor é atravessado pelas estradas nacionais n.º 2, 119, 243 e 367, podendo ter acesso à auto-estrada em Abrantes,

a cerca de 30 Km. Os acessos ferroviários são a linha do Leste e o ramal de Cáceres. Existe ainda uma rede Expresso que liga a cidade às cidades de Portalegre e Lisboa, assim como uma rede rodoviária local que liga a sede às restantes freguesias e concelhos limítrofes. (CÂMARA MUNICIPAL DE PONTE DE SOR, 2004).

Ao considerar as condições de habitabilidade há que referir o Ordenamento Urbano e Habitacional do Concelho de Ponte de Sor que se caracteriza por apresentar uma distribuição linear através de núcleos e conjuntos urbanos que se articulam com o principal eixo viário de cruzamento do Concelho. No ano de 2001, de acordo com o Pré Diagnóstico Social do Concelho de Ponte de Sor, existiam 9861 alojamentos. Os tipos de alojamento mais característicos são os alojamentos clássicos, havendo no total, 8759 edifícios. Embora a maioria dos alojamentos ocupados sejam residências habituais, existem 1752 que são somente de uso sazonal ou secundário. Dentro dos que estão vagos, o maior número, 883, não têm especificadas características, sendo 174 para aluguer e 142 para venda (CÂMARA MUNICIPAL DE PONTE DE SOR, 2004).

Quanto às condições dos alojamentos, estas baseiam-se fundamentalmente, na existência, ou não, de instalações de electricidade e de instalações sanitárias. 6780 alojamentos possuem instalações eléctricas. Relativamente às instalações sanitárias (retrete/esgotos), os alojamentos distinguem-se entre aqueles que possuem retrete dentro e os que a possuem fora deste, mas no edifício. Daqueles que possuem dispositivo de descarga, 4351 estão ligados à rede pública, enquanto 1505 estão a sistemas particulares e ainda existem 44 outras situações (CÂMARA MUNICIPAL DE PONTE DE SOR, 2004).

2.2 - CARACTERIZAÇÃO DO CENTRO DE SAÚDE

De acordo com a DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS) (<http://metaweb.ine.pt/sim/CONCEITOS/> s/ data) um:

“Centro de Saúde é um estabelecimento público de saúde, que visa a promoção da saúde, prevenção da doença e a prestação de cuidados, quer intervindo na primeira linha de actuação do Serviço Nacional de Saúde, quer garantindo a continuidade de cuidados, sempre que houver necessidade de recurso a outros serviços e cuidados especializados. Dirige a sua acção tanto à saúde individual e familiar como à saúde de grupos e da comunidade, através dos cuidados que, ao seu nível, sejam apropriados, tendo em conta as práticas

recomendadas pelas orientações técnicas em vigor, o diagnóstico e o tratamento da doença, dirigindo globalmente a sua acção ao indivíduo, à família e à comunidade”.

A promulgação do Dec – Lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro cria e regulamenta os Agrupamentos dos Centros de Saúde (ACES) do Serviço Nacional de Saúde. Os ACES são organismos autónomos, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, tendo por missão prestar cuidados de saúde à população da área abrangente (PORTUGAL <http://www.dre.pt/pdf1sdi/> 2008).

O Centro de Saúde de Ponte de Sor inaugurado em 1997, cuja sede se situa na zona nova da cidade, encontra-se integrado na Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano (ULSNA) sob a coordenação da Dr.^a Gracinda Rodrigues

Administrativamente a área de intervenção do Centro de Saúde, para além de Ponte de Sor, abrange ainda as freguesias de Galveias, Longomel, Tramaga e Vale de Açor.

Esta Unidade Funcional distribui a sua actividade pela sede e 5 extensões de saúde.

- Sede

O edifício, situado na zona nova da cidade de Ponte de Sor, consta de um piso único, térreo, onde funcionam três módulos de atendimento com horário entre as 8h e as 20h nos dias úteis da semana, um Serviço de Urgência Básico (SUB), funcionando 24 horas por dia, todos os dias da semana, e todos os serviços de apoio (secretaria, lavandaria, biblioteca,) para além das salas de Ambulatório (a funcionar das 9-12 horas e das 18-20 horas todos os dias úteis, e apenas no primeiro período aos Sábados), Vacinação (9-12 e 14-16 horas).

- Galveias

A extensão de saúde funciona num edifício propriedade da Junta de Freguesia, alugado aos Serviços. De construção recente, está adequado à prestação de cuidados de saúde.

Trata-se de uma das mais ricas juntas de freguesia do País, proprietária por testamento de várias dezenas de herdades agrícolas e prédios de elevado valor, dista da sede 12 km. Quanto à acessibilidade, no que diz respeito aos transportes públicos, estão disponíveis quatro autocarros por dia, em época escolar. No período não escolar, dispõe de três autocarros por dia.

- Longomel

Edifício de construção recente, propriedade dos Serviços e com boas condições para a prática de cuidados de saúde, situado a 10 km da sede tem disponíveis quatro autocarros por dia em época escolar, dispondo de três autocarros por dia no período não escolar.

- Vale de Açor

Edifício de construção recente, propriedade dos Serviços e com boas condições para a prática de cuidados de saúde dista da sede 7 km. Quanto à acessibilidade, relativamente aos transportes públicos, estão disponíveis três autocarros por dia (mais um à quarta-feira no período do almoço) em época escolar. No período não escolar, dispõe de dois autocarros por dia.

- Tramaga

Embora já exista um edifício novo mas que ainda não se encontra devidamente equipado, a extensão de saúde funciona num edifício pré-fabricado, propriedade do Município e sem condições para a prática de cuidados de saúde. Situada a 5 km da sede, dispõe de três autocarros por dia, mais um à quarta-feira no período do almoço, em época escolar; dispondo de dois autocarros em época não escolar.

- Torre das Vargens

A extensão de saúde funciona num edifício da antiga escola do Ensino Básico, remodelado e adaptado à prestação de cuidados de saúde. A 15 km de distância da sede dispõe da rede de transportes que serve a Extensão de Vale de Açor.

2.2.1 - Estrutura física da sede

Gabinetes Médicos:

Existem 6 Gabinetes Polivalentes, 1 Gabinete de Saúde Pública e 2 Gabinetes no SUB

Gabinetes de Enfermagem:

5 Gabinetes Polivalentes e 1 Gabinete de Apoio à Vacinação

Os Gabinetes Médicos e de Enfermagem são polivalentes, sendo por vezes utilizados por diferentes médicos de várias especialidades e diferentes enfermeiros, em horários devidamente organizados e adaptados. Apesar de limitados na área, encontram-se

devidamente equipados e com sistema de aquecimento e arrefecimento com ar condicionado.

Relativamente à acessibilidade física, quer a sede quer as extensões encontram-se acessíveis e adaptadas a deficientes, tanto a nível de gabinetes como de sanitários, não permitindo contudo a entrada de macas, excepto na área designada como SUB.

Como sistemas de gestão de informação os computadores estão equipados com os seguintes programas informáticos:

- SINUS - Sistema de Informação para Unidades de Saúde (agendamento e marcação de consultas, dados estatísticos);
- SAM - Serviço de Apoio ao Médico (registos clínicos e gestão da consulta médica);
- SAPE - Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (registos de enfermagem);
- Alert P1 (referenciação hospitalar);
- BARCCU - Base de Dados Alentejana de Rastreio do Cancro do Colo do Útero

Apesar de se encontrar garantido o acesso telefónico entre e com a sede e as extensões de referir que nas últimas os únicos programas informático que funcionam são o SINUS e o SAM devido à dificuldade de aceder à Internet. Na extensão de Tramaga apenas a Assistente Técnica dispõe de equipamento informático sendo inexistente em Torre das Vargens. Nas restantes extensões apenas o gabinete de enfermagem não está equipado com material informático.

2.2.2 - Recursos humanos

No Centro de Saúde trabalha-se segundo o método de Equipas Multidisciplinares, sendo a equipa de pessoal que exerce funções no Centro de Saúde composta por:

- 10 Médicos: 2 Médicos Chefes de Serviço, 5 Médicos Assistentes Graduados de Medicina Geral e Familiar, 1 Médico Assistente de Medicina Geral e Familiar e 2 Médicos Internos de Medicina Geral e Familiar;

- 26 Enfermeiros: 1 Enfermeira Chefe, 2 Enfermeiros Especialistas, 13 Enfermeiros Graduados (4 pertencem à equipa do SUB), 10 Enfermeiros Generalistas. (8 pertencem à equipa do SUB);

- 7 Assistentes Técnicas (1 com contrato de trabalho a termo certo) e 10 Assistentes Operacionais, (1 delas encontra-se a desempenhar funções administrativas, outra como telefonista, e 1 como motorista)

- Outros Técnicos: 1 Psicólogo, 1 Dietista, 1 Assistente Social, 2 Fisioterapeutas, 3 Técnicas de Radiologia, 1 Técnico de Saneamento e Ambiente, 1 Técnica de Higiene e Saúde Oral, 4 Seguranças

O CSPS recebe ainda médicos internos do ano comum para realização da valência de Medicina Geral e Familiar e Saúde Pública, alunos de Medicina e Enfermagem para realização de estágios curtos, assim como Médicos Especialistas de Cuidados Secundários para realização de consultas de apoio aos Cuidados Primários.

2.2.3 - Serviços prestados

No Centro de Saúde de Ponte de Sor prestam-se cuidados em todas as valências ao longo do ciclo de vida pois adoptou-se a filosofia do Enfermeiro de Família como método de trabalho. De acordo com FIGUEIREDO (2009, p.31):

“(...) nesta perspectiva os cuidados de enfermagem são centrados na unidade familiar, concebendo a família como uma unidade em transformação, promovendo a sua capacitação face às exigências decorrentes das transições que ocorrem ao longo do ciclo vital da família (...). A enfermagem de família emerge da mutualidade entre saúde e funcionamento da família sendo que os problemas de saúde influenciam as percepções e comportamentos da família, do mesmo modo que as percepções e comportamentos desta influenciam a saúde dos seus membros”.

Este conceito emerge da Declaração de Munique em 2000 com vista a identificar e salientar acções de enfermagem capazes de contribuir para a melhoria da saúde e qualidade de vida dos indivíduos a quem prestam cuidados (COELHO [et. al.], 2001). Também a Saúde XXI, enquanto quadro conceptual das políticas de saúde para a Região Europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002,p.23), na meta 15, refere que no centro dos Cuidados de Saúde Primários *“deve estar uma enfermeira de saúde familiar experiente, que proporcione a um número limitado de famílias um amplo leque de aconselhamento sobre estilo de vida, apoio familiar e cuidados no domicílio”* (MONTEIRO, 2009).

Outros serviços prestados pelo CSPS, comuns à sede e a todas as extensões, mas que pela sua especificidade funcionam apenas na sede são:

- Serviço de Urgência Básico
- Consultas de Pediatria (semanalmente)
- Consultas de Cirurgia Geral (semanalmente)
- Consultas Ortopedia (mensalmente)
- Consultas de Alergologia (semanalmente)
- Consultas Medicina Interna (quinzenalmente)
- Consultas de Cessação Tabágica (semanalmente)
- Cuidados de Enfermagem:
 - Podologia - funciona com marcação prévia pela especificidade de material necessário aos cuidados aos pés.
 - Vacinação - esta valência passou a funcionar exclusivamente na sede devido à cadeia de frio necessário para o bom estado de conservação das vacinas, tal como é preconizado pela DGS (2006, p. 8) na Circular Normativa N°08/DT de 21/12/2005, e que diz *“todas as vacinas do PNV e respectivos solventes devem ser conservados a uma temperatura entre 2°C e 8°C e não devem ser congelados. Estas condições devem ser mantidas ao longo de toda a rede de frio (armazenamento, transporte e sessão de vacinação)”*
- Aulas de Preparação para o Parto
- Consultas de Higiene e Saúde Oral
- Consultas de Nutrição
- Consultas de Psicologia
- Serviço de Saúde Pública
- Realização de exames radiológicos
- Tratamentos de reabilitação física e desenvolvimento da psicomotricidade
- Acompanhamento de serviço social
- Serviços administrativos

As marcações de consulta podem realizar-se de diversas formas:

- Marcação prévia de consultas por iniciativa do médico/enfermeiro;
- Marcação prévia de consultas por iniciativa do utente;
- Marcação de consultas no próprio dia.
- Marcação de consulta por e-mail.

2.2.4 - Programas e projectos do Centro de Saúde

Para além dos Programas de Saúde inerentes a cada fase da vida do cidadão e implícitos na filosofia do Método de Trabalho por Enfermeiro de Família e Médico de Família, o Centro de Saúde desenvolve ainda:

- Programa de Preparação para a Maternidade
- Apoio Domiciliário Integrado
- Programa de Saúde Escolar
- Programa de Saúde Oral
- Programa de Dispensa de Metadona
- Rede Social

2.2.5 - Parcerias

- Centro Hospitalar do Médio Tejo;
- Agrupamento Escolar;
- Associação Caminhar;
- Câmara Municipal de Ponte de Sor;
- Junta de Freguesia de Ponte de Sor;
- Junta de Freguesia das Galveias;
- Junta de Freguesia de Longomel;
- Junta de Freguesia da Tramaga;
- Junta de Freguesia do Vale de Açor;
- CRIPS (Centro de Recuperação Infantil de Ponte de Sor).

Está acordado por todas as Instituições, sejam elas públicas, privadas ou de solidariedade social, uma parceria transversal, que funciona sempre que disso haja necessidade, seja na cedência de pessoal, transporte, espaço físico, bens ou financiamento.

2.3 - DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE), o foco dos cuidados de enfermagem é a promoção da saúde, procurando ao longo do ciclo vital promover os processos de readaptação após a doença, ajudando a pessoa a gerir os recursos comunitários em matéria de saúde (OE, 2004).

Distinguem-se, segundo a OE (2004, p.5)

“dois tipos de intervenção de enfermagem: as iniciadas por outros técnicos e as iniciadas pela prescrição do enfermeiro. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada por outro técnico (...), o enfermeiro assume a responsabilidade técnica da sua implementação. Relativamente às intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção”

No que respeita à tomada de decisão cabe ao enfermeiro identificar as necessidades de cuidados de uma pessoa individual ou de um grupo, com vista à implementação de intervenções, criando guias orientadores para as boas práticas de enfermagem, essenciais à melhoria constante da qualidade de cuidados prestados (OE 2004).

O DECRETO-LEI n.º 247/2009, no artigo 9º, em (<http://www.dgap.gov.pt/> 2009) diz, que “o conteúdo funcional da categoria de enfermeiro é inerente às respectivas qualificações e competências em enfermagem, compreendendo plena autonomia técnico-científica nomeadamente, quanto a:

- Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade
- Participar e promover acções que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde
- Desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como a qualidade e a eficiência;
- Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização;
- Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar”.

Ainda a OE no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista regula que a:

“(...) actuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (...), envolve as dimensões da

educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, (...)”, (PORTUGAL, 2011, p.8648).

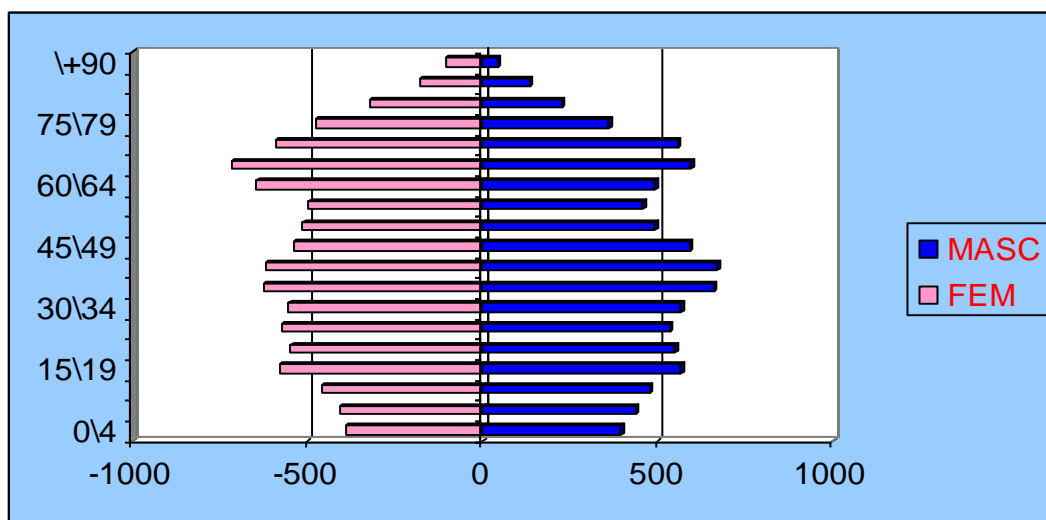
Foi seu intuito ao longo da aplicação do projecto capacitar-se de modo a mobilizar os conhecimentos prévios, assim como os adquiridos, integrando-os de modo a adquirir as competências atrás descritas, tomando a iniciativa e assumindo a responsabilidade sobre as actividades desenvolvidas.

Entenda-se a aquisição de competências como a capacidade que o Enfermeiro tem de adquirir e desenvolver os conhecimentos, as habilidades, as condições e/ou recursos que necessita mobilizar para a resolução dos problemas que surgem no seu dia-a-dia de profissional, e que envolvem diferentes graus de complexidade.

3 – ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

3.1 – CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

Gráfico 1 - Pirâmide de idades do Concelho de Ponte de Sor,



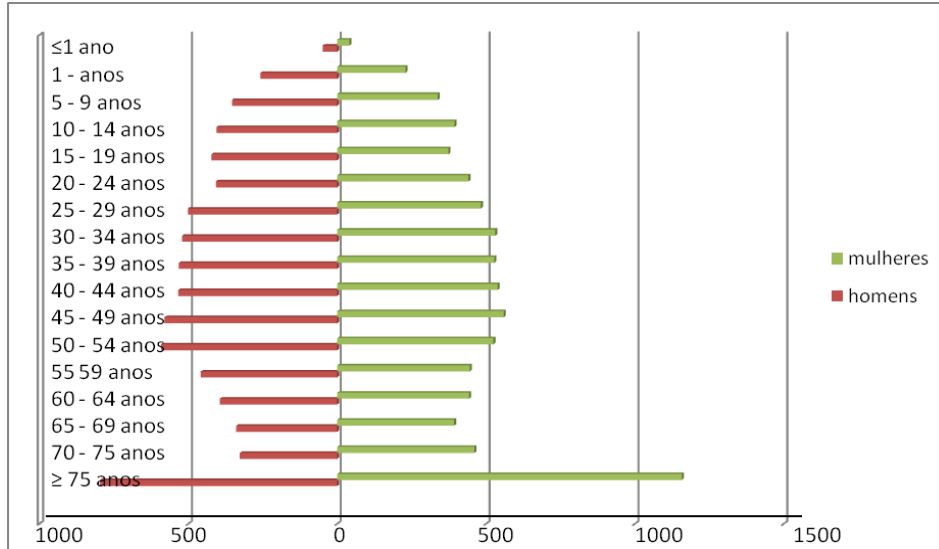
Fonte: Censos 2001

Quadro 1 - Idades dos utentes inscritos no Centro de Saúde de Ponte de Sor

Grupo Etário	Sexo		Total	
	Masculino	Feminino	Frequência	Percentagem
≥ 75 anos	797	1158	1955	12,7
70 - 74 anos	327	461	788	5,1
65 - 69 anos	339	393	732	4,8
60 - 64 anos	394	443	837	5,5
55 - 59 anos	458	446	904	5,9
50 - 54 anos	591	525	1116	7,3
45 - 49 anos	580	560	1140	7,4
40 - 44 anos	534	539	1073	7
35 -39 anos	532	528	1060	6,9
30 - 34 anos	521	531	1052	6,9
25 - 29 anos	501	483	984	6,4
20 - 24 anos	407	441	848	5,5
15 - 19 anos	422	374	796	5,2
10 - 14 anos	405	394	799	5,1
5 - 9 anos	353	338	691	4,5
1 - 4 anos	258	230	488	3,2
<1 ano	49	41	90	0,6
Total	7468	7885	15353	100

Fonte: Dados SINUS

Gráfico 2 – Pirâmide de idades dos utentes inscritos no Centro de Saúde



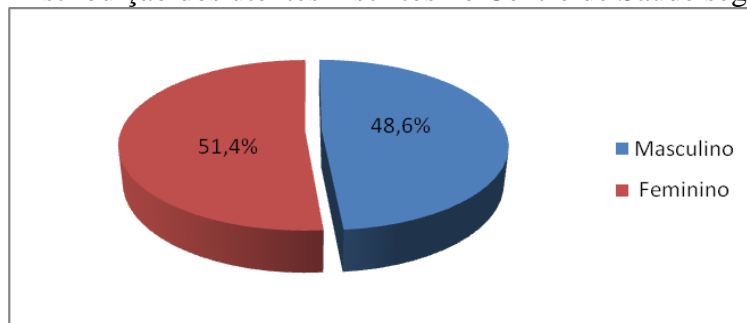
Fonte: Dados SINUS

Segundo dados do programa SINUS, estavam inscritos no Centro de Saúde de Ponte de Sor a 30 de Setembro de 2010, 15353 utentes, sendo que 51,4% são do sexo feminino e 48,6% do sexo masculino, não existindo utentes sem Médico de Família (a não ser por opção própria).

Quadro 2 - Distribuição dos utentes inscritos no Centro de Saúde segundo o sexo

Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	7468	48,60%
Feminino	7885	51,40%
Total	15353	100,00%

Gráfico3 - Distribuição dos utentes inscritos no Centro de Saúde segundo o sexo



De acordo com o Pré-Diagnóstico Social do Concelho de Ponte de Sor (2004,p.45)

“as oscilações populacionais nas últimas décadas no Concelho de Ponte de Sor, proporcionaram uma diminuição na Densidade Populacional bastante significativa. Contudo, o aparecimento de novas freguesias e a divisão da área total por estas, fez com que a Densidade Populacional da freguesia de Ponte

de Sor fosse aumentando, devido à diminuição da sua área. Actualmente, no conjunto das 7 freguesias do Concelho de Ponte de Sor, a sua Densidade Populacional é de cerca de 21,3 habitantes por Km²”.

3.2 – CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

Segundo FORTIN (1999, p.202) população “*é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios*”.

Foram identificados nos registos dos ficheiros dos Médicos e Enfermeiros de Família do Centro de Saúde de Ponte de Sor 95 utentes a fazerem terapêutica hipocoagulante oral, dos quais foram excluídos 12 utentes. Resultou numa população alvo de 83 utentes com idades que variam que entre os 32 e os 92 anos. De salientar a existência de um utente com 5 anos de idade.

Segundo dados da Organização das Nações Unidas (ONU), a população idosa mundial está a crescer 2% a cada ano e a proporção de idosos cresce mais rápido do que a de qualquer outro grupo etário. Por volta do ano 2050, segundo Kanapaux citado por ASSIS, (2004) os mais velhos dos velhos representarão 1/5 dos indivíduos idosos.

Para além da idade, também a área de residência destes utentes é variável, havendo um número considerável deles que se deslocam até à sede do Centro de Saúde para realização da sua análise de controlo. Tratando-se de uma população envelhecida, com limitações de mobilidade próprias da idade e cuja deslocação fica dependente de terceiros, urge a necessidade de descentralizar a avaliação da Razão Internacional Normalizada (INR) não só do hospital/laboratório para o Centro de Saúde, mas também deste para as principais Extensões de Saúde.

A capacidade de coagulação do sangue deve ser controlada periodicamente através de análises pois os coágulos formam-se quando as plaquetas entram em acção para parar perdas de sangue sempre que ocorre um traumatismo ou um corte de tecidos. Em algumas pessoas os coágulos aparecem de forma descontrolada circulando pelo organismo até ficarem presos em pequenos vasos sanguíneos. Quando isso acontece originam problemas como Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), enfartes, tromboses, etc. Perante pessoas com risco elevado de desenvolver coágulos é prescrito um hipocoagulante (Varfine® ou Sintron®). O objectivo dos hipocoagulantes é reduzir a

tendência do sangue formar coágulos, sem o impedir de coagular (SAÚDE 24. NET, <http://www.saude24.net/s/data>).

3.3 – ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM POPULAÇÃO-ALVO

Na população em causa (utentes Hipocoagulados Oraís do Centro de Saúde de Ponte de Sor) nunca foi realizado qualquer estudo sobre programas de intervenção na monitorização do INR.

Relativamente a estudos realizados com outras populações a Associação Portuguesa de Doentes Anticoagulados (APDA) refere dois estudos: um deles publicado na Acta Médica Portuguesa “*ESTUDO DE AVALIAÇÃO DO CUSTO INCREMENTAL Da Auto-Monitorização de INR versus Controlo Laboratorial ou Monitorização no Centro de Saúde, em Portugal*”, realizado por MACEDO [et al], com vista a avaliar o custo – efectividade da auto-monitorização do INR versus monitorização em laboratório de análises clínicas ou monitorização no centro de Saúde (APDA, <http://www.apda.com.pt/s/data>).

De acordo com os autores, e no respeitante à metodologia, trata-se de um estudo com a duração de cinco anos realizado na perspectiva da Sociedade considerando apenas custos directos. Para cada doente, os autores do estudo, previram “*a possibilidade de monitorização do tempo de protrombina de três formas distintas: auto-monitorização, monitorização em laboratório de análises clínicas e monitorização no Centro de Saúde* (MACEDO, [et al], 2010, p.203).

O estudo, segundo os autores “*possibilita uma análise comparativa de custos, anos de vida e qualidade de vida (...) entre as três opções de monitorização do INR*”. Deste estudo MACEDO [et al], (2010, p.210) concluíram que “*a monitorização em Centro de Saúde é a opção que menos custos apresenta entre as três formas de seguimento com um custo directo de 2452€ versus 2550€ na auto-monitorização e 3263€ na monitorização em laboratório de análises clínicas*” Neste estudo, para os cálculos dos custos relativamente à avaliação em laboratório de análises clínicas, os autores, consideraram a necessidade do utente realizar uma média de 13 avaliações de INR por ano e cerca de 12 consultas médicas para seguimento e ajuste da terapêutica. Face ao

Centro de Saúde os autores mantiveram o mesmo número médio de determinações de INR, reduzindo, contudo o número de consultas médicas para metade uma vez que a determinação é feita por um enfermeiro, sem necessidade de recorrer à consulta médica. O outro estudo, realizado em Inglaterra, denominado “*THE COCHRANE COLLABORATION, Self-monitoring and self-management of anticoagulation (Review)*”, realizado por GARCIA-ALAMINO [et al] (2010), visa demonstrar exclusivamente as vantagens da auto monitorização de INR. Não foram frisados os resultados deste estudo pois ele diverge bastante da realidade Portuguesa. Actualmente, existe à venda em Portugal o KIT CoaguChek XS auto-controlo que é composto por Equipamento CoaguChek XS+ 24 testes+ lancetas+ aplicador de lancetas. O custo é 442€ + Iva e a sua aquisição deve ser feita na farmácia. Por outro lado, esta é uma realidade ainda distante em Portugal não só devido ao preço dos coagulómetros, mas também pela dificuldade em ajustar a dosagem do anticoagulante oral através de contacto telefónico com o médico de família.

3.4 – RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo foi recrutada a partir dos ficheiros dos Médicos e Enfermeiros de Família do Centro de Saúde de Ponte de Sor e englobou todos os utentes hipocoagulados orais sinalizados nos ficheiros. Foram identificados 95 utentes a fazerem terapêutica hipocoagulante oral dos quais, após aplicados os critérios de exclusão resultou numa população alvo de 83 utentes.

3.4.1 – Critérios de exclusão

Foram excluídos deste estudo todos os utentes institucionalizados porque, apesar de se manterem inscritos no Centro de Saúde de Ponte de Sor, estão dispersos por várias instituições de 3ª Idade, dentro e fora do Concelho, todas elas incluindo um médico na equipa e que procede ao processo de controlo da terapêutica anticoagulante oral, na instituição. Foi ainda considerado como critério de exclusão o facto de os utentes, por indicação expressa do médico Cardiologista, realizarem a avaliação do valor de INR no laboratório de análises clínicas ou no hospital.

Foram excluídos o total de 12 utentes, resultando numa população alvo de 83 utentes.

4 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

O termo objectivo diz respeito a um fim que se quer atingir, A definição clara de objectivos é de extrema importância em várias áreas de actuação humana, a nível administrativo e de gestão, orientando a acção dos indivíduos.

Os objectivos de uma organização determinam, em termos globais, o tipo de estratégia a adoptar, os tipos de processos, de produtos e as pessoas requeridas.

A definição de objectivos permite:

- Direcção a organização em geral;
- Assegurar o empenho dos profissionais da organização em trabalhar para uma finalidade comum;
- Ajudar a definir detalhadamente as estratégias;
- Estabelecer padrões de desempenho em relação aos quais serão avaliados os progressos da organização.

Cada objectivo deve descrever uma contribuição separada e distinta da missão da organização, devendo focar-se no resultado final a atingir. Cada objectivo deve destacar a acção que conduz ao resultado final e as actividades detalhadas necessárias para o atingir; devendo ser explícitos quanto à natureza e à direcção da alteração requerida.

4.1 – OBJECTIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Implementar a consulta de Enfermagem a utentes com terapêutica anticoagulante oral no Centro de Saúde de Ponte de Sor.

Apesar de já se realizar a avaliação de INR no Centro de Saúde de Ponte de Sor, não existia nenhum protocolo ou linha orientadora que permitisse a uniformidade de procedimentos; razão pela qual este objectivo se tornou pertinente e fundamental. Este, foi, sem dúvida alguma, um passo em frente para a instituição pois, é preciso recordar, que uma das mais recentes alterações na área de intervenção dos CSP foi a implementação pela Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) de um projecto que permite melhorar a prestação de cuidados de saúde aos utentes sujeitos à Terapêutica Anticoagulante Oral. Esta descentralização permite ao utente uma redução

dos custos, maior comodidade e uma melhoria de prestação de cuidados de saúde inovadora aos utentes hipocoagulados, evitando deslocações regulares ao Hospital de referência ou ao laboratório de análises clínicas (UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR; MONTE DA CAPARICA <http://usf-montecaparica.min-saude.pt/carteiradeservicos/s/data>). No caso do Centro de Saúde de Ponte de Sor a implementação deste projecto permitiu, ainda, que a descentralização fosse mais além e se estendesse até às extensões de saúde desta instituição.

4.2 – OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

- *Identificar o número de utentes hipocoagulados orais.*

Trata-se de um objectivo fundamental para o desenvolvimento do projecto, tornando-se mesmo no primeiro objectivo que era necessário alcançar para que se tornasse possível dar continuidade ao projecto em causa pois, como refere QUIVY (1998, p.15), qualquer trabalho que exija pesquisa deve seguir um determinado procedimento. Segundo FORTIN (1999, p.202) “A população acessível que deve ser representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador”.

- *Uniformizar os procedimentos dos enfermeiros a desempenhar funções na consulta de atendimento a utentes hipocoagulados.*

Este objectivo é de extrema importância porque só através desta sistematização e objectividade se poderá garantir uma prática de qualidade e segura para o utente e o profissional que desempenha a tarefa. Em qualquer instituição o trabalho realizado pelo enfermeiro consiste em tarefas repetitivas, que seguem uma determinada rotina. SANTANA E SILVA (<http://www.iacat.com/revista/recreate/recreate03.htm>/2005) referem que os profissionais de enfermagem criam e utilizam conhecimentos sistematizados, direccionados para a resolução de problemas de saúde dos indivíduos ou grupos e a criação desses instrumentos constituem parte do seu conhecimento. De acordo com as mesmas autoras:

“Destaca-se a necessidade de estabelecer padrões como forma de orientação dos funcionários novos, ou novos na função, sobre a maneira correcta de

executar as tarefas, possibilitando assim uniformização, redução de custos e segurança para cada pessoa na realização das suas tarefas, neste sentido garantindo a manutenção da qualidade”.

- *Melhorar a qualidade de vida do utente hipocoagulado.*

A Enfermagem em Saúde Comunitária exige uma prática continuada e global dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida, com actividades centradas nos indivíduos e famílias, tendo em conta o contexto sociopolítico, realizadas em complementaridade com outros parceiros sociais e profissionais, identificando problemas, estabelecendo prioridades e planeando estratégias que visem a solidariedade e a melhoria da qualidade de vida

Implementar este projecto visou obter uma prestação de cuidados mais acessível, eficiente e eficaz na área da terapêutica anticoagulante oral. Convém lembrar que se trata de uma população envelhecida e que aos enfermeiros competente a prestação de cuidados de excelência que, para além de conferirem realização e responsabilidade profissional, garantam ainda a satisfação dos utentes.

De acordo com a OMS (<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1/> 1998) o «*conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida*», deixando desta forma de se acrescentar “anos à vida”, passando-se a acrescentar “vida aos anos”.

O desenvolvimento por um grupo de experts de elementos como a subjectividade, multidimensionalidade, presença de dimensões positivas, como a mobilidade, e negativas, como a dor, «*conduziu, à definição de qualidade de vida como "a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações*» (WHOQOL GROUP, 1994), citado pela OMS (<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1/> 1998).

- *Baixar os custos da avaliação de INR*

A importância deste objectivo prende-se com o facto de os utentes hipocoagulados orais necessitarem que a monitorização dos seus valores de INR seja feita uma ou duas vezes por mês, para controlar a dose terapêutica prescrita, tendo em atenção os níveis de

anticoagulação, assim como os riscos da sobredosagem. Até à implementação por parte da Administração Regional de Saúde do Alentejo do projecto que permite melhorar a prestação de cuidados de saúde aos utentes sujeitos a terapêutica anticoagulante oral, permitindo-lhes realizarem a análise específica ao sangue para determinar o nível de anticoagulação no centro de saúde da sua área, sem necessidade de se deslocarem ao Hospital ou ao laboratório de análises clínicas mais próximo da área de residência., os utentes, na maioria idosos, viam-se obrigados a deslocar ao hospital de referência, (ou ao laboratório de análises clínicas), percorrendo por vezes dezenas de quilómetros e tendo de esperar cerca de 5 horas pelo resultado da análise. Com este método, uma picada no dedo basta para verificar os níveis de anticoagulação e, em caso de necessidade, o médico de família, ligado on-line com os Serviços de Patologia Clínica do hospital, de referência pode fazer o ajuste da terapêutica, permitindo uma redução dos custos de transporte e uma maior articulação entre cuidados de saúde primários e hospitalares (ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO, http://www.hospitaldofuturo.com/Edicao06_07.htm/s/data).

- *Promover uma eficaz gestão do regime terapêutico*

A eficaz gestão do regime terapêutico é um objectivo importante porque perante uma situação de doença, é frequente a necessidade de mudanças dos hábitos de vida, nem sempre aceites pelos utentes de forma eficaz, resultando daí riscos em termos dos objectivos de saúde e prevenção de complicações.

A primeira condição para que alguém adopte ou mude determinados comportamentos é a posse de informação necessária sobre o que mudar e porquê mudar, com vista a obter ganhos em saúde.

A gestão do regime terapêutico pressupõe que o enfermeiro tenha conhecimentos fundamentados e capacidades no que respeita às técnicas de educação para a saúde, aspecto de grande relevância no tratamento eficaz da doença e redução das complicações e dos custos na saúde.

5 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

5.1 – FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Intervenção é o acto ou o efeito de agir com vista a influenciar o desenvolvimento ou, neste caso, a implementação de alguma coisa.

Justificação do projecto:

Com a criação dos ACES surgiram várias unidades funcionais de entre as quais “*consta a Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, à qual compete, à luz do disposto do artigo 10º do DL 28/2008, prestar cuidados personalizados, garantindo a acessibilidade, a continuidade e a globalidade dos mesmos*”, de acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE (2008).

O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011-2016 (PNS) (2010, p. 5) visa, no seu modelo conceptual, “*maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentáveis de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania*”.

Segundo LUÍS PISCO, o Programa do XVII Governo Constitucional na área da saúde, dá um particular enfoque aos cuidados de saúde primários, e à sua importância na ligação ao utente, por serem o primeiro acesso deste aos cuidados de saúde. A Missão Para os Cuidados de Saúde Primários (MPCSP) estabeleceu como grandes objectivos para a Reforma dos Cuidados de Saúde Primários a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde para os cidadãos, com aumento da acessibilidade, proximidade e qualidade e conseqüente aumento da satisfação dos utilizadores dos serviços. Assim, entende-se por acesso a obtenção de cuidados adequados, prestados atempadamente, implicando uma reestruturação dos serviços (<http://www.portaldasaude.pt/> 2007).

No que se prende com a qualidade, visa a utilização dos recursos de modo a atingir a prestação adequada e eficiente de cuidados de saúde. Esta ideia é reforçada por DANIEL SERRÃO, (<http://www.danielserrao.com/> s/data) na Carta de Ljubljana para a Reforma dos Cuidados de Saúde, ao referir o uso eficiente dos recursos disponíveis para a prestação de cuidados como um dos princípios fundamentais para um sistema de cuidados de saúde europeu.

Esta maximização de recursos que visa a eficácia/eficiência/acessibilidade/qualidade dos cuidados de saúde veio ao encontro da descentralização das consultas de monitorização e terapêutica dos utentes hipocoagulados orais para os Centros de Saúde. A terapêutica com anticoagulantes orais está indicada em número significativo de utentes com diferentes patologias, tendo vindo a aumentar nos últimos anos. Segundo MACEDO [et al], pelo seu complexo mecanismo de actuação, a janela terapêutica destes fármacos é muito estreita tornando necessário o sucessivo reajustamento da dose, com a vista a manter um equilíbrio que evite fenómenos hemorrágicos, mas simultaneamente não reduza a eficácia antitrombótica. O impacto desta terapêutica, segundo MACEDO [et al], (2010, p.209):

“(...) está directamente relacionado com a capacidade de manter os valores de INR no intervalo recomendado. Para tal é necessário realizar determinações regulares do INR. A inexistência de uma dose standard de anticoagulante torna necessário proceder a ajustes regulares nas doses individualizadas. Mais, ao longo do tratamento, cada indivíduo pode necessitar de doses diferentes, que devem ser corrigidas no menor espaço de tempo possível de modo a manter o INR dentro dos valores alvo”.

Com o objectivo de facilitar a monitorização da terapêutica desenvolveram-se técnicas e dispositivos passíveis de serem utilizados por outros profissionais para além dos técnicos de análises clínicas. Estes dispositivos, utilizando uma metodologia diferente da convencional, permitem uma racionalização dos recursos utilizados, quer materiais quer humanos, facilitando a descentralização da monitorização laboratorial, indispensável para uma boa gestão de recursos quando aplicada a terapêuticas de longa duração.

Do estudo realizado por MACEDO [et al] (2010, p.208), e publicado na Acta Médica Portuguesa, com vista a avaliar o custo - efectividade da auto-monitorização do INR versus monitorização em laboratório de análises clínicas ou monitorização no Centro de Saúde, possibilitando uma análise comparativa de custos, anos de vida e qualidade de vida entre as três opções de monitorização do INR” os autores concluíram que, no final dos cinco anos de duração do mesmo “*a monitorização em Centro de Saúde é a opção que menos custos apresenta entre as três formas de seguimento com um custo directo de 2452€ versus 2550€ na auto-monitorização e 3263€ na monitorização em laboratório de análises clínicas*”.

A monitorização dos utentes hipocoagulados necessita ser feita uma ou duas vezes por mês, com o intuito de controlar a dose terapêutica prescrita, tendo em atenção os níveis de anticoagulação e os perigos da sobredosagem. Tendo em conta que, de acordo com os valores convencionados pelas guidelines da sétima conferência da American College of Chest Physicians, o valor alvo de INR deve ser igual a $2,5 \pm 0,5$, esta consulta tem como vantagens para o utente a maior frequência de testes com menor risco de hemorragias e suas consequências, maior independência e com resultados tão fiáveis como com o método laboratorial, e alterações da dosagem logo após a determinação do INR (MACEDO [et al] 2010). De igual importância é o facto de, ao longo do tratamento, cada utente, com vista a manter o INR dentro dos valores alvo, poder “*necessitar de doses diferentes, as quais devem ser corrigidas no menor espaço de tempo possível*”, refere MACEDO [et al] (2010, p.204).

Esta descentralização permite ao utente uma redução dos custos e maior comodidade.

Se for tido em conta preço de cada análise de INR tabelado pela Portaria nº839-A/2009 de 31 de Julho (4,70 €) (PORTUGAL, 2009, p.4978-98) poder-se-á proceder à simulação dos custos nos vários locais em que é possível à população em estudo avaliar o INR.

➤ *Custos da avaliação de INR em laboratório de análises clínicas por utente*

Taxa moderadora (para requisição da análise) – 2.25 €

Credencial de P1 – 0.01 €

Bilhete de autocarro (freguesia mais próxima), ida e volta – 2.30 €

Custo da análise – 4.70 €

Total = 9.26 €

➤ *Custos da avaliação de INR no Centro de Saúde, por utente*

Taxa moderadora (para requisição da análise) – 0 €

Credencial de P1 – 0 €

Bilhete de autocarro (freguesia mais próxima), ida e volta – 2.30 €

Custo da análise: 1 lanceta – 0.67 €

1 tira reactiva – 0.49 €

1 folha de papel + tinta – ≈ 0.05 €

Total = 3.51 €

➤ *Custos da avaliação de INR na Extensão de Saúde/Centro de Saúde (sem deslocação), por utente*

Taxa moderadora (para requisição da análise) – 0 €

Credencial de P1 – 0 €

Bilhete de autocarro – 0 €

Custo da análise: 1 lanceta – 0.67 €

1 tira reactiva – 0.49 €

1 folha de papel + tinta – \approx 0.05 €

Total = 1.21 €

Pelo que atrás foi demonstrado pode-se concluir que a avaliação de INR em laboratório de análises clínicas é, sem dúvida, a forma mais dispendiosa (9.26 €), seguindo-se a avaliação em Centro de Saúde e tendo em conta que o utente se terá que deslocar de uma freguesia para a sede de Concelho (3.51 €), ficando ainda mais económico a descentralização da Consulta de Enfermagem a utentes com terapêutica anticoagulante oral para as extensões de saúde. O valor calculado não é alterado pelos gastos em combustível uma vez que o timing estabelecido para a realização da avaliação de INR coincide com o horário em que o Enfermeiro se desloca para a realização do restante serviço de ambulatório/consulta.

Se for tido em conta o facto de na UCSP do Centro de Saúde de Ponte de Sor se trabalhar segundo a filosofia do Enfermeiro de Família e, uma das competências do enfermeiro consiste, de acordo com o artigo 9º do Dec. -Lei n.º 247/2009, (<http://www.dgap.gov.pt/> 2009) em “*Prestar cuidados de enfermagem aos doentes, utentes ou grupos populacionais sob a sua responsabilidade*”, justifica-se a implementação deste projecto quer no Centro de Saúde, quer nas próprias extensões de saúde em que os utentes se encontram inscritos.

Cabe ao Enfermeiro Especialista, de acordo com o Dec. -Lei supra citado “*Identificar necessidades logísticas e promover a melhor utilização dos recursos adequando-os aos cuidados de enfermagem a prestar*” (Dec. -Lei n.º 247/2009 <http://www.dgap.gov.pt/> 2009), motivo também ele válido para a implementação deste projecto pois permite utilizar de forma racional os recursos humanos (Enfermagem) assim como os materiais (Coagulómetro e viaturas), aumentando a equidade de cuidados e gerando ganhos em saúde.

Ao descentralizar a consulta de utentes hipocoagulados, o Enf.º participa e promove “*acções que visem articular as diferentes redes e níveis de cuidados de saúde*”, criando soluções que melhoram tanto a qualidade como a relação custo – eficácia dos cuidados de saúde. Esta é uma solução que não exigindo qualquer tipo de investimento requer apenas a vontade de afunilar o foco de cuidados ao utente (Dec. -Lei n.º 247/2009 <http://www.dgap.gov.pt/> 2009).

Ainda de acordo com o Dec. -Lei n.º 247/2009 (<http://www.dgap.gov.pt/> 2009) cabe ao Enfermeiro Especialista “*desenvolver métodos de trabalho com vista à melhor utilização dos meios, promovendo a circulação de informação, bem como a qualidade e a eficiência*” e “*Planear, coordenar e desenvolver intervenções no seu domínio de especialização*” A OMS, (2002) na *Saúde para todos no séc. XXI*, diz que as estratégias utilizadas na tomada de decisão visa ir ao encontro das necessidades dos utentes, definindo, para tal, prioridades e a mobilização de recursos.

Assim, para a correcta utilização dos recursos foram postas em práticas as seguintes intervenções:

1. Reunião com a equipa clínica da UCSP do Centro de Saúde de Ponte de Sor para apresentação do projecto
2. Identificação dos utentes hipocoagulados orais sinalizados nos registos dos Médicos de Família da UCSP do Centro de Saúde de Ponte de Sor
3. Elaboração, aplicação e tratamento dos dados de um questionário de avaliação da percepção e de conhecimentos dos utentes/cuidadores hipocoagulados
4. Aplicação e tratamento dos dados do Índice de Lawton
5. Aplicação e tratamento dos dados do Índice de Katz
6. Envolvimento da equipa de Enfermagem na criação de protocolos de actuação
7. Levantamento das necessidades de formação dos enfermeiros
8. Realização de acções de formação
9. Identificação dos utentes hipocoagulados orais sinalizados por freguesia de residência
10. Elaboração de plano de distribuição dos dias de avaliação de INR na sede e respectivas extensões principais (Tramaga, Galveias, e Longomel)
11. Realização de sessão de Educação para a Saúde e esclarecimento de dúvidas aos utentes anticoagulados orais

12. Criação de folhetos e Elaboração de cartaz

13. Elaboração de artigo para o jornal Ecos do Sor e Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor

Passa-se agora a explicitar cada uma das intervenções:

1. Reunião com a equipa clínica da UCSP do Centro de Saúde de Ponte de Sor para apresentação do projecto

Esta intervenção prendeu-se com a necessidade de motivar os Enfermeiros e os Médicos de Família da UCSP a colaborarem na implementação do projecto. (Apêndice I)

Motivação significa influenciar o comportamento, ou seja, é um processo psicológico que determina a predisposição das forças de cada indivíduo para determinar o seu comportamento.

De acordo com BOLANDER (1998, p. 312) a Teoria da Motivação de Maslow, apresenta um conjunto de cinco níveis de categorias de necessidades organizadas hierarquicamente de forma a enfatizar as relações entre elas Passando-se ao nível seguinte quando um outro nível de necessidades está satisfeito. BENNETT e MURPHY (1999, p.75) dizem que para motivar é necessário também saber qual a intenção de cada pessoa. Algumas poderão já estar na fase de intenção e é mais fácil implementar a mudança, outras, por seu turno estão ainda numa fase de pré intenção o que dificulta a motivação para a mudança.

2. Identificação dos utentes hipocoagulados orais sinalizados nos registos dos Médicos de Família da UCSP do Centro de Saúde de Ponte de Sor

Uma vez motivados e despertos para o projecto, tornar-se-ia mais fácil obter autorização para aceder aos registos dos ficheiros médicos e, assim detectar mais facilmente quais eram os utentes sinalizados como hipocoagulados. Para esta partilha de informação entre os profissionais que participam na prestação de cuidados, é imperioso que existam registos clínicos rigorosos e acessíveis a toda a equipa.

3. Elaboração, aplicação e tratamento dos dados de um questionário de avaliação da percepção e de conhecimentos dos utentes/cuidadores hipocoagulados

De acordo com TEIXEIRA (<http://www.serprofessoruniversitario/>.2005) o questionário é um dos procedimentos mais utilizados para obter informações. É uma técnica de custo

razoável, apresenta as mesmas questões para todas as pessoas, garante o anonimato e pode conter questões para atender a finalidades específicas de uma pesquisa.

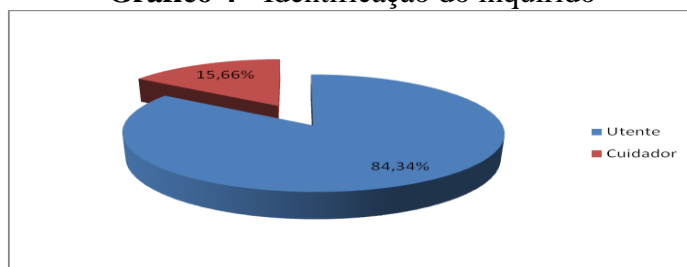
Elaborou-se um instrumento de colheita de dados tendo por base a literatura existente sobre o tema. Contém dados gerais de identificação e questões que permitem avaliar a percepção e os conhecimentos que o utente tem acerca da terapêutica anticoagulante oral, de modo a permitir medir atitudes, opiniões e comportamentos. (Apêndice II).

A aplicação do questionário permite proceder ao Diagnóstico da Situação pois só conhecendo as necessidades de saúde da população-alvo e os respectivos factores condicionantes se pode corresponder às necessidades de saúde dessa mesma população. Na apresentação dos dados, foi seguida a ordem das questões que compõem o instrumento de colheita de dados:

Quadro 3 – Identificação do inquirido

Quem responde	Frequência	Percentagem
Utente	67	80,7
Cuidador	16	19,3
Total	83	100,0

Gráfico 4 - Identificação do inquirido



Relativamente a quem respondeu ao questionário, como se pode constatar da análise do **Quadro 3** e do **Gráfico 4**, foi maioritariamente o utente com 84,34%, correspondendo a 70 do total dos 83 utentes inquiridos.

A saúde desempenha um papel fundamental no desenvolvimento social, económico e pessoal, contribuindo para uma melhor qualidade de vida da pessoa. As capacidades que cada indivíduo possui para satisfazer as suas necessidades de forma independente tornam-se progressivamente mais limitadas, resultado da própria fisiologia do envelhecimento. Por este motivo existe uma tendência cada vez maior para se transferir o cuidar para o domicílio, responsabilizando a família pelo desempenho de uma

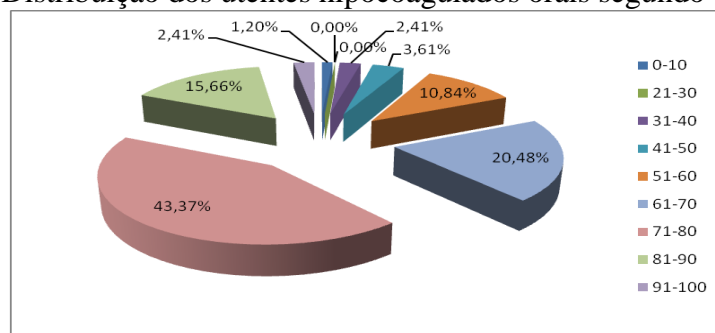
importante função no restabelecimento e manutenção de saúde e bem-estar dos seus membros.

Cuidadores são pessoas comuns que, de um momento para outro, se vêem na situação de cuidar de alguém que lhes é próximo. Assim, cuidador é a pessoa, da família ou da comunidade, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que necessite de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração. A sua função é acompanhar e auxiliar a pessoa idosa, fazendo por ela apenas e somente as actividades que esta é incapaz de exercer.

Quadro 4 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o grupo etário

Idade	Frequência	Percentagem
0-10	1	1,20%
11-20	0	0,00%
21-30	0	0,00%
31-40	2	2,42%
41-50	3	3,61%
51-60	9	10,84%
61-70	17	20,48%
71-80	36	43,37%
81-90	13	15,66%
91-100	2	2,42%
Total	83	100,00%

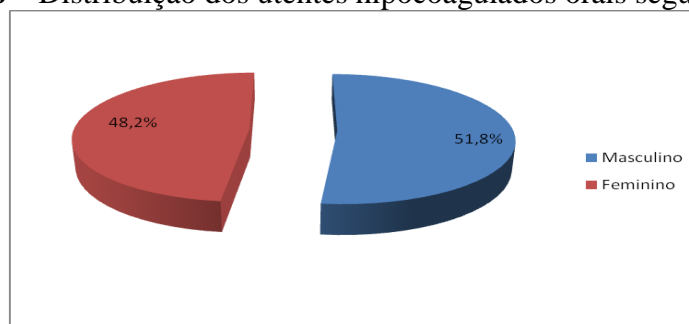
Gráfico 5 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o grupo etário



Da análise do **Quadro 4** e do **Gráfico 5** verifica-se o grupo etário com maior número de utentes corresponde às idades compreendidas entre os 71 e os 80 anos, com 43,37%, ou seja 36 do total de utentes inquiridos.

Quadro 5 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o sexo

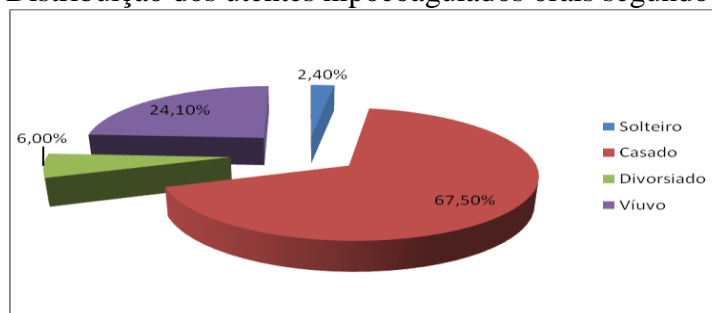
Sexo	Frequência	Percentagem
Masculino	43	51,8
Feminino	40	48,2
Total	83	100,0

Gráfico 6 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o sexo

Como se pode verificar após a análise do **Quadro 5** e do **Gráfico 6** a maioria dos utentes hipocoagulados inquiridos são do sexo feminino correspondendo a 56,63% do total.

Quadro 6 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o estado civil

Estado Civil	Frequência	Percentagem
Solteiro	2	2,4
Casado	56	67,5
Divorciado	5	6,0
Viúvo	20	24,1
Total	83	100,0

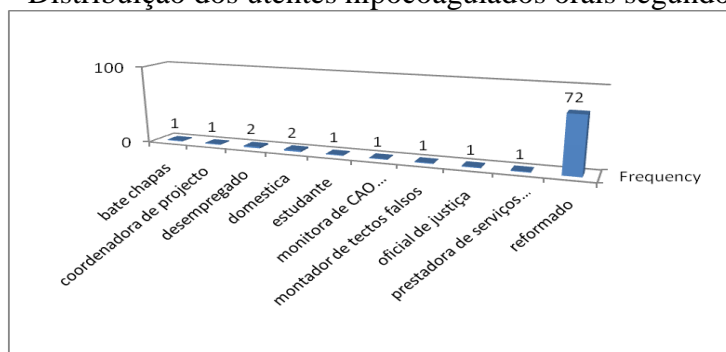
Gráfico 7 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o estado civil

Após a análise do **Quadro 6** e do **Gráfico 7** verifica-se que a maioria dos utentes hipocoagulados inquiridos são casados, correspondendo a 67,47%, seguindo-se o estado civil viúvo com 24,10% do total.

Quadro 7 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo a profissão

Profissão	Frequência	Percentagem
Bate chapas	1	1,2
Coordenadora de projecto	1	1,2
Desempregado	2	2,4
Domestica	2	2,4
Estudante	1	1,2
Monitora de CAO (ensino especial)	1	1,2
Montador de tectos falsos	1	1,2
Oficial de justiça	1	1,2
Prestadora de serviços alimentares	1	1,2
Reformado	72	86,8
Total	83	100,0

Gráfico 8 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo a profissão



A análise do **Quadro 7** e do **Gráfico 8** permite verificar que, relativamente à profissão, a maioria dos utentes hipocoagulados inquiridos se encontram reformados, correspondendo a 86%, do total de inquiridos.

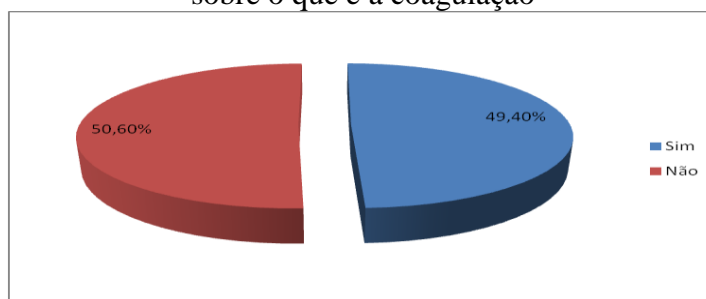
Do total dos 83 utentes inquiridos, na maioria do sexo masculino, apesar do grupo etário predominante corresponder à faixa etária compreendida entre os 71 e os 80 anos, apenas

16 utentes necessitam de apoio do cuidador. Maioritariamente os utentes são casados e encontram-se reformados.

Quadro 8 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre o que é a coagulação

O que é coagulação	Frequência	Percentagem
Sim	41	49,4
Não	42	50,6
Total	83	100,0

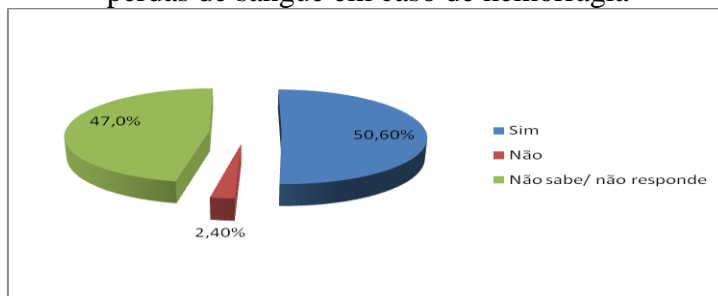
Gráfico 9 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre o que é a coagulação



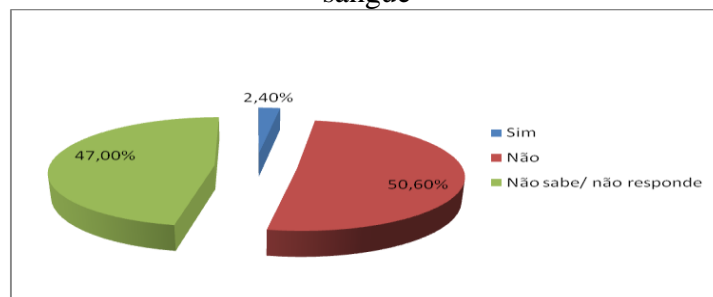
Da análise do **Quadro 8** e do **Gráfico 9** é possível verificar que, no que diz respeito aos conhecimentos dos utentes hipocoagulados sobre o que é a coagulação, 42 dos inquiridos, correspondendo a 50,6%, não têm conhecimentos acerca do assunto.

Quadro 9 - Coagulação é um processo natural que permite ao organismo reduzir as perdas de sangue em caso de hemorragia

Processo natural	Frequência	Percentagem
Sim	42	50,6
Não	2	2,4
Não sabe/ Não responde	39	47,0
Total	83	100,0

Gráfico 10 – Coagulação é um processo natural que permite ao organismo reduzir as perdas de sangue em caso de hemorragia**Quadro 10** - Coagulação é um produto colocado numa ferida para parar a perda de sangue

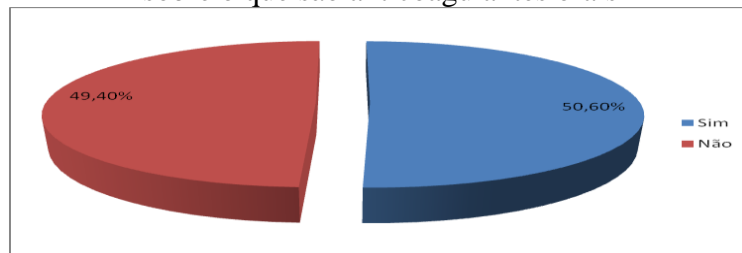
Produto	Frequência	Percentagem
Sim	2	2,4
Não	42	50,6
Não sabe/ não responde	39	47,0
Total	83	100,0

Gráfico 11 – Coagulação é um produto colocado numa ferida para parar a perda de sangue

A análise dos **Quadros 9 e 10** e dos **Gráficos 10 e 11** permite verificar que, apesar da resposta anterior, 50,6% dos inquiridos (42 inquiridos) sabem que a coagulação é um processo natural que permite ao organismo reduzir as perdas de sangue em caso de hemorragia; enquanto apenas 2 utentes, correspondendo a 2,4% responde tratar-se de um penso. Em ambas as questões 47% dos inquiridos refere não saber ou não responde à questão.

Quadro 11 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre o que são anticoagulantes orais

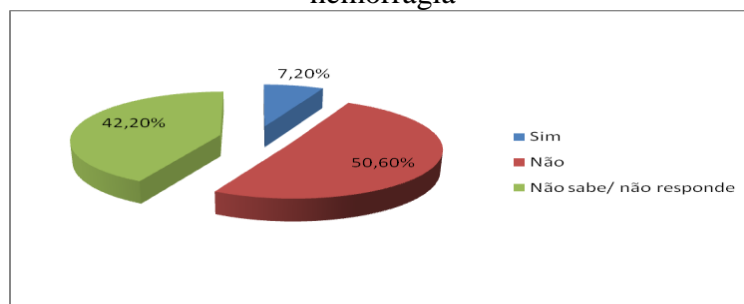
O que são anticoagulantes	Frequência	Percentagem
Sim	42	50,6
Não	41	49,4
Total	83	100,0

Gráfico 12 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre o que são anticoagulantes orais

A análise do **Quadro 11** e do **Gráfico 12** permite verificar que, relativamente aos conhecimentos dos utentes hipocoagulados sobre o que são anticoagulantes orais, apenas 42 do total dos inquiridos, correspondendo a 50,6%, respondem afirmativamente.

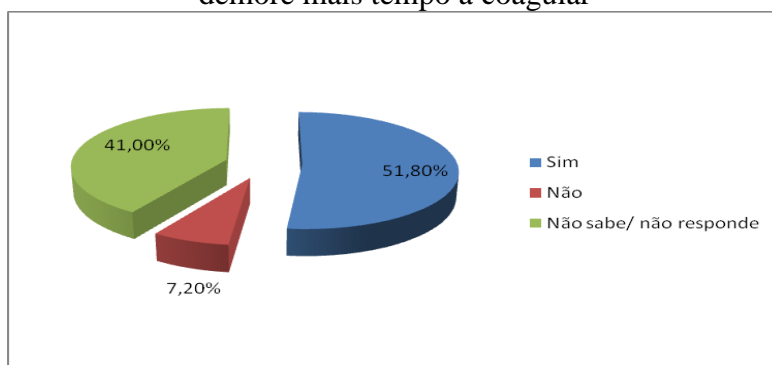
Quadro 12 - Anticoagulantes orais são medicamentos usados para parar uma hemorragia

Medicamentos	Frequência	Percentagem
Sim	6	7,2
Não	42	50,6
Não sabe/ não responde	35	42,2
Total	83	100,0

Gráfico 13 - Anticoagulantes orais são medicamentos usados para parar uma hemorragia

Quadro 13 - Anticoagulantes orais são medicamentos que fazem com que o sangue demore mais tempo a coagular

Medicamentos	Frequência	Percentagem
Sim	43	51,8
Não	6	7,2
Não sabe/ não responde	34	41,0
Total	83	100,0

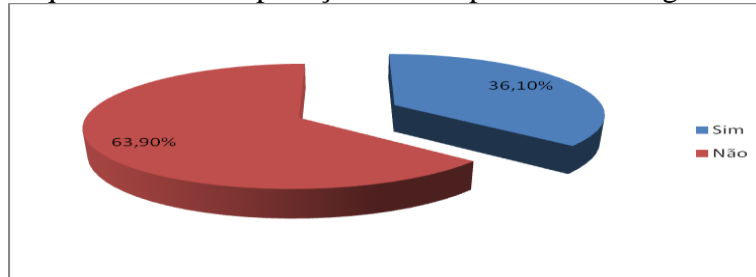
Gráfico 14 - Anticoagulantes orais são medicamentos que fazem com que o sangue demore mais tempo a coagular

Como se pode verificar após a análise dos **Quadros 12 e 13** e dos **Gráficos 13 e 14**, 43 dos utentes hipocoagulados responderam que os medicamentos anticoagulantes orais fazem com que o sangue demore mais tempo a coagular, correspondendo a 51,8% do total de inquiridos. 41% (34 utentes) não sabe ou não responde.

A maioria dos utentes sabem que a coagulação é um processo natural que permite ao organismo reduzir as perdas de sangue em caso de hemorragia e que os medicamentos anticoagulantes orais fazem com que o sangue demore mais tempo a coagular.

Quadro 14 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre quais são as complicações da terapêutica anticoagulante oral

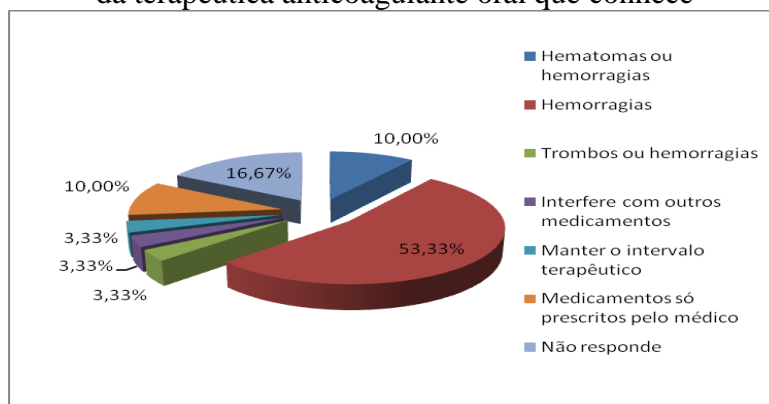
Complicações	Frequência	Percentagem
Sim	30	36,1
Não	53	63,9
Total	83	100,0

Gráfico 15 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre quais são as complicações da terapêutica anticoagulante oral

Após a análise do **Quadro 14** e do **Gráfico 15** pode-se concluir que a maioria (53) dos utentes hipocoagulados inquiridos desconhece as complicações da terapêutica anticoagulante oral, correspondendo a 63,9%.

Quadro 15 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo as complicações da terapêutica anticoagulante oral que conhece

Complicações	Frequência	Percentagem
Hematomas ou hemorragias	3	10,00
Hemorragias	16	53,33
Trombos ou hemorragias	1	3,33
Interfere com outros medicamentos	1	3,33
Manter o intervalo terapêutico	1	3,33
Medicamentos só prescritos pelo médico	3	10,00
Não responde	5	16,68
Total	30	100,00

Gráfico 16 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo as complicações da terapêutica anticoagulante oral que conhece

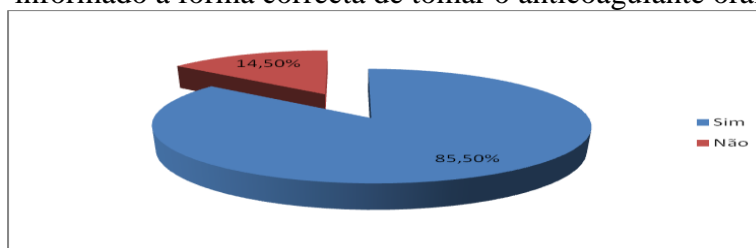
Ao analisar o **Quadro 15** e **Gráfico 16**, é possível verificar que, dos 30 utentes que referem conhecer quais as complicações da terapêutica anticoagulante oral, 53,33%, o

que corresponde a 16 dos utentes inquiridos, referem como principal complicação as hemorragias.

Quadro 16 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o médico ter informado a forma correcta de tomar o anticoagulante oral

Informação	Frequência	Percentagem
Sim	71	85,5
Não	12	14,5
Total	83	100,0

Gráfico 17 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o médico ter informado a forma correcta de tomar o anticoagulante oral

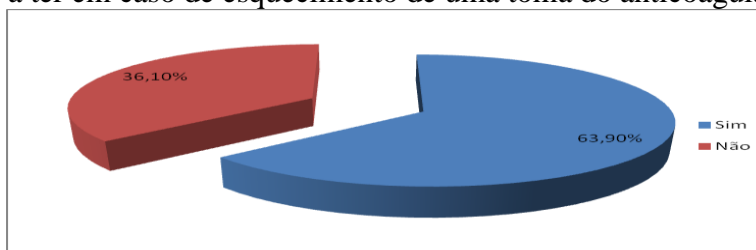


Da análise do **Quadro 16** e do **Gráfico 17**, constata-se que 71 dos utentes inquiridos, correspondendo a 85,5%, foram informados pelo médico sobre a forma correcta de tomar o anticoagulante oral.

Quadro 17 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento da atitude a ter em caso de esquecimento de uma toma do anticoagulante oral

O que fazer	Frequência	Percentagem
Sim	53	63,9
Não	30	36,1
Total	83	100,0

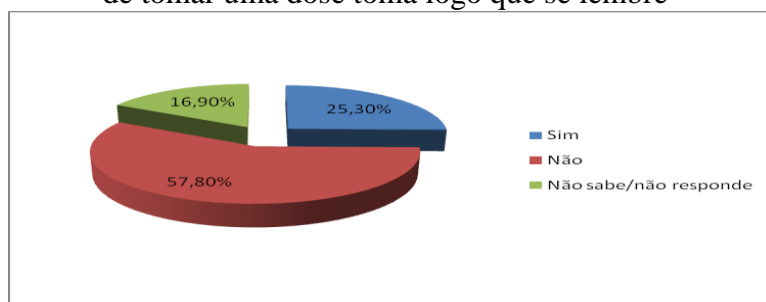
Gráfico 18 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento da atitude a ter em caso de esquecimento de uma toma do anticoagulante oral



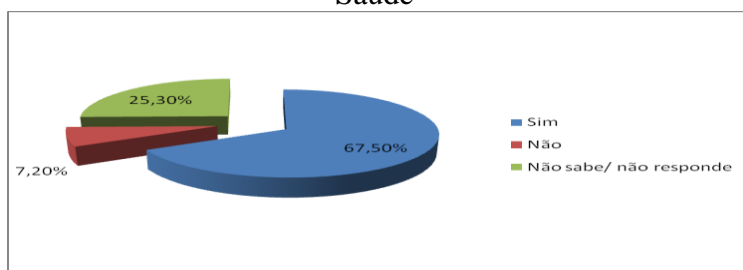
O **Quadro 17** e o **Gráfico 18** mostram que 63,9% sabem o que fazer em caso de esquecimento de uma toma do anticoagulante oral, correspondendo a 53 do total dos utentes inquiridos.

Quadro 18 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo "quando esquece de tomar uma dose toma logo que se lembre"

Toma quando lembra	Frequência	Percentagem
Sim	21	25,3
Não	48	57,8
Não sabe/não responde	14	16,9
Total	83	100,0

Gráfico 19 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo "quando esquece de tomar uma dose toma logo que se lembre"**Quadro 19** – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo "quando esquece de tomar uma dose, não toma e avisa quando for fazer a avaliação do INR ao Centro de Saúde"

Não toma	Frequência	Percentagem
Sim	56	67,5
Não	6	7,2
Não sabe/ não responde	21	25,3
Total	83	100,0

Gráfico 20 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo "quando esquece de tomar uma dose, não toma e avisa quando for fazer a avaliação do INR ao Centro de Saúde"

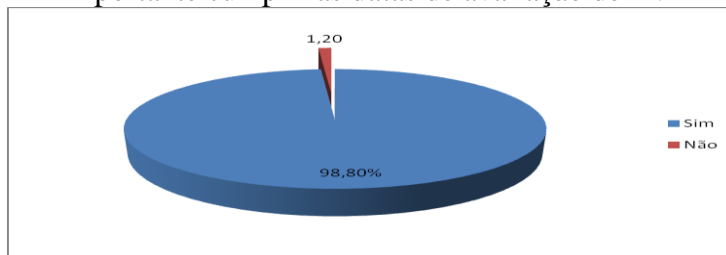
Da análise dos **Quadros 18 e 19** e dos **Gráficos 19 e 20** pode-se concluir que 67,5% dos inquiridos quando se esquecem de tomar uma dose de anticoagulante oral não tomam e avisam aquando da avaliação de INR. 25,3% dos utentes refere que em caso de esquecimento de uma dose, toma logo que se lembre.

A maioria dos utentes hipocoagulados diz desconhecer as complicações da terapêutica anticoagulante oral, contudo referem a hemorragia como principal complicação. Referem ainda terem sido informados pelo médico sobre a forma correcta de tomar o anticoagulante oral e, quando se esquecem de tomar uma dose de anticoagulante oral não tomam e avisam a quando da avaliação de INR.

Quadro 20 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo considerar importante cumprir as datas de avaliação de INR

Cumprir datas	Frequência	Percentagem
Sim	82	98,8
Não	1	1,2
Total	83	100,0

Gráfico 21 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo considerar importante cumprir as datas de avaliação de INR

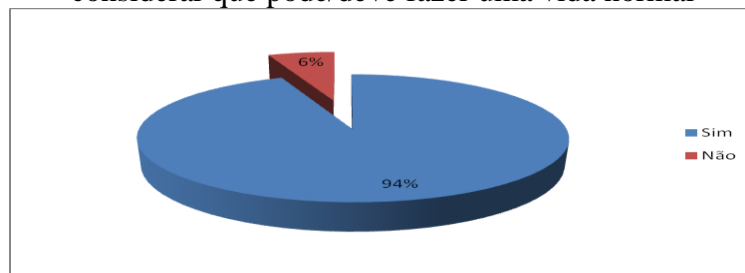


Após análise do **Quadro 20** e do **Gráfico 21**, verifica-se que apenas 1 dos 83 utentes inquiridos não considera importante cumprir as datas de avaliação de INR.

Quadro 21 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o facto de considerar que pode/deve fazer uma vida normal

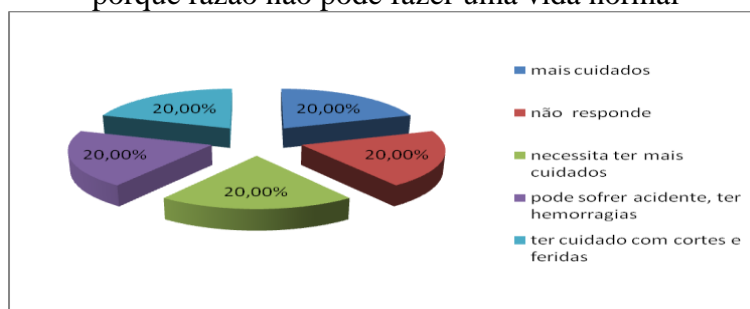
Vida normal	Frequência	Percentagem
Sim	78	94,0
Não	5	6,0
Total	83	100,0

Gráfico 22 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o facto de considerar que pode/deve fazer uma vida normal



Quadro 22 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o facto de explicar porque razão não pode fazer uma vida normal

Motivos	Frequência	Percentagem
Mais cuidados	1	20,0
Não responde	1	20,0
Necessita ter mais cuidados	1	20,0
Pode sofrer acidente, ter hemorragias	1	20,0
Ter cuidado com cortes e feridas	1	20,0
Total	5	100,0

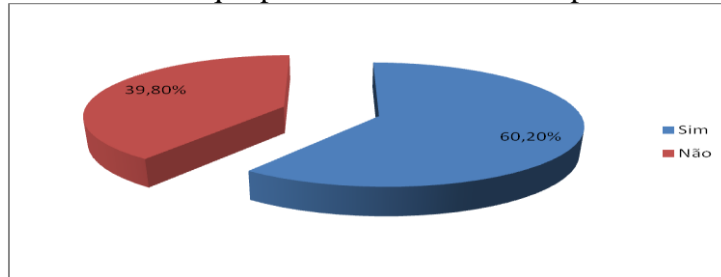
Gráfico 23 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o facto de explicar porque razão não pode fazer uma vida normal

Da análise dos **Quadros 21 e 22** e dos **Gráficos 22 e 23** verifica-se que 94% dos utentes inquiridos, correspondendo a 78 utentes, considera que o utente hipocoagulado oral pode e deve fazer uma vida normal, sendo que, dos 5 motivos apontados para a não realização de uma vida normal, não existe nenhum em maioria.

Resumidamente a quase totalidade dos utentes inquiridos considera importante cumprir as datas de avaliação de INR, e não vêem motivos para que não realizem uma vida normal, sendo que, quando há referência aos motivos que impedem o dia a dia normal frisam o aumento dos cuidados com o risco de quedas e cortes que possam desencadear hemorragias.

Quadro 23 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre quais os medicamentos que pode tomar ao fazer terapêutica anticoagulante oral

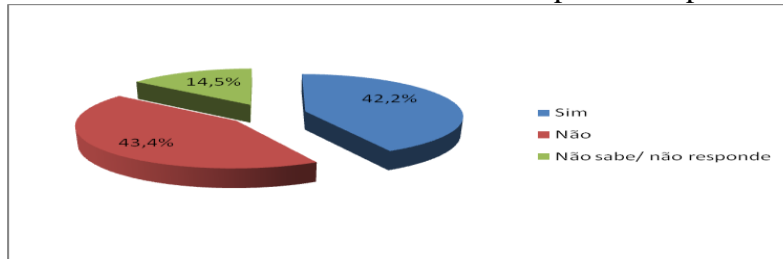
Medicamentos	Frequência	Percentagem
Sim	50	60,2
Não	33	39,8
Total	83	100,0

Gráfico 24 – Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre quais os medicamentos que pode tomar ao fazer terapêutica anticoagulante oral

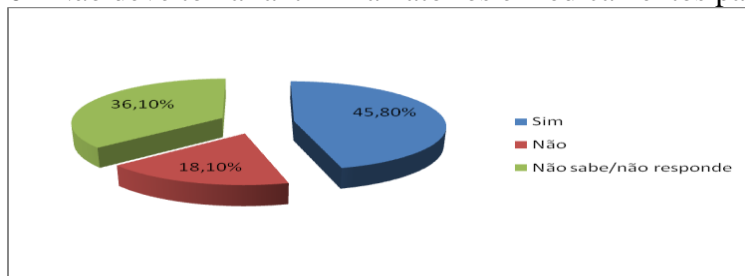
De acordo com a análise do **Quadro 23** e do **Gráfico 24**, pode-se constatar que 60,2% dos utentes hipocoagulados referem saber quais os medicamentos que podem tomar ao fazer terapêutica anticoagulante oral, correspondendo a 50 dos inquiridos.

Quadro 24 - Pode tomar todos os medicamentos prescritos por um médico

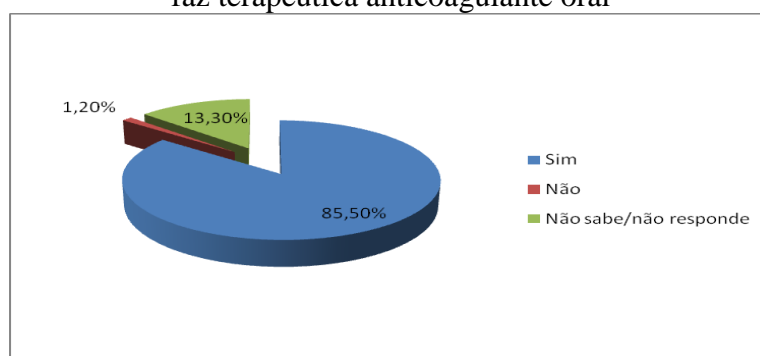
Todos	Frequência	Percentagem
Sim	35	42,2
Não	36	43,4
Não sabe/ não responde	12	14,5
Total	83	100,0

Gráfico 25 - Pode tomar todos os medicamentos prescritos por um médico**Quadro 25** - Não deve tomar anti-inflamatórios e medicamentos para as dores

Anti inflamatórios/dores	Frequência	Percentagem
Sim	38	45,8
Não	15	18,1
Não sabe/não responde	30	36,1
Total	83	100,0

Gráfico 26 - Não deve tomar anti-inflamatórios e medicamentos para as dores**Quadro 26** - Só toma medicamentos prescritos pelo médico e depois de informar que faz terapêutica anticoagulante oral

Prescrição médica	Frequência	Percentagem
Sim	71	85,5
Não	1	1,2
Não sabe/não responde	11	13,3
Total	83	100,0

Gráfico 27 - Só toma medicamentos prescritos pelo médico e depois de informar que faz terapêutica anticoagulante oral

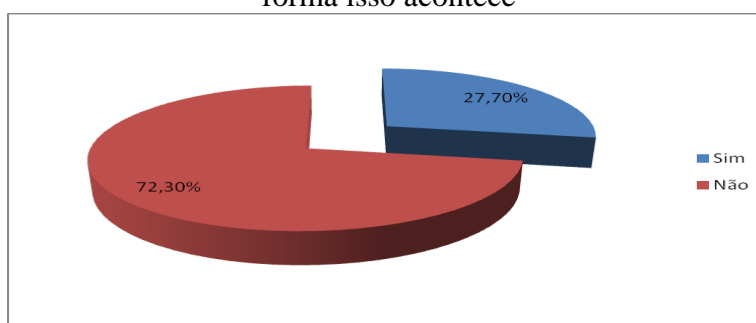
Segundo a análise dos Quadros 24,25 e 26 e dos Gráficos 25,26 e 27, verifica-se que 71 dos utentes inquiridos, correspondendo a 85,5%, considera que só poder tomar terapêutica prescrita pelo médico e só depois de informar que se encontra a fazer terapêutica anticoagulante oral. De realçar ainda o facto de 45,8% salientar a importância de não tomar anti-inflamatórios ou medicamentos para as dores.

De realçar a importância dada pelos utentes inquiridos à necessidade de informar o médico da terapêutica anticoagulante oral antes da prescrição de qualquer outro medicamento.

Quadro 27 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre quais os alimentos que interferem na terapêutica anticoagulante oral e de que forma isso acontece

Alimentos	Frequência	Percentagem
Sim	23	27,7
Não	60	72,3
Total	83	100,0

Gráfico 28 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o conhecimento sobre quais os alimentos que interferem na terapêutica anticoagulante oral e de que forma isso acontece

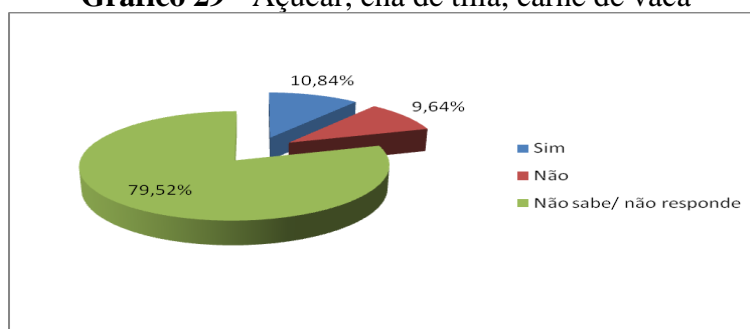


A análise do **Quadro 27** e do **Gráfico 28** mostra que maioria dos utentes inquiridos, 72,3%, não sabe quais os alimentos que interferem com a terapêutica anticoagulante oral.

Quadro 28 - Açúcar, chá de tilia, carne de vaca

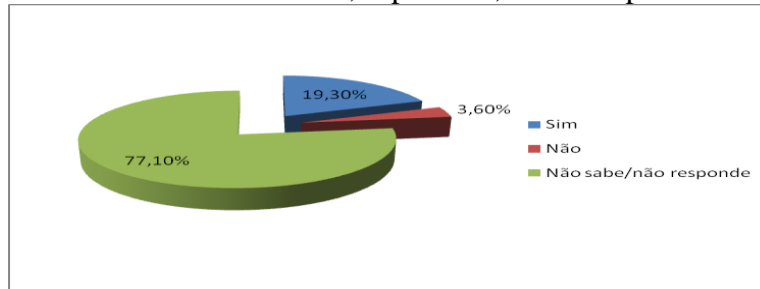
Açúcar, tilia, carne de vaca	Frequência	Percentagem
Sim	9	10,8
Não	8	9,6
Não sabe/ não responde	66	79,5
Total	83	100,0

Gráfico 29 - Açúcar, chá de tilia, carne de vaca



Quadro 29 - Bróculos, espinafres, chá de hipericão

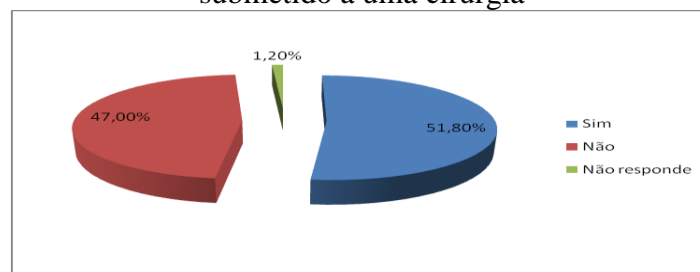
Bróculos, espinafres, hipericão	Frequência	Porcentagem
Sim	16	19,3
Não	3	3,6
Não sabe/não responde	64	77,1
Total	83	100,0

Gráfico 30 - Bróculos, espinafres, chá de hipericão

A análise dos **Quadros 28 e 29** e dos **Gráficos 29 e 30**, permite verificar que a 16 utentes (19,3%) refere que bróculos, espinafres e chá de hipericão interferem com a terapêutica hipocoagulante oral.

Quadro 30 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo os conhecimentos sobre os cuidados a ter se tiver uma ferida, necessitar de extrair um dente ou ser submetido a uma cirurgia

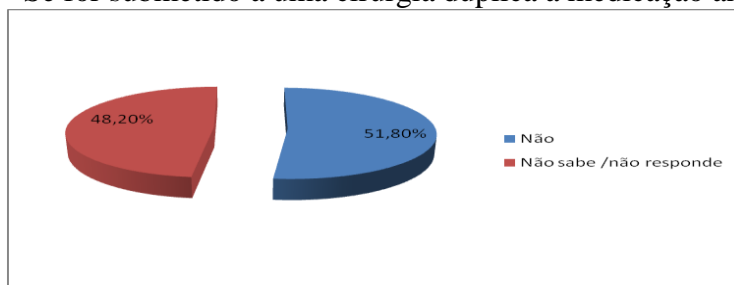
Conhecimentos	Frequência	Porcentagem
Sim	43	51,8
Não	39	47,0
Não responde	1	1,2
Total	83	100,0

Gráfico 31 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo os conhecimentos sobre os cuidados a ter se tiver uma ferida, necessitar de extrair um dente ou ser submetido a uma cirurgia

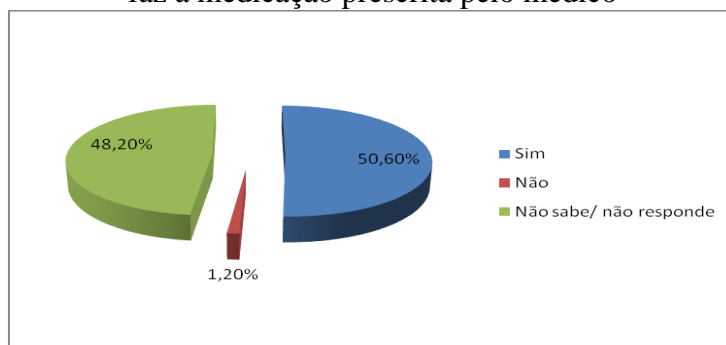
Após análise do **Quadro 30** e do **Gráfico 31** verifica-se que 43 dos inquiridos, correspondendo a 51,8% referem saber quais os cuidados a ter em caso de uma ferida, necessidade de extrair um dente ou ser submetido a uma cirurgia

Quadro 31 - Se for submetido a uma cirurgia duplica a medicação anticoagulante

Duplica	Frequência	Percentagem
Não	43	51,8
Não sabe /não responde	40	48,2
Total	83	100,0

Gráfico 32 - Se for submetido a uma cirurgia duplica a medicação anticoagulante**Quadro 32** - Se for submetido a uma cirurgia suspende a medicação anticoagulante e faz a medicação prescrita pelo médico

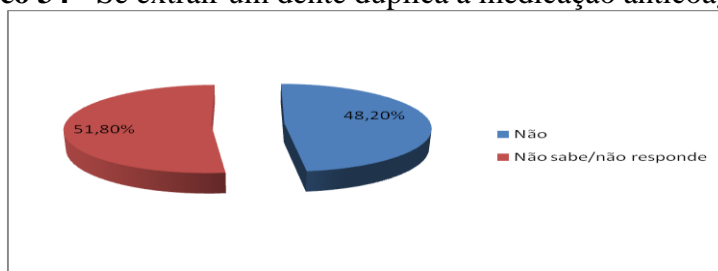
Suspende	Frequência	Percentagem
Sim	42	50,6
Não	1	1,2
Não sabe/ não responde	40	48,2
Total	83	100,0

Gráfico 33 - Se for submetido a uma cirurgia suspende a medicação anticoagulante e faz a medicação prescrita pelo médico

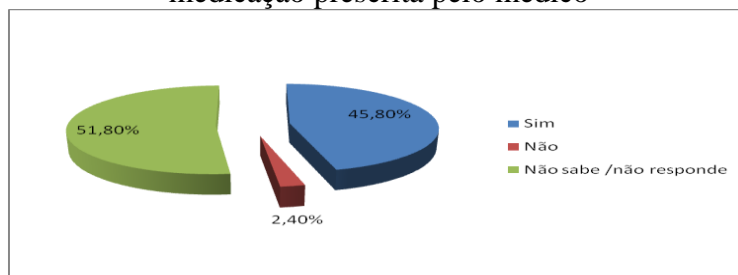
A análise dos **Quadros 31 e 32** e dos **Gráficos 32 e 33** relativamente à atitude a adoptar em caso de ser submetido a uma intervenção cirurgica 50,6% responde que suspendem a terapêutica anticoagulante oral e fazem a medicação prescrita pelo médico.

Quadro 33 - Se extrair um dente duplica a medicação anticoagulante

Duplica	Frequência	Porcentagem
Não	40	48,2
Não sabe/não responde	43	51,8
Total	83	100,0

Gráfico 34 - Se extrair um dente duplica a medicação anticoagulante**Quadro 34** - Se extrair um dente suspende a medicação anticoagulante e faz a medicação prescrita pelo médico

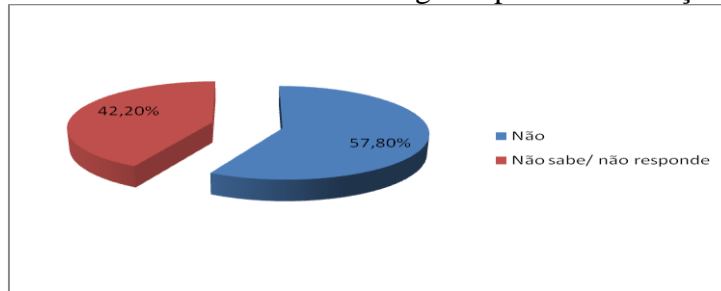
Suspende	Frequência	Porcentagem
Sim	38	45,8
Não	2	2,4
Não sabe /não responde	43	51,8
Total	83	100,0

Gráfico 35 - Se extrair um dente suspende a medicação anticoagulante e faz a medicação prescrita pelo médico

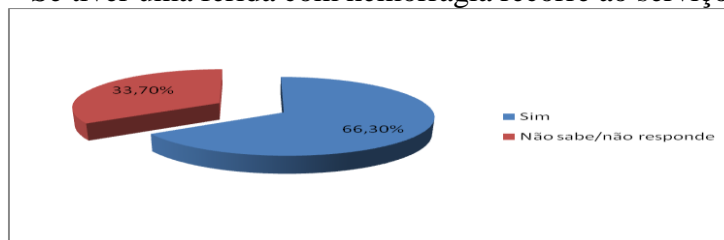
Ao analisar os **Quadros 33 e 34** e os **Gráficos 34 e 35** verifica-se que quando questionados com a atitude que tomariam em caso de necessidade de extrair um dente a maioria, com 51,8% responde que não sabe.

Quadro 35 - Se tiver uma ferida com hemorragia duplica a medicação anticoagulante

Duplica	Frequência	Porcentagem
Não	48	57,8
Não sabe/ não responde	35	42,2
Total	83	100,0

Gráfico 36 - Se tiver uma ferida com hemorragia duplica a medicação anticoagulante**Quadro 36** - Se tiver uma ferida com hemorragia recorre ao serviço de urgência

Urgência	Frequência	Percentagem
Sim	55	66,3
Não sabe/não responde	28	33,7
Total	83	100,0

Gráfico 37 - Se tiver uma ferida com hemorragia recorre ao serviço de urgência

Da análise dos **Quadros 35 e 36** e dos **Gráficos 36 e 37**, verifica-se que perante uma ferida com hemorragia, 66,3% dos utentes, correspondendo a 55 dos inquiridos, respondem que recorriam ao serviço de urgência.

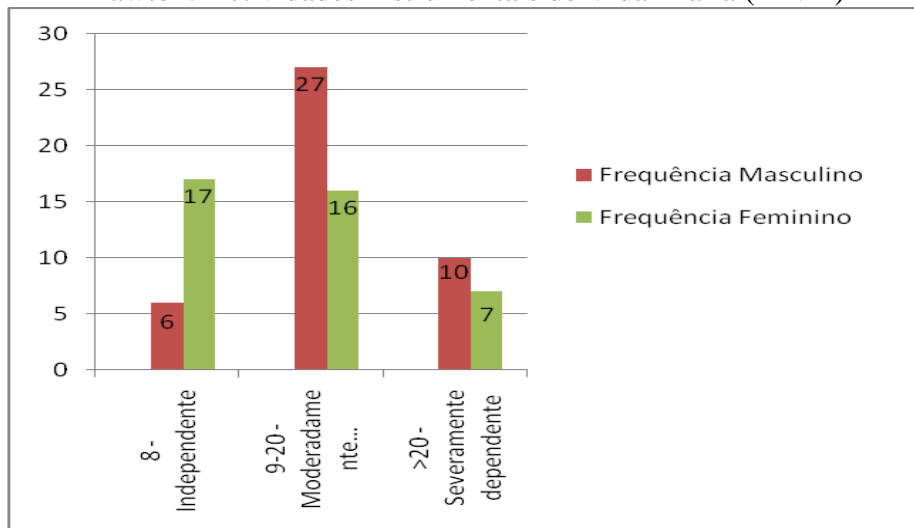
Pode-se concluir que relativamente aos cuidados a ter em caso de uma ferida, necessidade de extrair um dente ou ser submetido a uma cirurgia os utentes referem saber quais as atitudes a adoptar, excepto em caso de necessidade de extrair um dente.

4. Aplicação e tratamento dos dados do Índice de Lawton

O envelhecimento é um processo universal, dinâmico, progressivo, lento e gradual, para o qual contribui uma multiplicidade de factores genéticos, biológicos, sociais, ambientais, psicológicos e culturais. Por se tratar de uma população já idosa foi necessário proceder à avaliação das Actividades Instrumentais de Vida Diária, tendo sido aplicado o Índice de Lawton. (Apêndice III e IV).

Quadro 37 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o Índice de Lawton: Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

Sexo	Frequência		Porcentagem	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
8 - Independente	6	17	7,22%	20,50%
9-20 - Moderadamente dependente	27	16	33,73%	18,07%
>20 - Severamente dependente	10	7	12,05%	8,43%
Total	43	40	53,00%	47,00%

Gráfico 38 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o Índice de Lawton: Actividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD)

Da análise do **Quadro 37** e do **Gráfico 38** é possível verificar que em todos os índices o sexo feminino se apresenta como sendo o mais independente no desempenho das suas actividades instrumentais de vida diária.

De realçar ainda que o índice Moderadamente dependente é aquele que confluí maior número de utentes hipocoagulados num total de 43, sendo 27 do sexo masculino e os restantes 16 do sexo feminino.

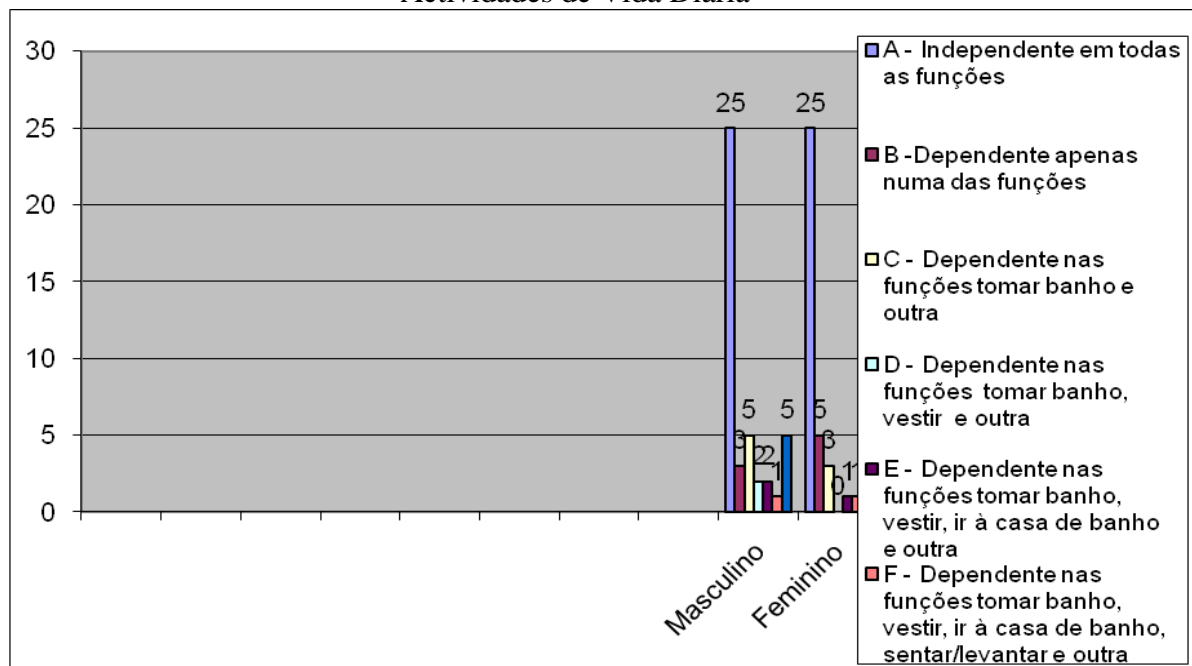
5. Aplicação e tratamento dos dados do Índice de Katz

Ninguém envelhece da mesma maneira nem ao mesmo ritmo logo as experiências do envelhecimento não são iguais para todos.

De modo a avaliar a capacidade funcional do idoso foi aplicado o Índice de *Katz* para avaliar a capacidade dos utentes realizarem as tarefas essenciais no dia-a-dia (Apêndice V e VI).

Quadro 38 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o Índice de Katz - Actividades de Vida Diária

Grau de dependência	Sexo		Frequência	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
A - Independente em todas as funções	25	25	30,1	30,1
B - Dependente apenas numa das funções	3	5	3,6	6,1
C - Dependente nas funções tomar banho e outra	5	3	6,1	3,6
D - Dependente nas funções tomar banho, vestir e outra	2	0	2,5	0
E - Dependente nas funções tomar banho, vestir, ir à casa de banho e outra	2	1	2,5	1,2
F - Dependente nas funções tomar banho, vestir, ir à casa de banho, sentar/levantar e outra	1	1	1	1
G - Dependente nas seis funções	5	5	6,1	6,1
H - Dependente em pelo menos duas funções mas não classificável em C, D ou F	0	0	0	0
Total	43	40	51,9	48,1

Gráfico 39 - Distribuição dos utentes hipocoagulados orais segundo o Índice de Katz - Actividades de Vida Diária

Ao analisar o **Quadro 38** e o **Gráfico 39**, e contrariamente ao ocorrido no quadro e gráfico anteriores, verifica-se que tanto homens como mulheres se apresentam maioritariamente independentes para desempenharem as suas actividades de vida diária, (com o total de 25 para ambos os sexos), contra 6,1% do total dos homens e das mulheres inquiridos totalmente dependentes nas actividades de vida diária.

6. Envolvimento da equipa de Enfermagem na criação de protocolos de actuação

A criação de protocolos possibilita a uniformização das práticas de todos os profissionais de enfermagem que prestam cuidados aos utentes hipocoagulados orais seguidos no Centro de Saúde de Ponte de Sor, seguindo um conjunto de regras e de procedimentos que visam melhorar a qualidade da saúde dos utentes e o controle do custo dos cuidados prestados. (Apêndice VII)

7. Identificação das necessidades de formação dos enfermeiros

Formação significa conjunto de actividades que visam a aquisição de conhecimentos, capacidades, atitudes e formas de comportamento exigidos para o exercício das funções próprias de uma profissão, voltada para a aquisição de competências profissionais.

A formação confere aos enfermeiros, não apenas novas competências e conhecimentos profissionais, necessários à concretização dos novos programas e metodologias, mas contribuí, também, para maior profissionalismo e desempenho de funções. A formação dos profissionais perspectiva a mudança de atitude e de organização dos serviços, focalizando a sua atenção para o utente, compreendido holisticamente. Importa ainda lembrar que faz parte dos direitos do enfermeiro o acesso à formação com vista à actualização e ao aperfeiçoamento profissional (SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES, 1996).

8. Realização de acções de formação

A evolução técnica e científica vivida na sociedade contemporânea têm obrigado a que a Enfermagem sofra reestruturações constantes que implicam mudanças profundas na praxis dos profissionais. Nesta perspectiva a formação do profissional de enfermagem

deve ser entendida como um movimento continuum que tem o seu início na formação de base e o acompanha ao longo de todo o seu percurso.

Segundo NUNES através de um estudo realizado com os alunos do 6º e 7º Cursos de Licenciatura em Enfermagem da Escola de Viseu, (<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/7.pdf> / [s/data](#)) a formação contínua é assumidamente um factor importante no desenvolvimento pessoal e profissional do indivíduo, assim como das organizações, ajudando-os a adaptarem-se às inovações que advêm do mundo em permanente mudança, na perseguição de uma melhor qualidade dos serviços prestados.

Em enfermagem só a busca constante por um processo educativo contínuo pode garantir uma assistência de qualidade à população, promovendo e melhorando as competências técnico-científicas, culturais, políticas, éticas e humanísticas dos profissionais (Apêndice VIII).

9. Identificação dos utentes hipocoagulados orais sinalizados por freguesia de residência

Sendo o grande objectivo do projecto a descentralização dos utentes hipocoagulados da sede para as extensões do Centro de Saúde de Ponte de Sor, só com o desenvolvimento desta intervenção foi possível passar à intervenção seguinte.

Esta identificação foi feita recorrendo aos registos pessoais dos utentes existentes na base de dados SINUS.

10. Elaboração de plano de distribuição dos dias de avaliação de INR na sede e respectivas extensões principais (Tramaga, Galveias, e Longomel)

Planear significa organizar, dirigir seguindo determinado plano. Ao planear a distribuição dos dias de avaliação de INR não só pela sede, mas também pelas extensões, pretende-se utilizar os recursos humanos e tecnológicos disponíveis de forma racional tornando a sua utilização mais eficaz e eficiente o que pressupõe o acesso igualitário e a equidade em cuidados de saúde. Assim, a equidade em saúde pode ser, segundo FURTADO e PEREIRA (2010, p. 4), definida como a “ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspectos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente. (...), um

aspecto fundamental é o acesso a cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos (Apêndice IX).

11. Realização de Sessão de Educação para a Saúde e esclarecimento de dúvidas aos utentes anticoagulados orais

A Promoção da Saúde é uma prática que faz parte da enfermagem comunitária e que se desenvolve através de projectos de intervenção, diagnosticando problemas, estabelecendo prioridades, tomando decisões, planeando estratégias e implementando acções com vista a atingir melhor saúde.

Neste sentido, a Promoção da Saúde consiste no incentivo de práticas que visem a manutenção ou melhoria da saúde, de modo a habilitar as pessoas a controlá-la com o propósito de garanti-la ou melhorá-la e ainda de impedir o aparecimento de doenças (MATOS E CARVALHOSA, 2001).

O centro da Promoção da Saúde é a procura de equidade e o papel do Enfermeiro de Família é desempenhado no sentido de contribuir para a saúde e para a qualidade de vida dos cidadãos a quem presta cuidados, através da melhoria da informação e Educação para a Saúde.

As campanhas de Educação para a Saúde, sobretudo para a prevenção de comportamentos de risco, devem ajudar as pessoas a desenvolverem aptidões pessoais e sociais essenciais à preferência de comportamentos saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

De acordo com DIAS [et. al.] (2004), a Educação para a Saúde é uma estratégia da Promoção da Saúde, usada para alcançar os objectivos desta, embora ambos os conceitos possam ser utilizados de forma intercambiável. A Educação para a Saúde, segundo PEREIRA (2003), citado por OLIVEIRA [et. al.] (2009), no seu artigo apresentado para a atribuição do título de Especialista, “*pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a manutenção da saúde, (...) a adopção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução da sua vida*”. É aqui que o Enfermeiro desempenha um papel fundamental enquanto agente do processo de trabalho em saúde, devendo a sua abordagem ser coerente com as vivências do utente ou grupo em causa (SILVA; 2004). Ainda de acordo com a mesma autora a Educação para a Saúde em grupo permite ao profissional analisar as experiências e as percepções

de cada um dos utentes que constituem o grupo alvo, assim como aproveitar a partilha de experiências individuais como meio de educação e troca de soluções, potencializando a adesão às mudanças comportamentais necessárias. Segundo SPACAPAN e OSKAMP (1987) referidos por DIAS [et. al.] (2009, p. 466.), as intervenções “*de educação para a saúde podem desenvolver-se de acordo com distintos níveis de actuação individual, grupal ou comunitário e incluem, desde campanhas nos meios de comunicação social, até intervenções directas e pessoais*”

A divulgação desta actividade foi feita através de convocatória, enviada aleatoriamente, uma vez que a sala de ensinos do CSPA comporta apenas cerca de 15 pessoas acomodadas confortavelmente. (Apêndice X)

Assim, a abordagem em Educação para a Saúde desenvolvida durante este Estágio focalizou os seguintes temas: (Apêndice XI, XII e XIII)

- Tipo de alimentação

O Instituto do Consumidor (2003, p.8) refere “*O que se come e como se come é hoje aceite como sendo factor determinante do estado de saúde ou de doença do indivíduo*”. A ingestão de alimentos de todos os grupos e a variação na sua escolha são condições essenciais para garantir uma alimentação saudável e equilibrada, obtendo-se todos os nutrientes de forma ajustada às necessidades do organismo.

Segundo a APDA (<http://www.apda.com.pt/dieta.php/s/data>) as frutas e os legumes de todos os tipos, mesmo os ricos em vitamina k, devem estar presentes no regime alimentar, mesmo dos utentes que estejam a tomar anticoagulantes orais. A dose de anticoagulante deve ser ajustada de acordo com uma alimentação saudável e nunca o contrário. A forma como o valor de INR responde ao consumo de diversos tipos de vegetais também varia de indivíduo para indivíduo, e por isso é fundamental manter um controlo regular do INR.

- Interações medicamentosas

Os antibióticos interferem com a coagulação e o utente deve repetir a análise de INR dois a três dias após o início da toma de antibiótico. Os anti-inflamatórios não-esteróides praticamente não têm risco quando associados à anticoagulação. No entanto, os corticóides aumentam o risco de hemorragia quando associados à anticoagulação, apesar de não afectarem a determinação do INR. Em caso de febre ou dores deve ser usado o paracetamol. Sempre que o utente começar a tomar um novo medicamento deve

avisar o médico de que está anticoagulado (APDA <http://www.apda.com.pt/dieta.php/s/data>).

- Álcool

Na nossa cultura, o álcool está sempre presente: nas refeições, celebrações, despedidas, alegrias e tristezas. *A OMS considera que não se devem fazer consumos que ultrapassem 20 gramas de álcool (2 unidades/dia) e de preferência estar pelo menos dois dias por semana sem beber qualquer bebida alcoólica*” (PORTAL DA SAÚDE. www.portaldasaude.pt/, 2001). Com o consumo agudo de álcool o metabolismo do anticoagulante oral é inibido, aumentando o risco de hemorragia, devido à potenciação do efeito anticoagulante, enquanto o consumo moderado, ou reduzido de álcool não parece influenciar os níveis de anticoagulante (ORDEM DOS FARMACEUTICOS <http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/s/data>).

- Gestão do regime terapêutico

Os utentes submetidos a terapêutica anticoagulante oral apresentam necessidades específicas no sentido de prevenir complicações. A gestão do regime terapêutico, assim como a periodicidade de avaliação de INR, prendem-se com a prevenção de complicações (hemorragias e trombozes) e o adequado ajuste da dosagem.

Quando se realiza uma Sessão de Educação para a Saúde esta deve sempre ser avaliada de modo a perceber o impacto que teve na população alvo. Assim, optou-se por aplicar uma Escala de Likert que, tratando-se de um tipo de escala de resposta psicométrica, é a mais usada em pesquisas de opinião. Com a utilização desta escala mede-se o nível de concordância ou não concordância a uma afirmação. Normalmente são utilizados cinco níveis de respostas para cada um dos itens questionados. O formato típico de um item de Likert varia entre o discordo totalmente e o concordo totalmente. (Apêndice XIV).

Como se pode verificar no **Quadro 39**, que se segue, a sessão, segundo a opinião dos utentes hipocoagulados, teve um impacto bastante positivo.

Quadro 39 – Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde segundo uma Escala de Likert

Questões	Avaliação					
	Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente	Total
A sessão foi importante	0	0	1	1	9	11
Esclareceu as dúvidas sobre INR	0	0	0	3	8	11
Importância de novas sessões idênticas	0	0	0	3	8	11
A prelectora foi explícita	0	0	0	1	10	11
A prelectora demonstrou conhecimentos	0	0	0	0	11	11

12. Criação de folhetos e Elaboração de cartazes

Uma das formas mais simples e mais frequente de tentar modificar comportamentos continua a ser o tipo de actividade educativa em que se fornece ao utente informação relevante para o comportamento de saúde que se pretende modificar. Um apoio importante que pode contribuir para a retenção da mensagem, é o fornecimento de informação escrita. Segundo BENNETT e MURPHY (1999, p. 70) a “*percentagem de pessoas que lêem a informação escrita é geralmente elevada quando ela é fornecida no contexto de uma consulta*”. Por seu turno se a informação for deixada ao acaso em locais públicos para as pessoas folhearem, dificilmente será aproveitada e utilizada (Apêndices XV, XVI, XVII e XVIII).

13. Elaboração de artigo para o jornal *Ecos do Sor* e *Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor*

Uma campanha de Educação para a Saúde para que seja eficaz deve captar a atenção da população alvo. A melhor forma de divulgação destas campanhas continua a ser a utilização dos mass media por abrangerem uma população alvo alargada. DIAS [et. al.] (2009, p. 467), referem que a “*promoção da saúde através dos mass media é conceptualizada como uma sessão de educação para a saúde subjacente à premissa de que os promotores de saúde se encontram a “comunicar Saúde”*”.

Os utentes percebem as informações fornecidas pelos mass media como sendo credíveis, valiosas e actuais. (Apêndices XIX e XX).

5.2 – METODOLOGIAS

A decisão sobre a estrutura e organização do trabalho escrito prendeu-se com as normas vigentes no Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem enquadrado no Regulamento Geral dos Mestrados da Universidade de Évora. Da primeira fase deste Estágio fez parte a proposta de um projecto de estágio, apresentado às docentes em contexto de sala de aula, o qual serviu de base ao desenrolar da chamada fase de intervenção, culminando então com a última fase, a de relatório.

O Planeamento em Saúde consiste em alterar o estado de saúde das populações e comunidades, visando a obtenção de ganhos em saúde. TAVARES (1990, p.29) diz que em saúde planear é “ (...) *um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a (s) solução (ões) óptima (s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro*”.

O Planeamento permite melhorar o desempenho, otimizar a eficácia e eficiência dos cuidados prestados de forma a procurar a proteger, promover, recuperar e reabilitar a saúde da população com a qual se trabalha.

O enfermeiro especialista em saúde comunitária reconhece a evidência da necessidade da utilização do planeamento por diversas razões, como referem IMPERATORI E GIRALDES, citados por TAVARES (1990, p. 36):

- ✓ A escassez de recursos obriga a uma adequação dos recursos disponíveis para a resolução do maior número de problemas, com o mesmo custo;
- ✓ A necessidade de intervir nas causas dos problemas em que, a solução dos mesmos, proporcione a sua resolução e actue na extinção das suas causas;
- ✓ Definir prioridades pois nem todos os problemas têm a mesma importância, o mesmo impacto ou a mesma facilidade de resolução;

- ✓ As intervenções isoladas devem ser evitadas quer pelos custos que acarretam, quer pelo facto de a saúde resultar de acções múltiplas;
- ✓ Para que os resultados sejam rentabilizados é necessária uma coordenação na utilização e rentabilização das infra-estruturas e dos equipamentos necessários;
- ✓ No contexto em que a saúde se insere, a competição com outras prioridades nacionais é impreterível;
- ✓ Os rápidos progressos da medicina impõem a necessidade de adaptação dos serviços e integração na prestação de cuidados;
- ✓ Não se pode correr o risco de uma utilização pouco eficiente da crescente complexidade tecnológica.

O Planeamento em Saúde visa, segundo TAVARES (1990, p. 37) “*um estado de saúde através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo as mudanças no comportamento das populações*”.

Para implementar um projecto em saúde é necessário percorrer um processo cuja etapas nem sempre são fáceis de alcançar mas cuja sua omissão pode levar ao fracasso da prestação de cuidados. O Processo de Planeamento da Saúde, segundo o modelo teórico de TAVARES (1990, p.38), desenvolve-se em 6 etapas, representadas na Fig.4:

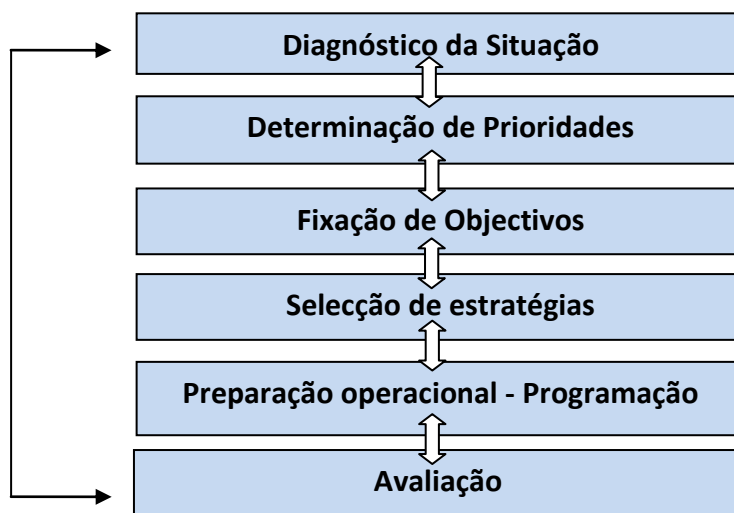


Fig.4 - Etapas no Processo de Planeamento em Saúde (Extraído e modificado de Imperatori e Giraldes, 1982)

Proceder ao Diagnóstico da Situação é o primeiro passo do processo para planear em saúde e é decisivo para se começar a actuar, pois só conhecendo as necessidades de saúde da população-alvo e os respectivos factores condicionantes se pode corresponder às necessidades de saúde dessa mesma população.

O Diagnóstico da Situação assenta em quatro etapas fundamentais:

- Identificação dos problemas recorrendo à descrição preferencialmente quantitativa da situação,
- Análise da evolução da situação e suas perspectivas,
- Estudo da rede de causalidade dos problemas
- Determinação das necessidades.

Deverá ainda descrever quantitativamente a situação, conhecer os factores que a determinam, abranger a análise da evolução da situação e suas perspectivas e referir se a avaliação é ou não satisfatória.

A Determinação de Prioridades deve atender à hierarquização dos problemas de saúde. É nesta fase que se determina em que problema se vai intervir primeiro, o que de certo modo torna esta etapa subjectiva, pois a sua planificação depende da perspectiva de quem a realiza. Importa ter em conta os factores condicionantes, tais como o tempo e os recursos. Segundo TAVARES (1990), para proceder a esta selecção no global de uma lista de problemas, o mais correcto é recorrer ao uso de Critérios. Contudo, como não se tratou de um trabalho de investigação, mas sim de um relatório de estágio, e após ponderadas várias alternativas, optou-se por recorrer à hierarquização cronológica dado a escassez de tempo.

A Fixação de Objectivos é a etapa que permite focalizar o resultado final a atingir. TAVARES (1990, p.116) considera que a formulação de um objectivo deve ser: pertinente, precisa, realizável e mensurável.

A etapa de Selecção de Estratégias é fundamental uma vez que permite escolher um conjunto de técnicas com o fim de atingir os objectivos definidos anteriormente (TAVARES, 1990).

A Preparação Operacional – Programação é a etapa que permite a execução total ou parcial de uma estratégia predefinida para atingir um ou mais objectivos. É nesta fase que se definem os calendários de execução e se elabora o cronograma do plano de acção (TAVARES, 1990).

A fase da Avaliação, considerada a última etapa do Planeamento em Saúde, poderá integrar-se em cada uma das suas etapas. A avaliação deve ser pertinente e precisa e permitir introduzir as alterações correctivas necessárias. Nesta etapa importa ainda falar em eficácia e eficiência. A eficácia é entendida como o acto de atingir os objectivos

predefinidos chegando ao resultado esperado sem ter em conta os custos/recursos. A eficiência, por seu turno, pode ser entendida como o atingir dos objectivos/resultados esperados tendo em conta os recursos e custos (TAVARES, 1990).

Assim, e uma vez identificada a área necessitada de intervenção, procedeu-se à elaboração de um Cronograma de Actividades, onde foram esquematizadas as várias actividades desenvolvidas, com vista à consecução dos objectivos estabelecidos. (Apêndice XXI)

Embora tratando-se de um relatório de estágio profissional houve a necessidade de aplicar um questionário para avaliação dos conhecimentos dos utentes, detectar dificuldades e agir sobre as mesmas com intuito de que, num futuro próximo os mesmos aspectos possam ser reavaliados. Houve necessidade de recorrer a uma metodologia com duas vertentes: a de procurar conhecer melhor a população em causa e a de agir para obter mudanças nessa mesma população. É o tipo de metodologia que, segundo FERNANDES (<http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE/s/data>, p. 4) se desenvolve “*numa espiral de ciclos de planificação, acção, observação e reflexão.*” Para ALMEIDA (2001), citado por FERNANDES, trata-se de um processo de aprendizagem virado para a praxis que força o profissional a reflectir, e a trabalhar em estreita colaboração interprofissional e multidisciplinar desencadeando práticas pertinentes e mais adaptadas às situações em que trabalha. SANCHES (2005:p. 129), no seu artigo publicado na Revista Lusófona de Educação, reforça esta ideia ao citar MOREIRA (2001): “*A dinâmica cíclica de acção-reflexão, (...) faz com que os resultados da reflexão sejam transformados em praxis e esta, por sua vez, dê origem a novos objectos de reflexão*”.

Trata-se portanto de uma metodologia mais flexível, em que a teoria serve de base para a obtenção de conhecimentos práticos, permitindo pôr em acção um projecto de intervenção elaborado de acordo com as necessidades da população em causa. (SIMÕES www.jcpaiva.net/getfile.php?cwd=ensino/cadeiras/...f./s/data), Segundo LESSARD-HÉRBERT (1996), citado pelo mesmo autor, é uma dinâmica cíclica uma vez que terminadas todas as fases de implementação de um projecto, uma nova planificação pode ser elaborada dando origem a um novo projecto, e assim sucessivamente.

A selecção do instrumento de colheita de dados teve em atenção os dados que se pretendiam colher bem como os objectivos do trabalho, tendo-se optado por realizar um Inquérito por questionário (Apêndice II).

Segundo QUIVY e CAMPENHOUDT (1998, p. 189), o inquérito por questionário permite conhecer as condições, modos de vida, comportamentos, valores e opiniões de uma população, tal como permite uma análise de um determinado fenómeno social que se julga poder apreender melhor a partir de informações relativas aos indivíduos da população em objecto.

O questionário aplicado foi realizado durante a primeira fase do estágio e a sua construção foi baseada na bibliografia consultada, na experiência pessoal e nos conhecimentos adquiridos ao longo da prática profissional nos cuidados à população de utentes hipocoagulados orais do Centro de Saúde de Ponte de Sor. Neste contexto, o questionário utilizado no trabalho foi organizado com o objectivo de caracterizar esta população de utentes e identificar as suas dúvidas e necessidades de saúde, nesta área. É um instrumento constituído por questões fechadas, assim como algumas abertas. De acordo com QUIVY e CAMPENHOUDT (1998, p. 188) trata-se de um questionário de “administração indirecta”, pois é o próprio inquiridor que o completa a partir das respostas fornecidas pelo inquirido.

Segundo FORTIN (1999, p.253), a aplicação do questionário carece de verificação através do pré-teste, detectando-se os problemas que possa apresentar de modo a ser melhorado. Esta etapa é indispensável e o seu principal objectivo consiste em avaliar a eficácia, pertinência, validade interna e operacionalidade do inquérito.

Foi realizado um pré-teste num dia de atendimento, a um grupo de dez (12%) utentes hipocoagulados que se considerou possuírem requisitos idênticos aos da restante população escolhida para a realização deste trabalho. Como se verificaram algumas dificuldades na aplicabilidade do pré-teste, procedeu-se às alterações necessárias no instrumento de colheita de dados. O segundo pré-teste foi realizado em dia de atendimento a dez utentes hipocoagulados orais que, tal como o primeiro possuíam características idênticas às da restante população.

A aplicação do questionário decorreu no Centro de Saúde de Ponte de Sor durante o período compreendido entre a terceira semana de Dezembro e a segunda semana de

Janeiro, com a devida autorização da Coordenadora do Centro de Saúde de Ponte de Sor, enquanto não veio o parecer positivo requerido ao ACES (Apêndice XXII).

Foi pedido aos utentes que dessem o seu Consentimento Informado (Apêndice XXIII), tendo este sido precedido de uma breve explicação sobre os objectivos do trabalho, garantido anonimato e confidencialidade dos dados colhidos. Todos os inquiridos estiveram disponíveis para responder às questões, tendo o seu preenchimento demorado aproximadamente 10 minutos.

Com a aplicação do questionário a esta população pretendeu-se recolher dados sobre:

- ✓ Breve caracterização da população;
- ✓ Conhecimentos sobre coagulação;
- ✓ Conhecimentos sobre anticoagulantes orais;
- ✓ Conhecimentos sobre interferências com a terapêutica anticoagulante oral;
- ✓ Necessidades de educação para a saúde em terapêutica anticoagulante oral;

A análise e tratamentos de dados foi realizada através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para *Windows*, versão 18.0, tendo sido construída uma base de dados adequada ao questionário aplicado. Para efectuar os gráficos e quadros recorreu-se ao *Microsoft Office Excel 2007*.

Por se tratar de uma população já idosa foi necessário proceder à avaliação das Actividades Instrumentais de Vida Diária, tendo sido aplicado o Índice de Lawton (Apêndice III). Trata-se de um instrumento de composto por oito actividades (cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da comida, ir às compras, utilização do telefone, utilização do transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação) que permite avaliar o grau de dependência nestas actividades (SEQUEIRA, 2010).

Cada item apresenta entre 3 a 5 níveis diferentes de dependência, sendo cada actividade pontuada de 1 a 3, de 1 a 4 ou de 1 a 5, em que a maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. Ou seja, o índice varia entre 8 e 30 pontos sendo que 8 corresponde ao grau independente, 9 a 20 pontos significa que o utente é moderadamente dependente, necessitando de alguma ajuda, e >20 trata-se de um utente severamente dependente, necessitando de muita ajuda.

SEQUEIRA no livro “Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental” (2010, p. 54) faz uma análise dos componentes principais deste instrumento. Trata-se de um

índice recomendado e utilizado pelas redes de Unidades de Cuidados Continuados Integrados.

Ninguém envelhece da mesma maneira nem ao mesmo ritmo logo as experiências do envelhecimento não são iguais para todos. O sinal mais evidente do envelhecimento é a diminuição da capacidade de adaptação, ou seja, a diminuição da capacidade funcional. A própria fisiologia do envelhecimento dificulta a cada indivíduo a satisfação das suas necessidades de forma independente.

De modo a avaliar a capacidade funcional do idoso existem diferentes escalas de avaliação funcional. O Índice de Katz é o mais utilizado para avaliar a capacidade de realizar as Actividades de Vida Diária (AVD) (Apêndice V).

O índice de Katz, foi criado por Sidney Katz, em 1963, para avaliar a capacidade funcional do indivíduo idoso e estabeleceu uma lista de seis itens que são hierarquicamente relacionados e reflectem os padrões de desenvolvimento infantil, ou seja, a perda da função no idoso começa pelas actividades mais complexas. As actividades de vida avaliadas pelo Índice de Katz são: tomar banho, vestir/despir, higiene, locomoção, continência de esfíncteres e alimentação.

Assim, no nível de dependência I, o idoso é independente com ou sem ajudas técnicas, para as Actividades de Vida Diária. No nível II, o idoso está dependente em pelo menos uma das AVD. No nível III, o idoso está dependente em mais do que uma AVD. No nível IV, necessita de ajuda contínua, 24 horas por dia.

5.3 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

Entenda-se por estratégia como sendo os recursos utilizados para atingir determinado objectivo ou meta estabelecidos. Segundo TAVARES (1990), é fundamental pois permite, estudar as alternativas e estimar os seus custos face aos recursos existentes. Estratégia, segundo QUINN (1980), citado por NICOLAU (2001, p. 5) é “*um modelo ou plano que integra os objectivos, as políticas e a sequência de acções num todo coerente*”. Também HAX e MAJLUF (1988) citados pela mesma autora, definem estratégia como “*o conjunto de decisões coerentes, unificadoras e integradoras que determina e revela a vontade da organização em termos de objectivos de longo prazo, programa de acções e prioridade na afectação de recursos*” (NICOLAU 2001, p. 6).

A selecção das estratégias depende dos objectivos definidos anteriormente e também dos recursos disponíveis para desenvolver a actividade planeada. A operacionalização das estratégias exige a elaboração de cronograma de actividades.

Assim, para atingir os objectivos propostos para a consecução deste trabalho foram delineadas as seguintes estratégias:

➤ *Envolvimento dos médicos de família da UCSP do Centro de Saúde de Ponte de Sor:*

Esta estratégia foi de extrema importância para a implementação deste projecto. Sem a colaboração e verdadeiro envolvimento dos Médicos de Família não seria possível descentralizar a consulta a utentes com terapêutica anticoagulante oral nas extensões do Centro de Saúde de Ponte de Sor. Apesar de ser o Enfermeiro que efectua a análise, a prescrição da dosagem é da inteira responsabilidade do médico.

De salientar ainda o feed-back por parte dos Médicos de Família pois, sempre que, na consulta, é identificado um novo utente com terapêutica anticoagulante oral, este é de imediato sinalizado pelo respectivo Médico de Família para o Enfermeiro responsável pela avaliação do INR.

➤ *Elaboração e divulgação de protocolos para hipocoagulação*

Um protocolo procura incorporar conceitos e definições actuais relativamente ao tema em questão e visa alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do utente.

Com a elaboração do Protocolo de Actuação na Consulta a Utentes Hipocoagulados Oraís pretende-se um documento de apoio que transmita algumas orientações, normas, rotinas e procedimentos que se consideram úteis e necessários para o desenvolvimento normal desta actividade de enfermagem, assim como permitir a novos elementos integrar-se mais facilmente na dinâmica de funcionamento desta Unidade.

Para além do que já foi atrás descrito, considera-se que, através da elaboração e divulgação de um protocolo em terapêutica anticoagulante oral, se atinja uma maior uniformidade relativamente à actuação da equipa de enfermagem, assim como a rentabilização e optimização dos recursos disponíveis.

Através desta estratégia pretendeu-se uniformizar técnicas, facilitando o trabalho da equipa prestadora de cuidados, logo potenciando melhores cuidados aos utentes. De

referir ainda que este protocolo foi elaborado de acordo com a realidade do Centro de Saúde de Ponte de Sor (Apêndice VII).

➤ *Descentralização da consulta de utentes hipocoagulados*

Considerada como uma estratégia fundamental para a consecução do projecto apresentado no início deste estágio, este foi, provavelmente, o principal foco de actuação. Descentralizar significa tirar do centro. No caso da consulta a utentes hipocoagulados orais significa retirar a exclusividade da prestação de serviços (avaliação de INR) dos hospitais de referência para os Cuidados de Saúde Primários. Ao descentralizar garante-se a equidade e o acesso aos cuidados de saúde, o que resulta em ganhos em saúde para os utentes permitindo-lhes atingir o seu potencial de saúde.

A iniquidade em saúde afecta sobretudo os grupos mais vulneráveis e, neste caso, está-se perante uma população mais idosa, com menos recursos socioeconómicos e geograficamente dispersa por um concelho com uma grande dimensão geográfica.

O PLANO NACIONAL DE SAÚDE 2011 – 2016, define a equidade em saúde como “*a inexistência de diferenças, evitáveis e passíveis de modificação, do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos*” (<http://www.acs.min-saude.pt/> 2011, p.2/22).

Esta descentralização veio ainda facilitar o acesso a cuidados de saúde, não só de qualidade, mas ainda em tempo oportuno, com uma visão holística do utente e no local mais adequado à população alvo. O PNS diz que “*o acesso adequado é um dos determinantes da saúde, potenciador da redução das desigualdades*” (<http://www.acs.min-saude.pt/> 2011, p.3/22).

➤ *Manter o INR no intervalo terapêutico para cada utente*

Esta estratégia resulta da consecução da estratégia anterior uma vez que manter o INR dentro do intervalo terapêutico significa ganhos em saúde para cada um dos utentes da Consulta de Hipocoagulados Orais desta Instituição. Estes ganhos só são possíveis através da adequação entre os serviços prestados e os cuidados necessários. Só alocando os recursos disponíveis aos vários níveis de necessidades dos utentes se podem desenvolver actividades cujo custo - efectividade demonstrem grande impacto nos ganhos em saúde da população.

Utentes controlados são utentes que requerem apenas uma monitorização mensal do seu valor de INR, reduzindo o número de deslocações ao Centro de Saúde/Extensão, logo uma redução no material utilizado, assim como uma gestão adequada da medicação. Para tal contribuíram as actividades desenvolvidas com vista a um empowerment dos utentes reforçando a sua capacidade de decisão perante hábitos adquiridos e que os quais urge modificar.

5.4 – RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS DISPONÍVEIS

Relativamente aos recursos humanos disponíveis, e embora toda a equipa de saúde tenha sido envolvida neste projecto, o grosso da responsabilidade foi distribuído da seguinte forma:

- Todos os Médicos de Família são responsáveis pelo ajuste da dose terapêutica de anticoagulante oral, no entanto ficou estipulado que duas Médicas da UCSP do Centro de Saúde de Ponte de Sor, são o elo de ligação on-line entre os CSP e o Serviço de Patologia Clínica do Hospital de Referência (Hospital Dr. José Maria Grande – Portalegre).
- Todas as Enfermeiras de Família da UCSP do Centro de Saúde de Ponte de Sor receberam formação para a realização da monitorização de INR, contudo ficou estabelecido que a avaliação nas Extensões de Saúde é realizada pela Enfermeira responsável pela lista dessa mesma extensão. No que respeita à sede, a monitorização ficou distribuída, em alternância quinzenal, por quatro Enfermeiras.

Desta forma não se verificou a necessidade de aumentar os recursos humanos.

Quanto aos recursos materiais é necessário:

- 1 Computador, 1 Impressora; Resma de papel A4; 1 Coagulómetro, Lancetas, 1 Aplicador de lancetas, Tiras reactivas, Algodão, 1 Secretária, 2 Cadeiras e 1 Viatura.

Não houve qualquer necessidade de adicionar recursos materiais pois todos os que eram necessários à implementação do projecto já se encontravam disponíveis no Centro de Saúde/ Extensões.

5.5 – CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Para a implementação deste Projecto estabeleceram-se alguns contactos e diligências, com o intuito de ser proporcionado apoios para a sua implementação tornando-o numa realidade.

É de extrema importância motivar as entidades a participarem num projecto de descentralização, procurando respostas que beneficiem a optimização dos recursos. Este envolvimento foi visível, pelo interesse manifestado na colaboração da implementação deste projecto.

Foram desenvolvidos os seguintes contactos:

- ✓ Roche Portugal, através de contacto telefónico foi requisitada formação em monitorização de INR para os profissionais de enfermagem;
- ✓ APDA, a quem foi solicitada informação acerca dos estudos realizados com utentes hipocoagulados orais; (Apêndice XXIV)
- ✓ Coordenadora do Centro de Saúde de Ponte de Sor,
- ✓ Contacto telefónico com o responsável pelo Jornal Ecos do Sor
- ✓ Contacto telefónico com a responsável pelo Jornal Digital do Centro de Saúde de Ponte de Sor

5.6 – ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Entenda-se por orçamento o plano financeiro estratégico previsto para determinado exercício. Foi fundamental escolher um conjunto de técnicas com o fim de atingir determinado objectivo, estudar as estratégias e estimar os seus custos face aos recursos existentes (TAVARES, 1990).

Considerou-se oportuno optimizar os recursos já existentes, tanto ao nível das infra-estruturas e que uma vez já existentes deverão ser rentabilizadas, de modo a que a população possa usufruir desses espaços, como ao nível dos recursos humanos. Tendo em conta que ao descentralizar, a monitorização dos utentes será realizada quer na sede quer na respectiva extensão, e que os recursos materiais e humanos já se encontravam disponíveis não houve necessidades de incrementar despesas a nível do orçamento da instituição.

5.7 – CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

Cronograma é um instrumento de planeamento e controle, em que são definidas e detalhadas minuciosamente as actividades a serem executadas durante um determinado período de tempo.

Todas as actividades foram desenvolvidas nos timings previstos à excepção da Sessão de Educação para a Saúde que, por motivos de orgânica dos serviços, houve necessidade de ser antecipada.

6 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Segundo IMPERATORI e GIRALDES (1986, p. 127) “*avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir*”. Assim, e de acordo com o autor supra citado avaliar é determinar o valor de uma intervenção e “*os progressos alcançados com as actividades, serão comparados com a situação inicial e com os objectivos e metas marcadas*”.

A avaliação deve ser baseada em informações pertinentes, sensíveis e fáceis de obter, de forma a determinar cuidadosamente as situações para poder chegar a conclusões sensatas e propostas úteis. Deverá ser efectuada através de indicadores estabelecendo a ponte entre o passado e o futuro (IMPERATORI e GIRALDES 1986).

Deste modo, a Avaliação tem como finalidade melhorar os programas, orientar a distribuição dos recursos a partir das informações obtidas, justificar actividades já realizadas, identificar novos problemas e encontrar novas estratégias (IMPERATORI e GIRALDES, 1986).

6.1 – AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS

- *Implementar a consulta de Enfermagem a utentes com terapêutica anticoagulante oral no Centro de Saúde de Ponte de Sor.*

Atingir este grande objectivo dependia de conseguir alcançar, ou não, a realização de todos os outros. Este não foi de todo um objectivo fácil de atingir pois, mesmo quando se desempenham funções num determinado local, existem sempre resistências à mudança.

Em cuidados de saúde é necessário inovar ao nível dos serviços prestados e na forma como estes são disponibiliza aos utentes. Ainda existem situações que têm necessariamente de deixar de existir, dando lugar a novas realidades, que permitam a obtenção de resultados mais eficazes e, acima de tudo, que respondam às necessidades dos utentes. Sendo uma das mais recentes alterações na área de intervenção dos CSP e, tendo a ARSA implementado o projecto para a descentralização da prestação de cuidados de saúde aos utentes sujeitos à Terapêutica Anticoagulante Oral tratou-se de

um objectivo bastante pertinente e inovador pois evita as deslocações regulares dos utentes ao Hospital de referência ou ao laboratório de análises clínicas. Trata-se ainda de uma maximização de recursos que visa a eficácia/eficiência/acessibilidade/qualidade dos cuidados de saúde.

- *Identificar o número de utentes hipocoagulados orais.*

Quadro 40 – Quadro de avaliação do objectivo “Identificar o número de utentes hipocoagulados orais”

Objectivos	Intervenção	Indicadores	Metas	Avaliação
Identificar o número de utentes hipocoagulados orais	Reunião com os médicos de família	Nº de médicos presentes/nº total de médicos x 100	75%	85%
	Identificação dos utentes sinalizados como hipocoagulados orais	Nº de Utesentes sinalizados	100%	100%

Tratou-se de um objectivo fundamental para o desenvolvimento do projecto, tornando-se mesmo no primeiro objectivo que era necessário alcançar para que se tornasse possível dar continuidade ao projecto em causa pois, como refere QUIVY (1998, p.15), qualquer trabalho que exija pesquisa deve seguir um determinado procedimento.

Houve facilidade em atingir o objectivo pois existiu colaboração no acesso aos registos dos ficheiros de Enfermeiros e Médicos de Família.

Foi estabelecido como indicador para esta intervenção o Nº de médicos presentes/nº total de médicos e como meta que estivessem presentes 75% do total de médicos que constitui a equipa. Este indicador foi alcançado pois encontravam-se presentes 9 do total de 10 médicos que constitui a equipa da UCSP, ou seja 85%.

- *Uniformizar os procedimentos dos enfermeiros a desempenhar funções na consulta de atendimento a utentes hipocoagulados.*

Quadro 41 – Quadro de avaliação do objectivo “Uniformizar os procedimentos dos enfermeiros a desempenhar funções na consulta de atendimento a utentes hipocoagulados”

Objectivos	Intervenção	Indicadores	Metas	Avaliação
Uniformizar procedimentos de enfermagem	Reunião com os Enfermeiros Identificação das necessidades de Formação	Nº de enfermeiros presentes/nº total de enfermeiros x 100	75% 1ª reunião 75% 2ª reunião	71% 1ª reunião 75% 2ª reunião
	Criação de protocolos de actuação (1 protocolo)	Nº de protocolos propostos/nº de protocolos criados x 100	100%	100%
	Realização de acção de formação (1 Acção)	Nº de acções proposta/nº de acções realizadas x 100	100%	100%

Uniformizar significa sistematizar e só através desta sistematização se poderá promover a melhoria continua dos cuidados prestados garantindo uma prática de qualidade e segura para o utente e o profissional que desempenha a tarefa.

Com a elaboração deste protocolo pretendeu-se:

- ✓ Estabelecer linhas orientadoras para a prestação de cuidados de enfermagem a utentes anticoagulados orais;
- ✓ Normalizar procedimentos para garantir boas práticas;
- ✓ Orientar os procedimentos de enfermagem de modo a otimizar recursos;
- ✓ Desenvolver a arte do saber fazer tendo em vista o conforto do utente.

Não existiu dificuldade em atingir este objectivo pois houve receptividade e pronta colaboração por parte de todas as colegas envolvidas na avaliação de INR, tendo sido a sua participação activa na elaboração do protocolo. Considera-se que este objectivo foi alcançado pois foi estabelecido como meta a elaboração de um protocolo, assim como a realização de uma acção de formação dirigida aos enfermeiros da UCSP do Centro de Saúde, o que se verificou.

Relativamente às reuniões com os Enfermeiros, estabeleceu-se como indicador o N° de Enfermeiros presentes/n° total de Enfermeiros e como meta que estivessem presentes 75% do total de enfermeiros que constitui a equipa. Este indicador não foi alcançado na primeira reunião pois encontravam-se presentes 8 do total de 11 enfermeiros da UCSP, ou seja 71%. Tal contingência deveu-se ao facto de 2 enfermeiras se encontrarem a frequentar o curso de especialização e 1 se encontrar de licença de maternidade.

- *Melhorar a qualidade de vida do utente hipocoagulado*

A qualidade de vida depende da percepção que cada utente tem de si próprio, dos outros, do ambiente em está inserido, das expectativas e preocupações com a sua saúde. Os determinantes sociais são os principais responsáveis pelas desigualdades na saúde e, só através da implementação de estratégias direccionadas para a utilização dos recursos disponíveis, é possível promover qualidade numa etapa de vida em que o declínio físico é incontornável.

Atingir a concretização deste objecto não é de modo algum fácil ou imediato, esta é uma tarefa que deve ser trabalhada diária e sistematicamente, não podendo ser vista como algo estanque. O primeiro passo para concretizar este objectivo foi, sem dúvida, a

descentralização da consulta da sede para as extensões visando uma prestação de cuidados mais acessível, eficiente e eficaz na área da terapêutica anticoagulante oral.

Importa referir que o PNS 2011 – 2016 (<http://www.acs.min-saude.pt/> 2011, p. 7/11) apresenta como um dos Valores para a saúde o acesso a cuidados de qualidade, a equidade dos cuidados e a prestação de cuidados de saúde centrados no utente.

Embora não seja possível no presente momento avaliar o impacto que a implementação deste projecto teve na qualidade de vida dos utentes hipocoagulados orais do Centro de Saúde de Ponte de Sor, pois, essa reavaliação, através de nova aplicação dos questionários de avaliação de conhecimentos e dos índices de Lawton e de Katz, só será possível realizar em Novembro/Dezembro do corrente ano. Houve contudo várias intervenções que foram desenvolvidas no sentido de atingir este objectivo, as quais poderão ser avaliadas através dos indicadores e metas previamente estabelecidos, como é visível no quadro que se segue:

Quadro 42 – Quadro de avaliação do objectivo “Melhorar a qualidade de vida do utente hipocoagulado”

Objectivos	Intervenção	Indicadores	Metas	Avaliação
Melhorar a qualidade de vida do utente hipocoagulado	Elaboração e aplicação de questionários de avaliação de conhecimentos dos utentes e índices de Katz e Lawton	Nº de questionários e índices aplicados/nº de questionário se índices tratados x 100	100%	100%
	Realização de Sessão de Educação para a Saúde	Nº de Sessões de Educação para a Saúde Programadas/Nº de Sessões de Educação para a Saúde Realizadas x 100	100% (1 sessão de Educação para Saúde)	100%
		Nº de Utentes convocados/Nº de Utentes presentes x 100	50%	73%
	Elaboração de folhetos e de cartazes	Nº de folhetos e cartazes programados/ Nº de folhetos e cartazes elaborados x 100	100% (3 folhetos e 2 cartazes)	100%
	Elaboração de artigos de jornal	Nº de Artigos Elaborados/Nº de Artigos Publicados x 100	100% (2 artigos)	100%

- *Baixar os custos da avaliação de INR*

Os utentes hipocoagulados orais viam-se obrigados a deslocar ao hospital de referência, (ou ao laboratório de análises clínicas), percorrendo por vezes dezenas de quilómetros e tendo de esperar cerca de 5 horas pelo resultado da análise. Tendo em conta que os utentes hipocoagulados orais necessitam monitorizar os seus valores de INR uma ou duas vezes por mês, para controlar a dose terapêutica prescrita, os custos para o utente eram elevados. Realizar a monitorização na área de residência do utente permite desde logo uma redução dos custos de transporte. Não esquecer que o uso eficiente dos recursos disponíveis para a prestação de cuidados é um dos princípios fundamentais para um sistema de cuidados de saúde europeu. Só descentralizando se pode rentabilizar os recursos materiais e humanos maximizando os ganhos em saúde.

Este objectivo foi atingido uma vez que sempre que o utente, não isento de taxa moderadora, se deslocava ao laboratório de análises clínicas, o preço da análise de INR ficava em cerca de 9,26€, como já foi demonstrado na justificação do projecto. Ao deslocar-se de uma freguesia ao Centro de Saúde esse custo reduz para 3,51€. Realizando a análise na extensão de saúde em que está inscrito o custo passa a ser apenas de 1,21€.

- *Promover uma eficaz gestão do regime terapêutico*

Quadro 43 – Quadro de avaliação do objectivo “Promover uma eficaz gestão do regime terapêutico”

Objectivos	Intervenção	Indicadores	Metas		Avaliação
			2010	2011	
Promover uma eficaz gestão do regime terapêutico	Identificação dos utentes com valores de INR dentro do intervalo terapêutico	Nº de utentes hipocoagulados controlados/Nº total de utentes hipocoagulados x 100	60%	85%	0%
	Aplicação de questionário de identificação de necessidades	Nº de questionários aplicados/Nº de questionários tratados x 100	Não se aplica	100%	0%
		Nº de questionários tratados/Nº de questionários aplicados x 100	Não se aplica	100%	0%

A eficaz gestão do regime terapêutico é um objectivo importante pois, perante uma situação de doença, é frequente a necessidade de mudanças dos hábitos de vida, nem

sempre aceites pelos utentes de forma eficaz, resultando daí riscos em termos dos objectivos de saúde e prevenção de complicações.

Apesar de ter sido fornecida informação sobre a necessidade de mudar determinados comportamentos e do porquê de mudar, com vista a obter ganhos em saúde, não foi possível avaliar este objectivo. A avaliação dependia do conhecimento do número de utentes hipocoagulados orais controlados antes da implementação do projecto e no final do estágio. Os profissionais de saúde responsáveis pela consulta de atendimento ao utente hipocoagulado oral não têm acesso directo a estes dados, sendo necessário recorrer ao serviço informático da Roche, laboratório responsável pelo fornecimento do coagulómetro e implementação do programa.

No que respeita à avaliação de conhecimentos dos utentes 6 meses após a realização da sessão de educação para a saúde, por uma questão de reorganização dos serviços, esta não será possível de realizar antes de Novembro de 2011.

6.2 – AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

Implementar significa pôr em funcionamento. Para implementar um programa ou projecto é necessário, antes de tudo planear. A OMS considera o Planeamento em Saúde como um instrumento que engloba não só as políticas, mas também os objectivos de saúde, como se depreende de IMPERATORI e GIRALDES (1993) quando afirmam que estes instrumentos, que denominamos Planeamento em Saúde, oferecem aos países um meio útil e prático não só de exprimirem as suas políticas e objectivos de saúde, mas também de os traduzirem numa acção correcta de desenvolvimento no domínio da saúde.

Ao planear procura-se melhorar o desempenho, e elevar a eficácia e a eficiência dos cuidados de saúde prestados. Como tal, para a implementação do programa foi tido em conta os múltiplos interesses da instituição procurando as soluções adequadas, perspectivado um contexto de mudança facilitador à consecução dos objectivos e inovação.

A escolha do programa prendeu-se com o objectivo de promover a saúde, evitar as desigualdades entre os utentes, assegurar a qualidade dos cuidados de saúde e as mudanças comportamentais erróneas. Foi um processo contínuo e dinâmico no qual, por

vezes, houve necessidade de voltar atrás e reformular o que havia sido planeado. A primeira etapa, Diagnóstico da Situação, deve permitir identificar os principais problemas de saúde assim como os respectivos factores condicionantes dos mesmos. É uma etapa que deve ser suficientemente alargada e aprofundada englobando os sectores sociais e económicos.

O Diagnóstico de Situação foi feito pela aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos dos utentes hipocoagulados orais, tendo-se verificado a necessidade de actuar na Educação para a Saúde, nomeadamente nas áreas da gestão do regime terapêutico e das interacções medicamentosas e alimentares.

Foi na etapa da Definição de Prioridades que se procedeu à hierarquização dos problemas de saúde diagnosticados. Assim, determinou-se que a primeira prioridade seria proceder à identificação dos utentes hipocoagulados sinalizados pelos Médicos e Enfermeiros de Família, seguindo-se a identificação dos utentes por área de residência e aplicação dos questionários de avaliação de conhecimentos dos utentes. Optou-se depois pela realização de sessões de Educação para a Saúde e a criação de informação escrita. Esta hierarquização teve um carácter cronológico devido à escassez de tempo para implementação do projecto e elaboração do respectivo relatório.

A Escolha de Prioridades surge condicionada pela etapa anterior - Diagnóstico da Situação, e determina a fase seguinte - Fixação de Objectivos.

A terceira fase correspondeu à Fixação de Objectivos, sendo que objectivos são propostas desejáveis e tecnicamente exequíveis, que visam reduzir determinado problema de saúde, convergindo para a realização de determinada estratégia permitindo quantificar o que se pretende atingir.

Para que o processo tenha êxito, a Fixação de Objectivos tem que ser cumprida atendendo aos indicadores de saúde, aos problemas que definimos como prioritários e ainda à tradução desses objectivos em operacionais, ou seja em metas a atingir pelo que se pode afirmar que os objectivos correspondem aos resultados pretendidos para a população alvo.

Dada a importância da manutenção do intervalo terapêutico nos utentes hipocoagulados orais, considerou-se pertinente o desenvolvimento de estratégias de acção e actuação tendo como principal intuito corrigir erros de gestão do regime terapêutico e alimentares e, conseqüentemente, prevenir complicações como trombos ou hemorragias.

Após a selecção de estratégias surge a etapa da Preparação Operacional cuja finalidade é preparar a execução do projecto, isto é, o estudo das actividades necessárias à execução total ou parcial de uma determinada estratégia, com o propósito de atingir um ou mais objectivos. Nesta fase foi indispensável apresentar o Cronograma que contém a descrição das actividades e a sua calendarização, objectivos e avaliação. Foi também importante descrever os recursos humanos e materiais necessários.

A Selecção das Estratégias dependeu dos objectivos definidos anteriormente e dos recursos disponíveis.

A Avaliação, ainda que possa ser considerada a última etapa do planeamento em saúde, foi sendo realizada ao longo de todo o processo visto ter como finalidade, segundo IMPERATORI e GIRALDES (1986), melhorar os programas, orientar a distribuição dos recursos a partir das informações obtidas, justificar actividades já realizadas, identificar novos problemas e encontrar novas estratégias.

Nesta etapa pode-se ainda falar que a implementação do programa foi eficiente pois foram atingidos os objectivos/resultados esperados, recorrendo aos recursos disponíveis e sem aumentar os custos.

Na Avaliação segundo IMPERATORI e GIRALDES (1986, p. 132) “*a maior parte dos elementos utilizados*” são Indicadores, e permitem conhecer a realidade existente e medir os progressos alcançados.

No projecto realizado foram traçadas estratégias de avaliação e determinados os seguintes indicadores de resultado indispensáveis à avaliação da implementação do programa:

- ✓ N° de Médicos presentes/N° total de Médicos;
- ✓ N° de Enfermeiros presentes/N° total de Enfermeiros;
- ✓ N° de Protocolos Propostos/N° de Protocolos Realizados
- ✓ N° de Acções de Formação Agendadas/N° de Acções de Formação Realizadas
- ✓ N° de Questionários Aplicados/N° de Questionários Tratados
- ✓ N° de Sessões de Educação para a Saúde Programadas/N° de Sessões de Educação para a Saúde Realizadas
- ✓ N° de Utentes convocados/N° de Utentes presentes;
- ✓ N° de folhetos e cartazes programados/ N° de folhetos e cartazes elaborados

- ✓ N° de Artigos elaborados /N° de Artigos publicados no jornal
- ✓ N° de utentes hipocoagulados controlados/N° total de utentes hipocoagulados x 100

6.3 – DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS

O Decreto-Lei 74/2004, no artigo 10º, diz que a avaliação consiste no processo regulador das aprendizagens e tem por objectivo a aferição de conhecimentos competências e capacidades e a verificação do cumprimento dos objectivos fixados (PORTUGAL, <http://aeiou.guiadoestudante.pt/> 2004, p. 1934).

A implementação do programa requereu uma avaliação constante das estratégias e actividades programas com vista à consecução dos objectivos estipulados.

Tendo inicialmente sido proposta a descentralização da Consulta a utentes hipocoagulados orais do Centro de Saúde para as Extensões com maior número de utentes sinalizados (Longomel, Galveias, Tramaga), após conversação da equipa de Enfermagem, conclui-se que a acessibilidade e equidade de prestação de cuidados não estariam ao alcance dos utentes de Vale de Açor. Assim, ficou estabelecido que a descentralização abrangeria todas as Extensões de Saúde.

Esta descentralização apresenta ainda dois outros eixos de positividade, em que o primeiro se prende com a diminuição do nº de utentes atendidos diariamente, o que permite ao Enfermeiro dedicar mais tempo a cada um dos utentes. Em segundo, esta diminuição da afluência permitiu também a programação e realização de VisitaçãO Domiciliária a utentes hipocoagulados orais com limitações da mobilidade e da locomoção.

Não esquecer que esta é mais uma das formas de garantir a acessibilidade aos cuidados de saúde. A VisitaçãO Domiciliária pela sua complexidade, no que respeita aos cuidados de enfermagem prestados, exige que se tenha sempre presente os motivos pelos quais e a forma como é realizada. É imperioso que seja realizada de forma programada com vista à promoção da Saúde.

7 – ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

A promoção da saúde constitui o foco dos cuidados de enfermagem. Cabe ao enfermeiro identificar as necessidades de cuidados de uma pessoa individual ou de um grupo, implementar intervenções, criar guias orientadores para as boas práticas de enfermagem, essenciais à melhoria constante da qualidade de cuidados prestados (OE 2004). A OE no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista regula que a actuação do enfermeiro especialista inclui competências em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde e envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, orientação e aconselhamento (PORTUGAL, 2011). Para a implementação deste projecto foram mobilizadas/adquiridas as seguintes competências:

➤ *Competência do domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados*

Ao implementar o projecto de Consulta de Enfermagem a Utentes Hipocoagulados Oraís desempenhou um papel dinamizador no desenvolvimento de uma iniciativa estratégica para o CSPA. Concebeu e geriu o programa de descentralização da consulta de hipocoagulados oraís do Centro de Saúde para as extensões promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Para tal foi necessário identificar a oportunidade de melhoria, estabelecer prioridades, seleccionar estratégias facilitadoras da melhoria dos cuidados e elaborou protocolo de actuação com vista à boa prática dos cuidados de enfermagem.

Na procura de manter um ambiente terapêutico seguro, tendo em conta a idade dos utentes hipocoagulados, descentralizou a consulta da sede para as extensões, incentivando ao registo dos dados obtidos no SAPE.

➤ *Competência do domínio da gestão dos cuidados*

Geriu os cuidados articulando e otimizando a resposta da restante equipa de enfermagem para elaborar o protocolo de actuação de enfermagem no atendimento aos utentes hipocoagulados. Adquiriu e desenvolveu a capacidade de liderança ao gerir, de forma eficiente, os recursos materiais e humanos necessários para a descentralização da monitorização do INR, visando sempre a optimização da qualidade dos cuidados

prestados. Como estratégia de motivação da equipa de enfermagem recorreu a uma sinergia envolvendo todas as partes num esforço mútuo. Um dos aspectos considerado positivo por toda a equipa prende-se com o agendamento dos utentes hipocoagulados orais - ao descentralizar para as extensões houve uma visível redução do nº de utentes avaliados por dia, logo há mais tempo de atendimento para cada um deles o que se manifesta em promoção da qualidade dos cuidados prestados.

➤ *Competência do domínio das aprendizagens profissionais*

De acordo com a Psicologia, aprender significa incorporar um novo comportamento (<http://www.psicologia.com.pt> /VILA [et. al.], 2008). Ao motivar a equipa de enfermagem para a implementação deste projecto aprendeu a desenvolver comportamentos assertivos, mostrando uma postura de auto afirmação das suas ideias, mas respeitando sempre as ideias e opiniões da equipa.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária deve centrar a sua prática na comunidade, desenvolvendo actividades de manutenção gestão, avaliação e educação para a saúde. Todas as actividades devem ser pautadas pela procura de ganhos efectivos em saúde. Assim, enquanto Especialista em Enfermagem Comunitária mobilizou/adquiriu as seguintes competências:

➤ *Estabelecer, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*

Só conhecendo as necessidades de saúde da população-alvo foi possível estabelecer prioridades, formular objectivos pertinentes e estratégias exequíveis e coerentes, de modo a estabelecer o projecto de intervenção que permitiu, enquanto profissional, melhorar o desempenho, otimizar a eficácia e eficiência dos cuidados prestados de forma a proteger, promover, recuperar e reabilitar a saúde dessa mesma população com a qual trabalha. O aumento de ganhos em saúde só é possível se forem congregados esforços para a utilização eficiente dos recursos existentes. Obriga a que as instituições adotem conceitos de gestão flexíveis, eficientes e rigorosos em que o empenho e o profissionalismo dos enfermeiros conferem um papel fundamental na prestação de cuidados de qualidade. Perante esta conjuntura enquanto enfermeiro especialista em saúde comunitária enfrentou desafios e exigências para a optimização das suas

competências, nomeadamente no âmbito do Planeamento em Saúde visando sempre a obtenção de ganhos em saúde (PORTUGAL, 2011,p.8667).

➤ *Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades*

Uma vez definidas as prioridades e os recursos a mobilizar, procedeu à elaboração de programas de educação para a saúde, dirigidos à população alvo, usando para isso as estruturas e os modelos conceptuais inerentes aos processos de capacitação das populações. O empowerment parte da ideia de dar aos utentes o poder, a liberdade e a informação que lhes permitem participar activamente na tomada de decisões sobre a sua saúde. As decisões relacionadas com a saúde deixam de ser, quase exclusivamente, centralizadas nos profissionais para se deslocarem para o utente alvo de cuidados. Esta mudança de paradigma, demonstra que a reflexão sobre o valor da autonomia da pessoa levou os profissionais de saúde a repensarem o real papel dos utentes, levando a que os mesmos fossem progressivamente integrados nos processos de decisão e planeamento dos cuidados de saúde (PORTUGAL, 2011, p.8667).

➤ *Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde*

A OMS tem vindo a demonstrar a necessidade de mudar o paradigma do cuidar, implementando novas metodologias de trabalho direccionadas para a família, dando origem a um novo paradigma em o cuidado seja efectivo, global e próximo do utente.

O PNS 2011 – 2016 visa a maximização de ganhos em saúde. Ao descentralizar a consulta de utentes hipocoagulados foi ao encontro do cumprimento desta competência, além disso, aproximou os cuidados do utente. Esta aproximação dos cuidados ao utente hipocoagulado permitiu ainda reduzir as desigualdades em saúde e promover a equidade.

Ao proceder à realização do Diagnóstico de Saúde, identificou as necessidades de esclarecimento da população, programou e efectuou a sessão de Educação para a Saúde, prestando cuidados de saúde centrados no utente, contribuindo para promover a sua capacitação.

De acordo com o estabelecido pelo PNS esta adequação entre as necessidades em saúde e a utilização dos recursos permite ganhos em saúde.

8 – CONCLUSÃO

A saúde é um direito fundamental do ser humano e um factor indispensável para o desenvolvimento económico e social de qualquer região.

O Plano Nacional de Saúde de 2011-2016 defende um sistema de saúde cujo modelo conceptual visa maximizar os ganhos em saúde, através do esforço sustentado de todos os sectores, com foco na equidade e acesso a políticas de saúde de qualidade.

A Promoção da Saúde é um processo essencial de capacitação dos utentes no controle e melhoria da sua saúde. Ao agir sobre os determinantes da saúde, não só se contribui para os ganhos em saúde, mas também para a redução de desigualdades e consequentemente para a promoção dos direitos fundamentais do ser humano. A saúde deve ser entendida como um recurso para a vida, ou seja o utente deve ser pró-activo, capacitando-se, com o auxílio do enfermeiro, para assumir a máxima responsabilidade e autonomia modificando comportamentos.

A implementação do Projecto elaborado no início do estágio permitiu conhecer mais profundamente as dificuldades que os utentes hipocoagulados orais sentem em relação à alimentação e à gestão do regime terapêutico através da aplicação de um instrumento de colheita de dados à população (inquérito).

Os resultados mais relevantes encontrados, no que diz respeito aos problemas e necessidades mais pertinentes foram: a falta de conhecimentos sobre o processo de coagulação, o desconhecimento sobre as interferências alimentares e medicamentosas, e a gestão do regime terapêutico. Aproximadamente metade dos utentes inquiridos desconhece o que é a coagulação e o que são anticoagulantes orais, apesar de medicados com esta terapêutica. A esmagadora maioria, cerca de 63%, diz desconhecer quais são as complicações resultantes da terapêutica anticoagulante oral. Relativamente às interferências medicamentosas cerca de 36% dos utentes não sabem que a terapêutica anti-inflamatória e analgésica interfere com os valores de INR, não podendo ser administrada sem indicação do médico assistente. Do mesmo modo se verifica que a maioria dos utentes inquiridos, 72,3%, não sabe quais os alimentos que interferem com a terapêutica anticoagulante oral. Ainda de referir se os utentes hipocoagulados inquiridos sabem quais os cuidados a ter em caso de uma ferida, necessidade de extrair um dente ou ser submetido a uma cirurgia. Assim, relativamente à atitude a adoptar em

caso de ser submetido a uma intervenção cirúrgica 50,6% responde que suspendem a terapêutica anticoagulante oral e fazem a medicação prescrita pelo médico. Quando questionados com a atitude que tomariam em caso de necessidade de extrair um dente a maioria, com 51,8% responde que não sabe. Perante uma ferida com hemorragia, 66,3% dos utentes, correspondendo a 55 dos inquiridos, respondem recorriam ao serviço de urgência.

Ao Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária cabe responsabilizar-se pela área de enfermagem nas equipas multidisciplinares, no que diz respeito ao Diagnóstico de Saúde da Comunidade, sendo este parte integrante do Planeamento em Saúde.

A realização do Planeamento em Saúde necessário à implementação deste projecto, se por um lado permitiu um crescimento pessoal, permitiu também crescer profissionalmente, ao intervir de uma forma mais activa e dinâmica na, e com a população de utentes hipocoagulados orais, motivando para uma conduta profissional com vista a aperfeiçoar a prática de enfermagem junto das populações.

Ao terminar esta *caminhada* de elaboração do presente trabalho, fica o sentimento e a profunda convicção de que o conjunto de ideias e reflexões efectuadas e registadas neste documento, serão directa ou indirectamente, os alicerces para uma melhoria da qualidade de vida e para um cuidar mais digno e humano dos utentes hipocoagulados orais deste Centro de Saúde. Promover de forma eficaz a gestão do regime terapêutico foi uma das preocupações/objectivo delineado inicialmente mas que, por contingências alheias à sua vontade, não foi possível concretizar. Assim, este aspecto não poderá cair no vazio pelo que importa continuar a desenvolver e a acompanhar as acções, e cuidar para que esta meta estabelecida venha a ser alcançada. Importa pois programar o acompanhamento e supervisão atenta aos utentes hipocoagulados orais para que as coisas aconteçam conforme o previsto, ou desejado, buscando sempre novos e melhores resultados mantendo a continuidade deste trabalho. Não se trata, pois, de um trabalho finalizado, pelo contrário, e tal como nos diz TAVARES (1990, p. 214) “ (...) *da própria avaliação final nasce um novo Diagnóstico de Situação, actualizado e exigindo novas acções, novos planos, com programas e projectos ainda mais inovadores*”. Como tal trata-se de uma ferramenta de trabalho para que os profissionais de saúde com responsabilidades por estes utentes possam desenvolver acções que melhorem a sua Qualidade de Vida.

9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Visão, modelo conceptual e estratégias de elaboração.** Março de 2010

ASSIS, M. – **Promoção da Saúde e Envelhecimento: avaliação de uma experiência no ambulatório no Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ.** Rio de Janeiro: FIOCRZ/Escola Nacional de Saúde Pública. 2004

BENNETT, Paul; MURPHY, Simon. – **Psicologia e promoção da saúde. Manuais Universitários 14.** 1ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 1999. ISBN 972-8449-48-8

BOLANDER, Verolyn Era. – **Necessidades Humanas. In: Enfermagem Fundamental, Abordagem Psicofisiológica.** 1ª Edição em Português. Lisboa. Lusodidacta. 1998 Capítulo 15. p. 307 – 327

COELHO, Manuela; CORREIA, Cristina; DIAS, Ferreira; PAGE, Paula; VITORINO, Paulo – **Os enfermeiros em cuidados de saúde primários.** Revista Portuguesa de Saúde Pública, Volume temático 2, 2001, p. 75 – 82.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva – *Enfermagem de Família: um contexto do Cuidar.* Universidade do Porto Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. 2009. Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem.

FILHO, J; SARMIENTO, S. – **Envelhecer bem é possível.** São Paulo: Edições Loyola, 2004.

FORTIN, M. – **O Processo De Investigação, da Concepção à Realização.** Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-10-X

IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. – **Metodologias do Planeamento de Saúde.** 2ª ed. Lisboa: Obras Avulsas, 1986.

INSTITUTO DO CONSUMIDOR - **Guia - Alimentos na Roda**. Lisboa: Instituto do Consumidor 2003. ISBN 972-8715-15-3

MATOS, M.; CARVALHOSA, S. – **A saúde dos adolescentes: ambiente escolar e bem-estar. Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa: SPPS. Vol.2, nº.2 (2001), p.43-53. ISSN 1645-0086.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Direcção Geral da Saúde. **Guias de Educação e Promoção da Saúde**. 2001. ISBN 972-9425-92-2.

MONTEIRO, Maria João Pinto – **Enfermagem de Família: A construção de competências**. In: **Da investigação à prática de Enfermagem de Família**. Edição: Linha de Investigação de Enfermagem de Família. Maio de 2009. ISBN: 978-989-96103-2-3. p. 13 – 19.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Divulgar. Competências do enfermeiro de cuidados gerais**. Conselho de Enfermagem. Maio de 2004

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Europa. – **Saúde 21 – saúde para todos no século XXI. Uma introdução**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-35-5.

PORTARIA nº839-A/2009 D. R. 1ª série – nº147, Ministério da Saúde. de 31 de Julho de 2009, p 4978- (2) a 4978- (124)

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. **Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares**. Lisboa: DGS, 2006. – 28 p. – ISBN 972-675-151-9.

PORTUGAL. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Doenças Transmissíveis. **Programa Nacional de Vacinação 2006**. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Nova ed. revista. –: DGS, 2005. – 84 p. – (Orientações técnicas; 10). ISBN 972-675-136-5.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Missão para os Cuidados de Saúde Primários – **Agrupamento de Centros de Saúde – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados**. Junho de 2008

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª Série – Nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011, p. 8648 a 8563

PORTUGAL, Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Diário da República, 2ª Série – Nº 35 – 18 de Fevereiro de 2011, p. 8667 a 8669

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. – **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. 2ª Edição. Lisboa: Gradiva, 1998. ISBN 972-662-275-1.

RIBEIRO, Lurdes; et. al. - **Planeamento em Saúde - Nossa Sra. de Machede**. Trabalho realizado no âmbito do Ensino Clínico de Intervenção Comunitária II, do 1º Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária. Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus sob orientação da professora Laurência Gemito. Évora. 2008/2009

SEQUEIRA, Carlos – **Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental**. Lisboa – Porto: Lidel, Edições Técnicas Lda, Outubro de 2010. 360 p. ISBN 978-972-757-717-0

SILVA, M. O. – **Plano Educativo. In; Diabetes mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Editora Atheneu. 2004

SINDICATO DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES – **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros**. Decreto – Lei Nº 161/96 de 4 de Setembro. 1996

TAVARES, A. – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Lisboa: Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. 1990

Referências Electrónicas

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO ALENTEJO. - Hospital do futuro - pensar hoje o futuro que queremos amanhã. Prémio Serviço Público – Acessibilidade e Atendimento - A Terapia Anti-Coagulante Oral no Alentejo. Edição 2006/2007. Sem data. Acedido em 04/10/2010. Disponível em: - http://www.hospitaldofuturo.com/Edicao06_07.htm

ADMINISTRAÇÃO REGIONAL DE SAÚDE DO CENTRO, IP. Plano de Acção 2010 ARS do Centro, Coimbra, Março de 2010. Acedido em 05/10/2010. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/02/Plano-de-Ac%C3%A7%C3%A3o-2010-Administra%C3%A7%C3%A3o-Regional-de-Sa%C3%BAde-do-Centro.pdf>

APDA – Auto-Monitorização. Acedido em 11/10/2010. Sem data. Disponível em: <http://www.apda.com.pt/automonitorizacao.php>

APDA Dietas couves e mais – Vitamina K e anticoagulantes. Sem data. Acedido em 19/01/2011. Disponível em: <http://www.apda.com.pt/dieta.php>.

CALDEIRA, Pedro Zany. Motivação. Psicologia Social. Ano lectivo 2003-04. Acedido em 12/10/2010. Disponível em: <http://www.lusiada.org/files/psic/Motivacao-acetatos.pdf>

CÂMARA MUNICIPAL DE PONTE DE SOR - Pré-Diagnóstico Social do Concelho de Ponte de Sor. 2004. Acedido em 27/10/2010. Disponível em: http://195.245.197.216/CLAS/Todos/DOCS_enviados//PR%C9-DIAGN%D3STICO.pdf

CARVALHO, Gustavo Azevedo; PEIXOTO, Nara Moreira; CAPELLA, Patrícia Dalton. Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. 2007. Acedido em 03/03/2011. Disponível em: <http://www.efdeportes.com/efd114/avaliacao-funcional-do-paciente-geriatrico-institucionalizado.htm>.

DIAS, M. R.; DUQUE, A. F.; SILVA, M. G.; DURÁ, E. – Promoção da Saúde: O renascimento de uma ideologia? – In: Análise Psicológica 3 (XXII): p. 463 – 473, 2004. Acedido em 18/02/2011. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v22n3/v22n3a04.pdf>.

DIMANMIC SITE - Saúde Geriátrica . Índice de Katz. 2009. Acedido em 03/03/2011. Disponível em: <http://www.saudegeriatria.com.br/medicina/saude/geriatria/gerontologia/idoso/glossage04.html>.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE. Centro de Saúde. Instituto Nacional de Estatística. Met@informação. Sem data. Acedido em 05/10/2010. Disponível em: http://metaweb.ine.pt/sim/CONCEITOS/Detalhe.aspx?cnc_cod=502&cnc_ini=26-11-2002

ESEPD. Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária - O Planeamento em Saúde no âmbito do desenvolvimento Comunitário In: Os Enfermeiros e...O Planeamento em Saúde. Ordem dos Enfermeiros - Secção Regional da Região Autónoma dos Açores 01-02-2011. Acedido em 07/03/2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoes/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeiroseOplaneamentoemsaude.aspx>

FERNANDES, Arménio Martins,. - Projecto SER MAIS – Educação para a Sexualidade Online. Sem data. Acedido em 6/02/2011. Disponível em: http://nautilus.fis.uc.pt/cec/teses/armenio/TESE_Armenio/TESE_Armenio/vti_cnf/TESE_Armenio_web/cap3.pdf

FURTADO, Cláudia; PEREIRA, João - Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Julho de 2010, Lisboa
Acedido a 10/02/2011. Disponível em:
<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf/>

GARCIA-ALAMINO, J M; ALONSO-COELLO, P; PERERA, R; BANKHEAD, C; FITZMAURICE, D; HENEGHAN, CJ. – THE COCHANE COLLABORATION – Self-monitoring and self-manegement of oral anticoagution (Review). – The Cochane. Library 2010, Issue 4. Acedido em 13/12/2010. Disponível em:
<http://www.thecochranelibrary.com>

GOOGLE, Imagens – Sem data. Acedido em disponível em:
http://www.google.pt/search?q=mapa+de+ponte+de+sor&hl=pt-PT&sa=G&gbv=2&tbm=isch&tbs=simg:CAESEgmmOgB0J_1b7byHelyL-s1ltQQ&iact=hc&vpx=619&vpy=154&dur=6374&hovh=222&hovw=227&tx=55&ty=310&ei=X3I8TuafNdOChQeB5KjpDw&page=3&tbnh=164&tbnw=168&ved=1t:722,r:7,s:29&biw=1229&bih=518

MACEDO, Ana; CARRASCO, João; ANDRADE, Sofia; MOITAL, Inês – ESTUDO DE AVALIAÇÃO DO CUSTO INCREMENTAL da Auto-Monitorização de INR versus Controlo Laboratorial ou Monitorização no Centro de Saúde, em Portugal. Número 2 Volume 23 II Série Março/Abril Lisboa Publicação Bimestral Data de publicação: 14 de Abril de 2010. Editora Celom. e-ISSN:1646-0758. Acedido em 13/12/2010. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2010-23/2/203-212.pdf>

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Missão Para os Cuidados de Saúde Primários - Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários - Carteira De Serviços Lisboa, 21 de Maio de 2007. Acedido em 13/03/2011. Disponível em:
http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_46/Cuidados%20Continuados%20nos%20CSP.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016. III.2) Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde. 1º Volume – Estratégias para a Saúde. (Versão Discussão). 2011. Acedido em 25/02/2011. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/ea3.pdf>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE – Plano Nacional de Saúde 2011 – 2016. I) Enquadramento. 1º Volume – Estratégias para a Saúde. (Versão Discussão). 2011. Acedido em 25/02/2011. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/ea3.pdf>.

NICOLAU, Isabel. - O Conceito de Estratégia. ISCTE, Setembro de 2001. Refª: 01 – 01. Acedido em 25/02/2011. Disponível em: [http://pcc5301.pcc.usp.br/PCC%205301%202005/Bibliografia%202005/Conceito%20Estrat%C3%A9gia%20\(Nicolau\).pdf](http://pcc5301.pcc.usp.br/PCC%205301%202005/Bibliografia%202005/Conceito%20Estrat%C3%A9gia%20(Nicolau).pdf)

NUNES, Madalena Cunha; Alunos do 6º e 7º Cursos de Licenciatura em Enfermagem - Expectativas de Formação dos Enfermeiros do Distrito de Viseu. Sem data. Acedido em 23/02/2011. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/7.pdf>

OLIVEIRA, Ester; ANDRADE, Ilidiana Miranda; RIBEIRO, Rodrigo Soares. – Educação em Saúde: Uma Estratégia da Enfermagem para Mudanças de Comportamento. Conceitos e Reflexões. TCC, em forma de Artigo, apresentada à Coordenação do Curso de Saúde Pública da UCG/CEEN, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista – Goiânia, 2009. Acedido em 23/02/2011. Disponível em: <http://www.cpgls.ucg.br/Arquivos/Upload/1/File/CPGLS/IV%20MOSTRA/SADE/SAUDE/Uma%20Estrategia%20da%20Enfermagem%20para%20Mudancas%20de%20Comportamento.%20Conceitos%20e%20Reflexes..pdf>.

ORDEM DOS FARMACEUTICOS. Centro de informação do medicamento - Interacções do álcool com medicamentos, ficha técnica nº 72. Sem data. Acedido em

01/03/2011. Disponível em:
http://www.ordemfarmaceuticos.pt/xFiles/scContentDeployer_pt/docs/doc2234.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - Divisão De Saúde Mental: Grupo WHOQOL Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL) 1998. Acedido em 03/03/2011. Disponível em:
<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html#1>

PICON, Paulo Dornelles; BELTRAME , Alberto. - Protocolos clínicos e directrizes terapêuticas Sem data. Acedido em 01/03/2011- Disponível em;
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_clinicos_diretrizes.pdf,

PISCO, Luís – A Reforma dos Cuidados de Saúde Primários – Cadernos de Economia. Julho/Setembro de 2007. Acedido em 05/11/2010. Disponível em
http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/9A05F533-B7AE-4256-9F80-7FDD3E7C4FC7/0/CE80Luis_Pisco.pdf.

PORTAL DA SAÚDE, Problemas ligados ao álcool, Publicado em 4 de Julho de 2011. Acedido a 19/01/2011. Disponível em:
<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/estilos+de+vida/a+coolismo.htm>.

PORTAL DA SAÚDE, Doenças cardiovasculares, Publicado em 1 de Outubro de 2009, Acedido a 05/10/2010. Disponível em:
<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+do+aparelho+circulatorio/doencascardiovasculares.htm>

PORTUGAL. Ministério da Educação. Diário da República, 1ª Série-A nº73 de 26 de Março de 2004. Decreto – lei nº74/2004. Pag. 1931 a 1942. Acedido em 16/01/2011. Disponível em: <http://aeiou.guiadoestudante.pt/leis/DL74-2004.pdf>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. - Caracterização geral e criação dos agrupamentos de centros de saúde. Diário da República, 1ª série – N.º38, Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro de 2008. Pag.1181 a 1182. Acedido em 14/10/2010. Disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1sdip/2008/02/03800/0118101182.PDF>

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 247/2009. Diário da República, 1.ª série — N.º 184 — 22 de Setembro de 2009. Pag 6758 a 6761. Acedido em 14/10/2010. Disponível em http://www.dgap.gov.pt/upload/Legis/2009_dl_247_22_09.pdf

QUINAS, Alexandre. - "Motivating for Performance". Departamento de Engenharia Informática da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra 14/07/1999. Página desenvolvida para Internet Explorer. Acedido em 12/10/2010. Disponível em; http://student.dei.uc.pt/~alex/ge/#_Hlt453258415

ROCHE PORTUGAL. Doenças Cardiovasculares. Sem data. Acedido em 05/10/2010. Disponível em:
<http://www.roche.pt/portugal/index.cfm/produtos/equipamentos-de-diagnostico/informacao-diagnostico/siscardiovascular/>

ROCHE. Cuidados de Saúde Primários. Sem data. Acedido em 17/10/2010. Disponível em:
www.roche.pt/portugal/index.cfm/produtos/equipamentos-de-diagnostico/solucoes/cuidados-de-saude-primarios/

SANCHES, Isabel. - Compreender, Agir, Mudar, Incluir. Da investigação-acção à educação inclusiva. Revista Lusófona de Educação, 2005, 5, 127-142. Acedido em 10/01/2011. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/rle/n5/n5a07.pdf>

SANTANA, Ana Dulce A.; SILVA, Mary Gomes. Manual de Enfermagem: Instrumentalizando uma Prática Educativa. Brasil. Revista Recre@rte N.º3 Junho 2005 ISSN: 1699-1834. Acedido em 12/11/2010. Disponível em: <http://www.iacat.com/revista/recrearte/recrearte03/enfermeria.htm>.

SAÚDE 24.NET – Hipocoagulantes. Sem data. Acedido em 16/01/2011. Disponível em <http://www.saude24.net/index.php/abc-da-saude/90-h/110-hipocoagulantes>

SEGATO, Alessandra Haddad; MOTTA, Ana Carolina B. S. da; MARCONDES, Ricardo. – Guidelines. Departamento de Informática em Saúde Universidade Federal de São Paul Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 10 de Agosto de 1999. Disponível em: <http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-med/temas/med5/med5t31999/guidelines/guidelines.htm>

SERRÃO, Daniel - Reforma dos Cuidados de Saúde - Carta de Ljubljana. Sem data. Acedido em 05/11/2010. Disponível em <http://www.danielserrao.com/gca/index.php?id=85>

SIMÕES, Paiva, J. – Uma Introdução à Investigação - Acção. Sem data. Acedido em 4/01/2011. Disponível em : http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:ZA6Huf42AJ:www.jcpaiva.net/getfile.php%3Fcwd%3Densino/cadeiras/metodo1/20042005/894dc/624bc%26f%3D27580+investiga%C3%A7%C3%A3o+ac%C3%A7%C3%A3o&hl=pt-PT&gl=pt&pid=bl&srcid=ADGEESjp3NfwWHVzSILfRAupcCDkCZoNkAFd5_mZfa7Ir0zDyTtuT4UHn3VfzuAiNEH16qOZ8by7RKe6PXQ5hNYoI90rOAH3WXiZ1irq7PUmJNuFx5vDU_MMnyWi0z4NxbZQLIhkjy1&sig=AHIEtbTdJmi_-wM-MBjTRTm0FEbemlA8hQ

SOUSA; Fábio. - Responsabilidade e Saúde: entre o direito e o dever. In: Os Enfermeiros e o Empowerment em Saúde... Ordem dos Enfermeiros – Secção Regional da Região Autónoma dos Açores, 26-04-2009. Acedido em 06/03/2011. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/acoresh/artigospublicadoimpressalocal/Paginas/OsEnfermeirosEOEmpowermentemSaude.aspx>.

TEIXEIRA, Gilberto – Instrumentos de Coleta de Dados em Pesquisas Educacionais. In. Ser Professor Universitário. Publicado em 28/03/2005, Acedido em 03/03/2011. Disponível em: <http://www.serprofessoruniversitario.pro.br/ler.php?modulo=21&texto=1284>.

UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR; MONTE DA CAPARICA – Carteira de Serviços
Sem data. Acedido em 20/10/2010. Disponível em <http://usf-montecaparica.min-saude.pt/carteiradeservicos/Documents/Carterira%20Adicional%20Consulta%20Hipocogulao.pdf>

VILA, Carlos; DIOGO, Sandra; VIEIRA, Anabela. – Aprendizagem. Trabalho realizado na disciplina de “Psicologia Geral” da Licenciatura de Psicologia. Instituto Superior Manuel Teixeira Gomes. 2008. Publicado em 25/01/2009. Acedido em 05/03/2011. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0125.pdf>.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Acta da Reunião de Serviço

ACTA DE REUNIÃO DE EQUIPA MULTIDISCIPLINAR

Aos 29 dias do mês de Outubro do ano de dois mil e dez, pelas onze horas, foi realizada a reunião mensal da equipa multidisciplinar na qual se encontraram presentes 90 profissionais que desempenham funções no Centro de Saúde de Ponte de Sor.

Ordem de trabalhos:

- Contratualizações – objectivos atingidos e aspectos a melhorar
- Formação da Unidade de Cuidados Continuados e formação da Unidade de Cuidados Personalizados
- Informação de que as Enfermeiras Lurdes Ribeiro e Paula Belo e a Enf.^a se encontram a frequentar o Mestrado;
- A Enf.^a Lurdes explicou o seu projecto e pediu a colaboração dos médicos e enfermeiros na descentralização da Consulta a Utentes Hipocoagulados Orais para as Extensões do Centro de Saúde:

- Foram decididos os horários de funcionamento da consulta em cada uma das extensões;
- Foi decidido que os enfermeiros envolvidos neste projecto reuniram-se oportunamente para a elaboração de um Protocolo de Actuação;
- Foram averiguadas as necessidades de formação por parte dos enfermeiros envolvidos no projecto;
- Foi decidido requer à Roche Portugal, na pessoa da sua Delegada de Informação Médica, que proceda-se à realização de uma Acção de Formação logo houvesse oportunidade.

Sem outro assunto a abordar foi dada por terminada a reunião da qual foi lavrada a presente acta.

A Enfermeira

Constança


Constança Ma

APÊNDICE II

Questionário

QUESTIONÁRIO

Nº.....

Avaliação da percepção e de conhecimentos dos utentes/cuidadores hipocoagulados orais

Responda colocando um **X** no quadrado que considera o mais correcto.

1 – Quem responde:

Utente.....

Cuidador.....

2- Idade;

3 – Sexo:

Masculino.....

Feminino.....

4 - Estado Civil:

Solteiro.....

Casado.....

Divorciado

Viúvo.....

Outra

5 – Profissão:

6 - Sabe o que é a coagulação?

Sim

Não

6.1 – Coagulação é um processo natural que permite ao organismo reduzir as perdas de sangue em caso de hemorragia.....

Sim Não N. sabe

6.2 – Coagulação é um produto colocado numa ferida para parar a perda de sangue.....

Sim Não N. sabe

7 - Sabe o que são os anticoagulantes orais?

Sim.....

Não.....

7.1 – Anticoagulantes orais são medicamentos usados para parar uma hemorragia.....

Sim Não N. sabe

7.2 - Anticoagulantes orais são medicamentos que fazem com o sangue demore mais tempo a coagular.....

Sim Não N. sabe

8 - Sabe quais as complicações da terapêutica anticoagulante oral?

Sim.....

Não.....

8.1 - Se sim, diga quais as que conhece:.....

.....

9 - O seu médico informou-o da forma correcta de tomar o anticoagulante oral?

Sim.....

Não.....

10 - Sabe o que fazer em caso de esquecimento de uma toma do anticoagulante oral?

Sim.....

Não.....

10.1 – Quando esquece de tomar uma dose toma logo que se lembre.... Sim Não N. sabe

10.2 – Quando esquece não toma e avisa quando for fazer a avaliação do INR ao C.

Saúde..... Sim Não N. sabe

11 - Considera importante cumprir as datas de avaliação de INR?

Sim.....

Não

2 - Considera que o utente anticoagulado pode/deve fazer uma vida normal?

Sim.....

Não.....

12.1 - Se respondeu não explique porquê.
.....

13 - Sabe que medicamentos pode tomar ao fazer terapêutica anticoagulante oral?

Sim.....

Não.....

13.1 – Pode tomar todos os medicamentos prescritos por um médico....

Sim	Não	N. sabe
-----	-----	---------

13.2 - Não deve tomar anti inflamatórios e medicamentos para as dores.

Sim	Não	N. sabe
-----	-----	---------

13.3 – Só toma prescritos pelo médico e depois de informar que faz terapêutica anticoagulante.....

Sim	Não	N. sabe
-----	-----	---------

14 - Sabe quais os alimentos que interferem na terapêutica anticoagulante oral acontece?

Sim.....

Não.....

14.1 – Açúcar, chá de tília, carne de vaca.....

Sim	Não	N. sabe
-----	-----	---------

14.2 - Brócolos, espinafres, chá de hipericão.....

Sim	Não	N. sabe
-----	-----	---------

15 - Sabe quais os cuidados a ter se tiver uma ferida ou necessitar de extrair um dente ou ser submetido a uma cirurgia?

Sim.....

Não.....

15.1 – Se for submetido a uma cirurgia duplica a medicação anticoagulante.....

Sim	Não	N. sabe
-----	-----	---------

15.2 – Se for submetido a uma cirurgia suspende a medicação anticoagulante e faz a medicação indicada pelo médico.....	Sim	Não	N. sabe
15.3 – Se extrair um dente duplica a medicação anticoagulante.....	Sim	Não	N. sabe
15.4 - Se extrair um dente suspende a medicação anticoagulante e faz a medicação indicada pelo médico.....	Sim	Não	N. sabe
15.5 - Se tiver uma ferida com hemorragia duplica a medicação anticoagulante.....	Sim	Não	N. sabe
15.6 - Se tiver uma ferida com hemorragia recorre ao serviço de urgência	Sim	Não	N. sabe

Obrigado pela colaboração

APÊNDICE III

Índice de Lawton

ÍNDICE DE LAWTON: ACTIVIDADES DA VIDA DIÁRIA (AIVD)

Actividades instrumentais da Vida diária	Itens	Cotação
Cuidar da casa	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo, excepto o trabalho pesado	2
	Só executa tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
Lavar a roupa	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a sua roupa	3
Preparar as refeições	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara os ingredientes, se lhos derem	2
	Prepara pratos pré-cozinhados	3
	Incapaz de preparar as refeições	4
Fazer compras	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
Usar telefone	Usa-o sem dificuldade	1
	Só telefona para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o utilizar	3
	Incapaz de utilizar o telefone	4
Usar transporte	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar transportes	4
Usar dinheiro	Pagas as contas, vai ao banco, etc.	1
	Só em pequenas quantidades de dinheiro	2
	Incapaz de utilizar o dinheiro	3
Responsabilizar-se pelos medicamentos	Responsável pela sua medicação	1
	Necessita que lhe preparem a medicação	2
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	3

APÊNDICE IV

Quadro de resultados do Índice de Lawton

74	Feminino	1	1	1	1	1	1	1	8
43	Feminino	1	1	1	1	1	1	1	8
57	Feminino	1	1	1	1	1	1	1	8
74	Masculino	3	3	3	1	1	1	1	14
74	Masculino	3	3	4	2	2	1	1	18
48	Feminino	1	1	1	1	1	1	1	8
73	Masculino	3	3	3	1	1	1	1	14
70	Masculino	1	1	1	1	1	1	1	8
76	Feminino	3	2	2	3	1	3	1	16
58	Feminino	1	1	1	1	1	1	1	8
83	Masculino	3	3	2	2	1	1	1	14
75	Masculino	3	3	3	1	1	1	1	14
67	Feminino	1	1	1	1	1	1	1	8
79	Masculino	3	3	4	3	3	3	2	22
79	Masculino	3	3	3	1	1	1	1	14
72	Feminino	1	1	1	1	1	1	1	8
81	Masculino	5	3	4	4	1	3	1	23
55	Feminino	1	1	1	1	1	1	1	8
71	Masculino	5	3	4	4	4	4	3	30
59	Masculino	1	1	1	1	1	1	1	8
73	Feminino	2	1	1	1	1	1	1	9
62	Feminino	1	1	1	1	1	1	1	8
62	Feminino	5	3	4	4	4	4	3	30
82	Masculino	3	3	3	1	1	1	1	14
51	Feminino	1	1	1	1	1	1	1	8
77	Masculino	3	3	3	1	1	1	1	14
72	Feminino	1	1	1	1	1	1	1	8
80	Masculino	3	3	3	1	2	1	1	15
78	Masculino	3	3	3	2	2	1	1	16
5	Masculino	5	3	4	4	4	4	3	30
68	Masculino	3	2	3	1	1	1	1	13
75	Masculino	5	3	4	4	4	4	3	30
68	Feminino	2	1	1	1	1	1	1	9
66	Masculino	3	2	2	1	1	1	1	12

APÊNDICE V

Índice de Katz


 SUB-REGIÃO DE SAÚDE DE PORTALEGRE
 UAI ADI
 Concelho de _____

SERVIÇO SUB-REGIONAL DE SEGURANÇA SOCIAL DE PORTALEGRE

INDICE DE KATZ

N.º PROC. FAM.
 N.º PROC. IND.

Nome _____ Data de Nascimento ____ / ____ / 19____

DATA							
KATZ							

Para cada uma das áreas de função escolha a descrição que melhor se aplica:

BANHIO - quer esponja banheira ou duche. <input type="checkbox"/> Não recebe ajuda <input type="checkbox"/> Recibe ajuda só para banhar uma perna ou as costas <input type="checkbox"/> Recibe ajuda para lavar + do que uma parte do corpo		
VESTIR - inclui tirar a roupa dos armários e gavetas (também roupa interior), outros adereços e abotoar-se. <input type="checkbox"/> Recolhe a roupa e veste-se sem ajuda <input type="checkbox"/> Só necessita de ajuda para apertar os sapatos <input type="checkbox"/> Recibe ajuda ou para recolher roupa ou vestir-se ou fica total ou parcialmente despido		
RETRETE - ir à retrete para urinar ou defecar; limpar-se e arranjar as roupas. <input type="checkbox"/> Vai à retrete, limpa-se e arranja as roupas sem ajuda <input type="checkbox"/> Recibe ajuda para ir à retrete ou para limpar-se ou para arranjar as roupas ou para usar o urinol ou o bacio <input type="checkbox"/> Não vai à retrete		
DEITAR / SENTAR <input type="checkbox"/> Deita-se, senta-se e levanta-se sem ajuda <input type="checkbox"/> Deita-se, senta-se e levanta-se sem ajuda <input type="checkbox"/> Não sai da cama		
CONTROLE DE ESFINCTERES <input type="checkbox"/> Controla os esfíncteres sozinho <input type="checkbox"/> Tem acidentes ocasionais <input type="checkbox"/> Necessita de supervisão para manter os esfíncteres sob controle; usa algália ou é incontinente		
ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> Come sem ajuda <input type="checkbox"/> Come sem ajuda excepto para barrar o pão ou para cortar a carne <input type="checkbox"/> Come com ajuda ou é alimentado total ou parcialmente por tubos ou parenteralmente		

CLASSIFICAR:

- A - Independente para alimentar-se, controlar esfíncteres, levantar/sentar, urinar e defecar, vestir e tomar banho.
- B - Independente em todas menos uma destas funções.
- C - Independente em todas excepto tomar banho e outra função.
- D - Independente em todas excepto tomar banho, vestir e outra função.
- E - Independente em todas excepto tomar banho, vestir, ir à casa de banho e outra função.
- F - Independente em todas excepto tomar banho, vestir, ir à casa de banho, sentar / levantar e outra função.
- G - Dependente nas seis funções
- H - Dependente em pelo menos duas funções mas não classificável em C, D ou E.

APÊNDICE VI

Quadro de resultados do Índice de Katz

Índice de Katz - Actividades de Vida Diárias

Grau de dependência	Frequência		Frequência	
	Sexo		Sexo	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
A - Independente em todas as funções	25	25	30,1	30,1
B - Dependente apenas numa das funções	3	5	3,6	6,1
C - Dependente nas funções tomar banho e outra	5	3	6,1	3,6
D - Dependente nas funções tomar banho, vestir e outra	2	0	2,5	0
E - Dependente nas funções tomar banho, vestir, ir à casa de banho e outra	2	1	2,5	1,2
F - Dependente nas funções tomar banho, vestir, ir à casa de banho, sentar/levantar e outra	1	1	1	1
G - Dependente nas seis funções	5	5	6,1	6,1
H - Dependente em pelo menos duas funções mas não classificável em C, D ou F	0	0	0	0
Total	43	40	51,9	48,1

APÊNDICE VII

Protocolo de Actuação de Enfermagem na Consulta de Hipocoagulados

PROTOCOLO DE ACTUAÇÃO NA CONSULTA A UTENTES
HIPOCOAGULADOS ORAIS

1 - INTRODUÇÃO

Doença cardiovascular é um termo genérico que designa todas as alterações patológicas que afectam o coração e/ou os vasos sanguíneos.

Uma das principais causas de morte nos países ocidentais são as doenças do aparelho circulatório. Portugal não é excepção à regra e só em 2006, segundo estudo da Roche, as doenças cardiovasculares constituíram a primeira causa de morte em Portugal, tendo sido responsáveis por 34% do total de mortes.

A capacidade de coagulação do sangue deve ser controlada periodicamente através de análises pois os coágulos formam-se quando as plaquetas entram em acção para parar perdas de sangue sempre que ocorre um traumatismo ou um corte de tecidos. Em algumas pessoas os coágulos aparecem de forma descontrolada circulando pelo organismo até ficarem presos em pequenos vasos sanguíneos. Quando isso acontece originam problemas como Acidentes Vasculares Cerebrais, enfartes, trombozes, etc. Perante pessoas com risco elevado de desenvolver coágulos é prescrito um hipocoagulante (Varfine® ou Sintron®). O objectivo dos hipocoagulantes é reduzir a tendência do sangue formar coágulos, sem o impedir de coagular.

O impacto desta terapêutica, está directamente relacionado com a capacidade de manter os valores de INR no intervalo recomendado e para tal é necessário realizar determinações regulares deste valor o que se torna difícil pois não existe uma dose standard de anticoagulante sendo necessário proceder a ajustes regulares nas doses individualizadas.

Com o objectivo de facilitar a monitorização da terapêutica desenvolveram-se técnicas e dispositivos passíveis de serem utilizados por outros profissionais para além dos técnicos de análises clínicas. Estes dispositivos, utilizando uma metodologia diferente da convencional, permitem uma racionalização dos recursos utilizados, quer materiais quer humanos, facilitando a descentralização da monitorização laboratorial, indispensável para uma boa gestão de recursos quando aplicada a terapêuticas de longa duração.

Esta consulta tem como vantagens para o utente a maior frequência de testes com menor risco de hemorragias e suas consequências, maior independência e com resultados tão

fiáveis como com o método laboratorial, e alterações da dosagem logo após a determinação do INR

Assim, procedeu-se à elaboração de um Protocolo de Actuação de Enfermagem para uma correcta prestação de cuidados à população em causa.

2 - OBJECTIVOS

A elaboração deste protocolo tem por objectivos:

- ✓ Estabelecer linhas orientadoras para a prestação de cuidados de enfermagem a utentes anticoagulados orais;
- ✓ Normalizar procedimentos para garantir boas práticas;
- ✓ Orientar os procedimentos de enfermagem de modo a otimizar recursos;
- ✓ Desenvolver a arte do saber fazer tendo em vista o conforto do utente.

3 - ÂMBITO

O presente Protocolo evidencia a estrutura organizacional em que se insere a Consulta a Utentes Hipocoagulados Orais, considerando a sua localização, a área disponível, os recursos humanos e materiais, os horários de funcionamento e os procedimentos de Enfermagem a efectuar.

4 - RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS DISPONÍVEIS

Todas as Enfermeiras de Família da UCSP do Centro de Saúde de Ponte de Sor receberam formação para a realização da monitorização de INR, contudo fica estabelecido que a avaliação nas Extensões de Saúde é realizada pela Enfermeira responsável pela lista dessa mesma extensão. No que respeita à sede, a monitorização ficou distribuída, em alternância quinzenal, por quatro Enfermeiras.

Desta forma não se verificou a necessidade de aumentar os recursos humanos.

Quanto aos recursos materiais é necessário:

- 1 Computador
- 1 Impressora;
- Resma de papel A₄;

- 1 Coagulómetro
- Lancetas
- 1 Aplicador de lancetas
- Tiras reactivas
- 1 Viatura

5 – LOCALIZAÇÃO

A avaliação de INR passa a ser realizada na Sede do Centro de Saúde de Ponte de Sor, assim como nas respectivas Extensões e domicílios. Fica acordado o seguinte horário:

Horário \ Local	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
Ponte de Sor	14 – 16 Horas		14 – 16 Horas		
Galveias			11- 13 Horas		
Longomel				9 – 10 Horas ®	
Tramaga					10 - 11 Horas ®
Vale de Açor		14 - 15 Horas ®			

® - Horário sujeito a alterações devido ao horário de consulta.

6 – CRITÉRIOS

Fica acordado pela equipa de enfermagem que:

- - A avaliação de INR será feita nas Extensões de Saúde pelo respectivo Enfermeiro que presta cuidados em cada uma das extensões;
- - Na sede os Enfermeiros alternam da seguinte forma:
 - 2ª Feira quinzenalmente, alternam a Enf.ª Lurdes e a Enf.ª Otilia

- 4ª Feira quinzenalmente, alternam a Enf.^a Clara e a Enf.^a Sandra;

- - A Enf.^a que realiza a Consulta na Sede à 2ª Feira deve imprimir as listas de utentes agendados em cada Extensão para a semana em causa;

- - Caso não haja Médico disponível para prescrição das dosagens e validar as respectivas folhas terapêuticas, os utentes transitam para o próximo dia de agendamento;

- - Realização de Sessões de Educação para a Saúde na sede e extensões do Centro de Saúde acerca dos cuidados a ter com a terapêutica anticoagulante oral.

- – Elaboração e distribuição de folhetos elucidativos, à população;

- – Realização de Formação em Serviço sobre o tema sempre que a Equipa de Enfermagem sinta necessidade.

APÊNDICE VIII

Declaração da Roche Portugal

DECLARAÇÃO

Declara-se para os devidos efeitos que a Roche Portugal realizou no Centro de Saúde de Ponte de Sor uma Acção de Formação.

Objectivo:

Aumentar os conhecimentos dos profissionais de saúde na área da Hipocoagulação Oral.

Destinatários:

Enfermeiros da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados do Centro de Saúde de Ponte de Sor.

Prelector:

Edite Lopes

Data de Realização:

Dia 13 de Janeiro de 2011.

Temas:

Funcionamento do coagulómetro

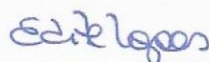
Avaliação de INR

Terapêutica anticoagulante oral.

Compromissos assumidos:

Descentralização da consulta de utentes Hipocoagulados

O responsável pela formação



APÊNDICE IX

Plano de Distribuição de INR

**PLANO DE DISTRIBUIÇÃO DE AVALIAÇÃO DE INR NA SEDE E
EXTENSÕES
DO CENTRO DE SAÚDE DE PONTE DE SOR**

Horário Local	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
Ponte de Sor	14 – 16 Horas		14 – 16 Horas		
Galveias			11- 13 Horas		
Longomel				9 - 10 Horas ®	
Tramaga					10 - 11 Horas ®
Vale de Açor		14 - 15 Horas ®			

® - Horário sujeito a alterações devido ao horário de consulta.

APÊNDICE X

Convocatória para a Sessão de Educação para a Saúde

CENTRO DE SAÚDE DE PONTE DE SOR

24/01/2011

Exm^o(a) Sr. (a)

Eu, Lurdes da Conceição Afonso Nobre Ribeiro, aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora, e Enfermeira no Centro de Saúde de Ponte de Sor, estou a realizar um Projecto de Descentralização da Consulta de Utentes Hipocoagulados.

Venho por este meio informar e convidar Vossa Excelência a estar presente na Sessão de Educação para a Saúde sobre INR e terapêutica anticoagulante (Varfine e Sintrom), que se realizará no próximo dia 28 de Janeiro, sexta-feira, pelas 14,30 horas na Sala de Ensinos do Centro de Saúde de Ponte de Sor.

Agradeço desde já a sua presença

APÊNDICE XI

Pedido de autorização para realização da Sessão de Educação para a Saúde

Exma Sr.^a Directora

do Centro de Saúde de Ponte de Sôr

Lurdes da Conceição Afonso Nobre Ribeiro, aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora está a realizar um Projecto de Descentralização da Consulta de Utentes Hipocoagulados e vem por este meio solicitar autorização para utilizar a sala de ensinos assim como o projectador com o objectivo de realizar uma Sessão de Educação para a Saúde no próximo dia 28/01/2011, pelas 14,30 horas, acerca da terapêutica anticoagulante.

Ponte de Sôr, 24 de Janeiro de 2011

Pede deferimento

APÊNDICE XII

Plano da Sessão de Educação para a Saúde

PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Tema: Terapêutica anticoagulante

Quem: Enfermeira Estagiária do Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária

Local: Centro de Saúde de Ponte de Sor

Data: 28/01/11

Hora: 14,30 h

Duração: 60`

População Alvo: Utentes hipocoagulados orais do Centro de Saúde de Ponte de Sor

Objectivos: Compreender a terapêutica anticoagulante oral

	Tempo	Conteúdos	Métodos /Estratégias
Introdução	10`	<ul style="list-style-type: none">- Apresentação da prelectora- Apresentação do tema- Apresentação dos objectivos	Expositivo
Desenvolvimento	30`	<ul style="list-style-type: none">- O que é a coagulação-O que são anticoagulantes- Como tomar os Anticoagulantes- Como saber a dose a tomar- O que é o INR- Quando se deve fazer o controlo do INR- Vantagens do controlo do INR- O que fazer em caso de esquecimento de uma toma- Que pode fazer o doente anticoagulado	Expositivo/Directivo Interacção com os formandos ao longo de toda a sessão

		<ul style="list-style-type: none"> - Factores que interferem no INR - Suplementos dietéticos que potenciam ou inibem a acção dos antagonistas da vitamina K - Que medicamentos pode tomar com Varfine/Sintrom - Como reagir perante uma ferida - Se precisar de ir ao dentista ou realizar uma cirurgia - Sinais de hemorragia mais frequentes 	
Conclusão	10`	<p>- Importante! (aspectos a reforçar):</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tomar a dose indicada sempre à mesma hora (de preferência ao deitar). ➤ Evitar desportos ou actividades em que corra o risco de se magoar (risco de hemorragia). ➤ Se a ferida sangrar muito, fazer compressão e contactar o médico/enfermeiro. ➤ Trazer sempre consigo o seu livro ou folha de hipocoagulação. 	<p>Expositivo/Directivo</p> <p>Interacção com os formandos ao longo de toda a sessão</p>
Avaliação	10`	- Aplicação de escala de Likert	Participativo/Interactivo

APÊNDICE XIII

Sessão de Educação para a Saúde



I.N.R.

Lurdes Ribeiro

Janeiro de 2011

O que é a coagulação?

As plaquetas desempenham um papel muito importante na coagulação do sangue.



É um processo natural que permite ao nosso organismo reduzir as perdas de sangue em caso de hemorragia.

Lurdes Ribeiro

Algumas pessoas por motivos hereditários ou adquiridos (por ex. o repouso após uma cirurgia) têm uma maior tendência para formar coágulos no sangue existindo o risco de estes se moverem para outros órgãos, como os pulmões e o cérebro levando a embolias ou trombozes.



Lurdes Ribeiro

O que são anticoagulantes

- Anticoagulantes são medicamentos que fazem com o sangue demore mais tempo a coagular.
- Os Anticoagulantes mais utilizados em Portugal são a Varfina e o Sintrom

Lurdes Ribeiro



Como tomar os Anticoagulantes

O anticoagulante oral deve ser tomado:

- Todos os dias
- Sempre à mesma hora, de preferência à noite
- Não importa se antes ou depois de comer



Lurdes Ribeiro

Como saber a dose a tomar?

- A dose diária é definida pelo médico
- A dose varia de pessoa para pessoa
- O doente anticoagulado não deve alterar a dose por iniciativa própria
- A dose é determinada depois da realização de uma análise - o INR



Lurdes Ribeiro



O que é o INR?

- O grau de coagulação do sangue é medido através de uma análise feita ao sangue: o INR.
- Existe um intervalo no qual os valores de INR terão de se manter para que a terapêutica tenha sucesso. Cada pessoa tem o seu próprio intervalo.

Quando se deve fazer o controlo do INR

- A avaliação do INR deve ser feita no dia marcado na folha de medicação
- Poderá avaliar mais cedo se houver alguma situação que possa influenciar o resultado (início ou suspensão de algum medicamento)
- Se houver algum sinal de alarme
- Não é necessário estar em jejum

Lúdes Ribeiro

Vantagens do controlo do INR

- Reduz a possibilidade de complicações (hemorragias e trombozes);
- Logo após a determinação do INR podem ser feitas as alterações da dosagem.
- Aumenta o período de tempo em que os valores permanecem dentro do intervalo terapêutico.

Lúdes Ribeiro



Lurdes Ribeiro



Lurdes Ribeiro

- Se tiver esquecido de tomar um dia não deve alterar a dose,
- Não tome o dobro no dia seguinte,
- Tome apenas a dose correspondente a esse dia,
- Na próxima avaliação refira esse esquecimento ao Enfermeiro e/ou ao Médico



Lurdes Ribeiro



Que pode fazer o doente anticoagulado

Pode e deve fazer uma vida normal desde que cumpra algumas regras:

- Se sofrer de doenças do fígado não deve tomar bebidas alcoólicas,
- Se não tiver problemas de fígado não deve tomar bebidas alcoólicas em excesso,



Lúdas Ribeiro

Que pode fazer o doente anticoagulado (cont.)

- Não deve introduzir mudanças bruscas na dieta,
- Não deve fazer dietas desequilibradas ou agressivas,
- Não deve comer em excesso verduras de folhas verdes,



Que pode fazer o doente anticoagulado (cont.)

- Não é aconselhável realizar exercícios físicos violentos, devido ao risco de hemorragias,



Lúdas Ribeiro



Que pode fazer o doente anticoagulado (cont.)

- Não é aconselhável levar injeções intramusculares, devido ao risco de hematomas,



Lurdes Ribeiro



Que pode fazer o doente anticoagulado (cont.)

- Não é aconselhável engravidar, pelo risco que a medicação pode colocar ao feto.



Lurdes Ribeiro

Factores que interferem no INR

- Medicamentos (por exemplo: alguns Antibióticos, Anti-Inflamatórios e Analgésicos);
- Condições Diversas (por exemplo: febre, diarreia, náuseas e vômitos);



Lurdes Ribeiro

Factores que interferem no INR

> Stress;



> Variações Climáticas durante viagens.



> Álcool;



Lurdes Ribeiro

Factores que interferem no INR

> Alimentação rica em Vitamina K (mas só se comer muitas vezes e em grandes quantidades):

- Fígado de vaca, galinha ou porco
- Feijão seco
- Brócolos
- Couve
- Couve -Flor

Lurdes Ribeiro

Factores que interferem no INR

> Alimentação rica em Vitamina K (cont.):

- Soja, em sementes ou óleo
- Ervilhas secas
- Algas
- Espinafres
- Nabos
- Pão de trigo
- Grão
- Gema de ovo

Lurdes Ribeiro

Factores que interferem no INR

- > Alimentação que diminui a absorção de Varfina, por exemplo:
 - Agar
 - Algina
 - Aloe vera
 - Ruibarbo
 - Pão de arroz
 - Cascara sagrada
 - Café de cevada

Lurdes Ribeiro

Factores que interferem no INR

- > Alimentação que diminui a absorção do anticoagulante, (cont.) por exemplo:
 - Glucomano
 - Goma de tragacanto e goma karaya
 - Arabinogalactano
 - Marshmallow
 - Mucilagem de carvalho americano

Lurdes Ribeiro

Suplementos dietéticos que potenciam a acção dos antagonistas da vitamina K

As substâncias que aumentam a acção anticoagulante do Sintrom ou da Varfina

são:

- Gingko
- Camomila
- Alho
- Unha de gato
- Pau d'arco

Lurdes Ribeiro

Suplementos dietéticos que inibem a acção dos antagonistas da vitamina K

As substâncias que inibem (diminuem) a acção anticoagulante do Sintrom ou da

Varfina são:

- Chá verde
- Ginseng
- Soja
- Hipericão/Erva de S. João

Lurdes Ribeiro

Que medicamentos pode tomar com Varfine/Sintrom

- Não deve tomar nenhum produto que não seja autorizado pelo seu médico.
- Se sofrer de dores, e caso o médico concorde poderá tomar Paracetamol.



Lurdes Ribeiro

Que medicamentos pode tomar com Varfine/Sintrom

- Sempre que recorra a um médico que desconheça os seus problemas de saúde deve sempre avisar que está a tomar anticoagulantes orais.



Lurdes Ribeiro

Que medicamentos pode tomar com Varfine/Sintrom

- Antes de tomar nova medicação ou parar de tomar uma medicação existente, deve sempre consultar o seu médico.



Lurdes Ribeiro

Como reagir perante uma ferida

- Quando faz uma ferida é normal que sangre mais do que as outras pessoas que não fazem anticoagulantes.
- É necessário que faça mais tempo pressão sobre a ferida.
- No caso de ser uma hemorragia grave deve recorrer à urgência do C, Saúde/Hospital.

Lurdes Ribeiro

Se precisar de ir ao dentista ou realizar uma cirurgia

- Deve comunicar ao dentista ou ao cirurgião que toma hipocoagulantes.
- O seu médico vai ajustar a dose de modo a não haver riscos.
- Poderá ter de parar a sua medicação habitual e substituí-la por outra com o mesmo efeito.



Lurdes Ribeiro

Sinais de hemorragia mais frequentes

- Nódos Negras (podem surgir mesmo sem traumatismos);
- Sangrar das gengivas (quando lava os dentes);
- Sangrar do nariz (mesmo quando não se esforça);
- Sangue na urina.



Lurdes Ribeiro

Importante!

Nunca se esqueça de:

- Tomar a dose indicada sempre à mesma hora (de preferência ao deitar).
- Evitar desportos ou actividades em que corra o risco de se magoar (risco de hemorragia).
- Se a ferida sangrar muito, fazer compressão e contactar o médico/enfermeiro.
- Trazer sempre consigo o seu livro ou folha de hipocoagulação.

Lurdes Ribeiro

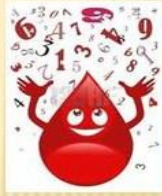
Bibliografia

- ❖ ROCA, Rafael Alonso; LÓPEZ, Natividad Puche - A Anticoagulação Oral Com Antagonistas da Vitamina K. Roche Portugal.
- ❖ Áreas Laboratoriais - Coagulação, monitorização de doentes hipocoagulados. Disponível em: <http://www.labmoderno.com/coagulacao.php>
- ❖ BRITO DE SÁ, Armando. Hipocoagulação oral. Disponível em: <http://www.alert-online.com/pt/medical-guide/hipocoagulacao-oral>
- ❖ Arritmia Cardíaca. - Entendendo os sintomas e as doenças: anticoagulação oral. Disponível em: http://www.rritmiacardiaca.com.br/p_entendendo_14.php
- ❖ APDA. - Dietas Couves e mais - Vitamina K e anticoagulantes. <http://www.apda.com.pt/dieta.php>

Lurdes Ribeiro

ULSNA+

u^o évora
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



FIM

Lurdes Ribeiro

APÊNDICE XIV

Escala de Likert

AVALIAÇÃO DA SESSÃO

(Escala de Likert)

Tema: Terapêutica anticoagulante

Local: Centro de Saúde de Ponte de Sor

Data: 28/01/11

Numa escala de 1 a 5 faça uma avaliação desta sessão, sendo que 1 discorda plenamente e 5 concorda plenamente.

Marque com um X o seu grau de concordância para cada uma das frases abaixo.

1 – Considera que esta sessão foi importante?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discorda totalmente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente

2 – Considera que ficou mais esclarecido em relação às dúvidas que tinha sobre INR?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discorda totalmente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente

3 Considera importante a realização de outras sessões como esta?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Discorda totalmente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente

4 Considera que a prelectora foi explícita na forma como apresentou o tema?

Discorda totalmente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente

5 Considera que a prelectora demonstrou conhecimentos acerca do tema?

Discorda totalmente	Discorda	Não concorda nem discorda	Concorda	Concorda totalmente

Obrigado pela colaboração dispensada

APÊNDICE XV

Folheto - INR

Realizado por
Lurdes Ribeiro

Horário de Avaliação

de INR

Ponte de Sôr

2ª feira 14-16 horas

4ª feira 14-16 horas

Galveias

4ª feira 11-13 horas

Longomel

5ª feira 9-10 horas

Tramaga

6ª feira 10-11 horas

Vale de Açor

3ª feira 14-15 horas

**Curso de Mestrado em Enfer-
magem de Saúde Comunitária**

I.N.R

Escola Superior de

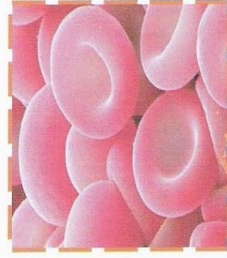
**Enfermagem S. João de Deus
Évora**



Janeiro de 2011

O que é o INR

- O grau de coagulação do sangue é medido através de uma análise feita ao sangue: o INR.
- Existe um intervalo no qual os valores de INR terão de se manter para que a terapêutica tenha sucesso. Cada pessoa tem o seu próprio intervalo.



Vantagens do controlo do INR

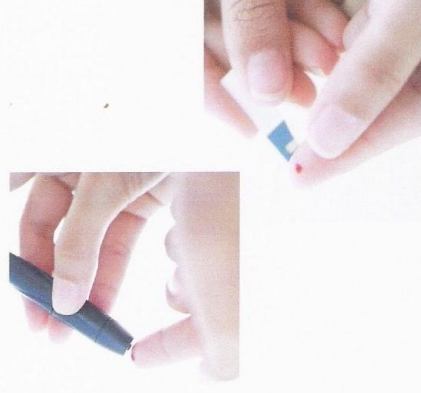
- Reduz a possibilidade de complicações (hemorragias e trombozes);
- Logo após a determinação do INR podem ser feitas as alterações da dosagem.
- Aumenta o período de tempo em que os valores permanecem dentro do intervalo terapêutico.

levando a embolias ou trombozes



Quando se deve fazer o controlo do INR

- A avaliação do INR deve ser feita no dia marcado na folha de medicação
- Poderá avaliar mais cedo se houver alguma situação que possa influenciar o resultado
- Se houver algum sinal de alarme
- Não é necessário estar em jejum



APÊNDICE XVI

Folheto – INR – Terapêutica Anticoagulante

Que pode fazer o doente anticoagulado

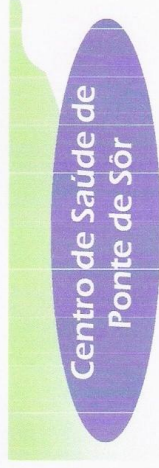
Pode e deve fazer uma vida normal desde que cumpra algumas regras:

- Não deve tomar bebidas alcoólicas em excesso,
- Não deve introduzir mudanças bruscas na dieta,
- Não deve fazer dietas desequilibradas ou agressivas,
- Não deve comer em excesso verduras de folhas verdes,
- Não é aconselhável realizar exercícios físicos violentos, devido ao risco de hemorragias,
- Não é aconselhável levar injeções intramusculares, devido ao risco de hematomas,
- Não é aconselhável engravidar, pelo risco que a medicação pode colocar ao feto.

O que fazer em caso de esquecimento de uma toma

- Se tiver esquecido de tomar um dia não deve alterar a dose,
- Não tome o dobro no dia seguinte,
- Tome apenas a dose correspondente a esse dia,
- Na próxima avaliação refira esse esquecimento ao Enfermeiro e/ou ao Médico

ULSNA+



u é v o r a
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

I.N.B.

Terapêutica
Anticoagulante

Realizado por:
Lurdes Ribeiro

Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Comunitária

Escola Superior de Enfermagem S. João
de Deus

Janeiro de 2011

O que é a coagulação

•As plaquetas desempenham um papel muito importante na coagulação do sangue. É um processo natural que permite ao nosso organismo reduzir as perdas de sangue em caso de hemorragia.

Algumas pessoas por motivos hereditários ou adquiridos têm uma maior tendência para formar coágulos no sangue existindo o risco de estes se moverem para outros órgãos, como os pulmões e o cérebro



O que são anticoagulantes

- Anticoagulantes são medicamentos que fazem com o sangue demore mais tempo a coagular.
- Os Anticoagulantes mais utilizados em Portugal são o Varfine e o Sintrom.

Como tomar os Anticoagulantes

- Todos os dias
- Sempre à mesma hora, de preferência à noite
- Não importa se antes ou depois de comer

Como saber a dose a tomar

- A dose diária é definida pelo médico
- A dose varia de pessoa para pessoa
- O doente anticoagulado não deve alterar a dose por iniciativa própria
- A dose é determinada depois da realização da análise de INR



APÊNDICE XVII

Folheto – INR – Factores que interferem/Cuidados a ter

Como reagir perante uma ferida

- Quando faz uma ferida é normal que saia mais sangue do que as outras pessoas que não fazem anticoagulantes.
- É necessário que faça mais tempo pressão sobre a ferida.
- No caso de ser uma hemorragia grave deve recorrer à urgência do Centro de Saúde ou do Hospital

Se precisar de ir ao dentista ou realizar uma cirurgia

- Logo na 1ª consulta deve comunicar ao cirurgião ou ao dentista que toma hipocoagulantes.
- O seu médico vai ajustar a dose de modo a não haver riscos.
- Poderá ter de parar a sua medicação habitual e substituí-la por outra com o mesmo efeito..

Importante

Nunca se esqueça de:

- Tomar a dose indicada sempre à mesma hora (de preferência ao deitar).
- Evitar desportos ou actividades em que corra o risco de se magoar (risco de hemorragia).
- Se a ferida sangrar muito, fazer compressão e contactar o médico/enfermeiro.
- Trazer sempre consigo o seu livro ou folha de hipocoagulação.

Realizado por:

Lurdes Ribeiro

Curso de Mestrado em Enfermagem de

Saúde Comunitária

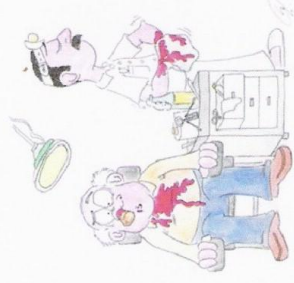
U **é** **v** **o** **r** **a**
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
FACULDADE DE SAÚDE

ULSNA+
UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE PONTE DE SÔR

Centro de Saúde de
Ponte de Sôr

I.N.B

Factores que inter-ferem / Cuidados a ter



Janeiro de 2011

Factores que interferem no INR

- Medicamentos (por exemplo: alguns Antibióticos, Anti-Inflamatórios e Analgésicos);
- Condições Diversas (por exemplo: febre, diarreia, náuseas e vômitos);
- Stress;
- Variações Climáticas durante viagens.
- Álcool;
- Alimentação rica em Vitamina K :
Fígado de vaca, galinha ou porco, Feijão seco, Brócolos, Couve, Couve-flor , Soja, em sementes ou óleo, Ervilhas secas, Algas, Espinafres, Nabos, Pão de trigo, Grão, Gema de ovo

- Sangrar do nariz (mesmo quando não se esforça);
- Sangue na urina

Medicamentos que pode tomar com a terapêutica Anticoagulante

- Não deve tomar nenhum produto que não seja autorizado pelo seu médico.
- Se sofrer de dores, e caso o médico concorde poderá tomar Paracetamol.

- Sempre que recorra a um médico que desconheça os seus problemas de saúde deve sempre avisar que está a tomar anticoagulantes orais.
- Antes de tomar nova medicação ou parar de tomar uma medicação existente, deve sempre consultar o seu médico.

- Alimentação que diminui a absorção de Varfina : Algar, algina, aloé vera, ruibarbo, café de cevada, marshmallow,....

- Substâncias que aumentam a acção anti-coagulante do Sintrom ou da Varfina: Gíngko, Camomila, Alho, Unha de gato , Pau d'arco

- As substâncias que diminuem a acção anticoagulante do Sintrom ou da Varfina são: Chá verde, Ginseng , Soja, Hipericão/Erva de S. João

Sinais de hemorragia mais frequentes

- Nódos Negras (podem surgir mesmo sem traumatismos);
- Sangrar das gengivas (quando lava os dentes);

APÊNDICE XVIII

Cartazes

I.N.R.

O que é a coagulação?

É um processo natural que permite ao nosso organismo reduzir as perdas de sangue em caso de hemorragia.



O que são anticoagulantes?

O que é o INR?

➤ É a análise que mede o grau de coagulação do sangue.

➤ Cada pessoa tem um intervalo no qual os valores de INR terão de se manter para que a terapêutica tenha sucesso.

➤ São medicamentos que fazem com o sangue demore mais tempo a coagular.
 ➤ Os mais utilizados em Portugal são a Varfina e o Sintrom.



Elaborado por:
 Lurdes Ribeiro
 Aluna de Mestrado em
 Enfermagem Comunitária

I.N.R.

Importante!

Nunca se esqueça de:

- Tomar a dose indicada sempre à mesma hora (de preferência ao deitar),
- Evitar desportos ou actividades em que corra o risco de hemorragia.
- Se tiver uma ferida a sangrar muito, fazer compressão e contactar o médico/enfermeiro.
- Trazer sempre consigo a sua folha de hipocoagulação.

Horário:

Local	Hora	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira
Ponte de Sor		14-16 horas		14-16 horas		
Galveias				11-13 horas		
Longomel					9-12 horas	
Tramaga						10-11 horas
Vale de Açor			14-15 horas			

Elaborado por :Lurdes Ribeiro
 Aluna de Mestrado em Enfermagem Comunitária

APÊNDICE XIX

Artigo do Jornal Digital “*Sor Saúde*”

Publicada por SÓR SAÚDE em 04:16 0 comentários

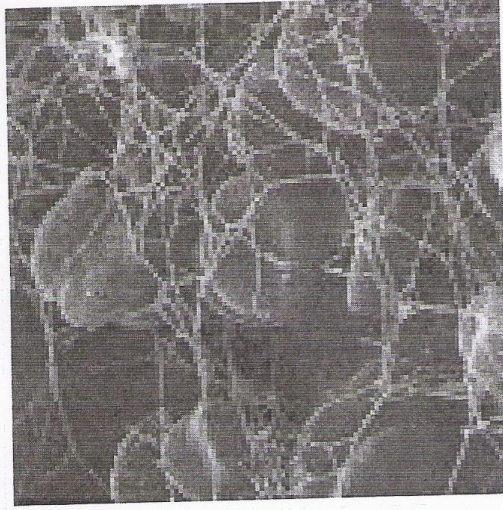
Reacções: divertido (0) interessante e fantástico (0)

QUINTA-FEIRA, 3 DE FEVEREIRO DE 2011

CONSULTA DE HIPOCOAGULAÇÃO ORAL NO CENTRO DE SAÚDE DE PONTE DE SOR

Doença cardiovascular é um termo genérico que designa todas as alterações patológicas que afectam o coração e/ou os vasos sanguíneos. No termo inclui-se a doença cardíaca coronária (patologia que afecta os vasos sanguíneos que irrigam o coração), a hipertensão e a arteriosclerose.

Uma das principais causas de morte nos países ocidentais são as doenças do aparelho circulatório. Portugal não é excepção à regra e as doenças



cardiovasculares constituem uma das primeiras causas de morte no nosso país. Com o envelhecimento da população e os actuais hábitos alimentares dos nossos jovens, a tendência para o agravamento da situação é previsível. Se urge educar correctamente para a prevenção destas doenças, não é menos importante actuar nas consequências das mesmas. Uma das formas de reduzir as consequências graves deste tipo de doenças passa pela avaliação da capacidade de coagulação do sangue destes doentes.

Os coágulos formam-se quando as plaquetas entram em acção para parar perdas de sangue sempre que ocorre um traumatismo ou um corte de tecidos. Esta capacidade de coagulação do sangue deve ser controlada periodicamente através de análises pois em algumas pessoas os coágulos aparecem de forma descontrolada circulando pelo organismo até ficarem presos em pequenos vasos sanguíneos. Quando isso acontece originam problemas como Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), embolias, etc. Perante pessoas com risco elevado de desenvolver coágulos é prescrito um hipocoagulante (Varfine® ou Sintron®). O objectivo dos hipocoagulantes é reduzir a tendência do sangue formar coágulos, sem o impedir de coagular.

A descentralização da Consulta de Hipocoagulação dos Hospitais para os Centros de Saúde aproxima os utentes dos cuidados de saúde de que necessita, garantindo melhor comodidade e acessibilidade.

No sentido de organizar de forma mais eficiente os recursos físicos e humanos existentes, permitindo o seu acesso ao maior número possível de utentes que deles dependam, com vista a reduzir as taxas de mortalidade e morbilidade destas doenças, implementou-se a

Consulta a Utentes Hipocoagulados Orais no Centro de Saúde de Ponte de Sor, e respectivas extensões.
A avaliação de INR funciona de acordo com o seguinte horário:

Ponte de Sor - 2ª e 4ª feira das 14-16 hora;

Galveias - 4ª feira das 11-13 horas

Longomel - 5ª feira das 9-10 horas

Tramaga - 6ª feira das 10-11 horas

Vale de Açor - 3ª feira das 14-15 horas

Enfa Lurdes Ribeiro

Publicada por SÓR SAÚDE em 06:18 0 comentários

Reações: divertido (0) interessante e fantástico (1)

APÊNDICE XX

Artigo do Jornal “Ecos do Sor”

Consulta de Hipocoagulação Oral no Centro de Saúde de Ponte de Sor

Por ENF.ª **LURDES RIBEIRO**
ecssubsor@nec.pt

Doença cardiovascular é um termo genérico que designa todas as alterações patológicas que afectam o coração e/ou os vasos sanguíneos. No termo inclui-se a doença cardíaca coronária (patologia que afecta os vasos sanguíneos que irrigam o coração), a hipertensão e a arteriosclerose.

Uma das principais causas de morte nos países ocidentais é as doenças do aparelho circulatório. Portugal não é excepção à regra e as doenças cardiovasculares constituem uma das primeiras causas de morte no nosso país. Com o envelhecimento da população e os actuais hábitos alimentares dos nossos jovens, a tendência para o agravamento da situação é previsível. Se urge educar correctamente para a prevenção destas doenças, não é menos importante actuar nas consequências das

mesmas. Uma das formas de reduzir as consequências graves deste tipo de doenças passa pela avaliação da capacidade de coagulação do sangue destes doentes.

Os coágulos formam-se quando as plaquetas entram em acção para parar perdas de sangue sempre que ocorre um traumatismo ou um corte de tecidos.

Esta capacidade de coagulação do sangue deve ser controlada periodicamente através de análises pois em algumas pessoas os coágulos aparecem de forma descontrolada circulando pelo organismo até ficarem presos em pequenos vasos sanguíneos. Quando isso acontece originam problemas como Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), embolias, etc.

Perante pessoas com risco elevado de desenvolver coágulos é prescrito um hipocoagulante (Varfine® ou Sintron®). O objectivo dos hipocoagulantes é reduzir a tendência do sangue formar coágulos, sem o impedir de coagular.

A descentralização da Consulta de Hipocoagulação dos Hospitais para

os Centros de Saúde aproxima os utentes dos cuidados de saúde de que necessita, garantindo melhor comodidade e acessibilidade.

No sentido de organizar de forma mais eficiente os recursos físicos e humanos existentes, permitindo o seu acesso ao maior número possível de utentes que deles dependam, com vista a reduzir as taxas de mortalidade e morbilidade destas doenças, implementou-se a **Consulta a Utentes Hipocoagulados Oraís no Centro de Saúde de Ponte de Sor, e**

respectivas extensões. A avaliação de INR funciona de acordo com o seguinte horário:

Ponte de Sor

2.ª e 4.ª feiras das 14 às 16 horas;

Gaivetas

4.ª feira das 11 às 13 horas

Longomeil

5.ª feira das 9 às 10 horas

Tramaga

6.ª feira das 10 às 11 horas

Vale de Açor

3.ª feira das 14 às 15 horas

CASEIROS - PROPRIEDADE PONTE DE SOR

Perfil:

- Experiência na área da agricultura, vindimas, pecuária, poda e rega;
- Conhecimentos de vinha, controlo de pragas e ovinicultura;
- Assegurar a gestão das parcelas de vinha;
- Carta de condução com habilitação para a condução de tractores agrícolas;
- Forte sentido de responsabilidade;
- Disponibilidade total e imediata;

Oferecemos:

- Remuneração de acordo com a função;

Os candidatos interessados deverão enviar o CV actualizado para: recrutamento.grupos@gmail.com; R. da Venezuela, n.º 43 A Benfica, 1500-618 Lisboa

APÊNDICE XXI

Cronograma de actividades

Cronograma de Actividades

Objectivos	Actividades planeadas	Outubro				Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro			
		1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	5ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S
Identificar o nº de utentes hipocoagulados	Reunião com os Médicos de Família																					
	Identificação dos utentes hipocoagulados																					
Uniformizar procedimentos de enfermagem	Reunião com os Enfermeiros e identificação das necessidades de Formação																					
	Criação de protocolos																					
	Realização de Acção de Formação																					

Cronograma de Actividades (cont.1)

Objectivos	Actividades planeadas	Outubro				Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro			
		1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	5ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S
Melhorar a qualidade de vida do utente hipocoagulado	Identificação dos utentes por freguesia de residência																					
	Criação de plano de distribuição de avaliação INR sede/extensões																					
	Elaboração de questionários de avaliação de conhecimentos dos utentes																					
Baixar os custos do INR	Aplicação dos questionários, Índice de Lawton e Índice deKatz																					

Cronograma de Actividades (cont.2)

Objectivos	Actividades planeadas	Outubro				Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro				
		1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	5ª S	1ª S	2ª S	3ª S	4ª S	1ª S	2ª S	3 S	4ª S	
Melhorar a qualidade de vida do utente hipocoagulado	Tratamento dos dados dos questionários, Índice de Lawton e Índice deKatz																			S	S	S	S
	Realização de Sessão de Educação para a Saúde																						
Baixar os custos do INR	Aplicação da Escala de Likert e tratamento dos dados																						
	Elaboração de folhetos e de cartazes																				S		
	Elaboração de artigos de jornal																		S				

APÊNDICE XXII

Pedido de autorização à Coordenadora do Centro de Saúde de Ponte de Sor
(aplicação questionário)

Exma Sr.^a Directora

do Centro de Saúde de Ponte de Sôr

Lurdes da Conceição Afonso Nobre Ribeiro, aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora está a realizar um Projecto de Descentralização da Consulta de Utentes Hipocoagulados e vem por este meio solicitar autorização para aplicar questionário de avaliação e percepção conhecimentos desta população.

Em anexo junta uma cópia do Projecto e do Questionário.

Ponte de Sôr, 10 de Dezembro de 2010

Pede deferimento

APÊNDICE XXIII

Consentimento informado

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO INFORMADO.

Exmo. (a) Senhor (a):

O presente inquérito destina-se à recolha de dados, imprescindíveis para a identificação das necessidades de formação dos utentes submetidos a terapêutica anticoagulante oral, o qual estou a realizar enquanto aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus – Universidade de Évora.

Com a realização deste inquérito pretende-se fazer um levantamento dos conhecimentos e das necessidades de formação destes utentes.

Serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados recebidos, assim como a sua utilização no âmbito restrito da realização e divulgação do estudo.

A sua colaboração é essencial de forma a atingir os objectivos propostos, pelo que solicito que responda a todas as questões. A sua participação é totalmente voluntária, podendo a qualquer momento desistir.

Para formalizar o seu consentimento livre e informado, solicitamos que assinale com uma cruz o quadrado seguinte:

⇒ Fui informado(a) dos objectivos e âmbito do estudo, e aceito participar no mesmo

Grata pela colaboração

A Aluna do Mestrado em Enfermagem Comunitária

APÊNDICE XXIV

Pedido de colaboração da APDA

informações sobre hipocoagulação

De: **lurdes ribeiro** (lurdesdaribeiro@hotmail.com)
Enviada: quinta-feira, 9 de dezembro de 2010 23:24:48
Para: apda.geral@gmail.com

Exmos Senhores

Chamo-me Lurdes Ribeiro, sou enfermeira no Centro de Saúde de Ponte de Sor, distrito de Portalegre. Sou detentora do curso de especialização em enfermagem comunitária e encontro-me neste momento a fazer o mestrado em enfermagem comunitária, na Escola Superior de Enfermagem s. João de Deus, Universidade de Évora. Como trabalho na área de avaliação de INR e determinação de terapêutica anticoagulante oral, e o mestrado engloba uma parte prática de aplicação de um projecto, optei por realizar o meu trabalho na área da hipocoagulação oral. ao ler os vários artigos disponíveis no vosso site verifiquei que referem alguns estudos para determinarem as vantagens do autocontrolo do INR, se fosse possível agradecia que me facultassem os nomes e as datas dos estudos realizados, assim como os respectivos países.

Se for necessário eu deslocar-me à sede da Associação, poderei fazê-lo se assim os senhores o entenderem.

Em caso de necessidade o meu contacto é:

serviço - 242 292 000

telemóvel - 913 368 409

Residência - 242 201 465

O meu muito obrigado pela atenção dispensada.

Os meus sinceros parabéns pelo vosso site que achei muito esclarecedor e interessante.

Atenciosamente

Lurdes Ribeiro