



UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

Um Olhar sobre a Comunidade na Perspectiva do Centro de Saúde e Hospital

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Comunitária

Ana Sofia Matos Rodrigues de Oliveira

LISBOA, Julho de 2010



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Um Olhar sobre a Comunidade na Perspectiva do Centro de Saúde e Hospital

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade
Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização
em Enfermagem de Saúde Comunitária

Ana Sofia Matos Rodrigues de Oliveira

Sob orientação da professora Ana Resende

LISBOA, Julho de 2010

*“ Já foi dito uma vez, mas como
ninguém escuta é preciso
dizer de novo.”*

André Gide

AGRADECIMENTOS

Gostava de agradecer à minha família, por toda a disponibilidade prestada ao longo dos tempos.

Ao Miguel, o meu muito obrigado pela compreensão e força de acreditar que seria possível continuar.

À minha prima Lena aos meus amigos Ana, Ana Lúcia, Julieta, Paula, João e a todos os que de uma forma directa ou indirecta contribuíram para a realização deste trabalho.

À minha grande amiga Sónia, que sempre ao meu lado partilhou tanto os momentos de maior dificuldade, como os de maior alegria.

Gostava de agradecer à Professora Ana Resende, Professora orientadora deste relatório, por todo o apoio e orientação.

Por fim, agradeço o amor incondicional da minha pequena Inês, que apesar da sua tenra idade, compreendeu à sua maneira a importância desta realização profissional, e aceitou que nem sempre podemos estar a brincar.

RESUMO

As doenças cardiovasculares em Portugal, continuam a representar a maior causa de morte (cerca de 40%), assim como constituem também uma importante causa de incapacidade. Este fenómeno encontra-se por sua vez associado a um aumento da percentagem de mortes em indivíduos de idade precoce. Frequentemente, este tipo de problemas surge devido a factores de risco, que na maior parte das situações, poderiam ser modificados.

Considerado como um importante suporte teórico, procurou-se incluir neste estudo os contributos de Nola Pender, uma vez que a sua teoria se preocupa com pessoa humana na sua unicidade, não descurando todo o meio que a envolve e que pode ser condicionante das suas atitudes.

Partindo do princípio de que se forem diminuídos os factores de risco, diminui o risco de doenças cardiovasculares, foi realizado um diagnóstico de situação numa população de 40 indivíduos numa faixa etária entre os 22 e os 65 anos, funcionários nas Juntas de Freguesia do Lumiar, Ameixoeira e Charneca. O intuito deste trabalho, prendeu-se com o facto de perceber quais os factores de risco presentes, avaliar o risco global cardiovascular e suas implicações na vida dos indivíduos.

Do rastreio realizado 18 indivíduos pertenciam ao Centro de Saúde do Lumiar tendo sido identificados 6 que apresentavam um risco de doença cardiovascular a 10 Anos superior a 1%.

Tendo em conta a importância da Enfermagem de Saúde Comunitária no âmbito da promoção da saúde e associando esta necessidade à realidade vivida no Centro de Saúde do Lumiar, foi elaborado um projecto destinado à implementação de uma consulta de enfermagem neste centro de saúde.

A possibilidade de realizar o terceiro módulo em contexto de trabalho (serviço de nefrologia do Hospital Curry Cabral), permitiu criar naquele serviço uma visão de enfermagem direccionada para temas relacionados com a Saúde Comunitária. Entre estes, pode evidenciar-se o trabalho produzido para tentar minimizar as barreiras ao nível da comunicação, estabelecendo parcerias com outras instituições da comunidade.

Neste módulo, devido às barreiras linguísticas que se impõem junto da população alvo e tendo em consideração o fenómeno da multiculturalidade, foi importante relembrar os ensinamentos proporcionados por Madeline Leininger.

Palavras-chave – Doenças cardiovasculares; Risco global cardiovascular; Prevenção; Promoção; Cultura; Comunicação.

ABSTRACT

Cardiovascular diseases in Portugal keep representing the major cause of death (around 40%), as well as a very important cause of incapacity. This phenomenon is in turn associated to an increase of the percentage of deaths in individuals at an early age. This kind of problems often occurs due to risk factors, which most times, could be modified.

Regarded as a significant theoretical support, the idea was to include in this study the contributes of Nola Pender, once his theory relates to the human being in his unity, not relinquishing the surrounding environment that can influence his attitudes.

Assuming that the decreasing of risk factors diminishes the risk of cardiovascular diseases, a diagnosis of the situation was carried in a population of 40 individuals, public employees at the Parish Councils of Lumiar, Ameixoeira and Charneca, with ages between 22 and 65 years. The aim of this work was correlated to the intention of perceiving which risk factors were present, evaluating the global cardiovascular risk and its consequences in the life of individuals.

Among these 40 individuals, 18 belonged to the Health Centre of Lumiar, and 6 of them presented a risk of cardiovascular disease in 10 years superior to 1%.

Having in mind the importance of Communitarian Health Nursing, in the scope of the promotion of health and associating this need to the reality lived in the Health Centre of Lumiar, a project was made aimed to implement a nursing consultation in this health centre.

The possibility of performing the third unit in a working environment (nephrology service of the Curry Cabral Hospital), allowed the creation in that same service of a nursing vision directed to subjects related to Communitarian Health. Among these we can detach the work which tried to minimize barriers to the level of communication, by establishing partnerships with other institutions of the community.

In this unity, due to the linguistic barriers which impose themselves to the target population and having in consideration the phenomenon of multiculturalism, it was relevant to remember the teachings provided by Madeleine Leininger.

Key-words: Cardiovascular diseases; Global cardiovascular risk; Prevention; Promotion; Culture; Communication.

SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACAPO** - Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal
- ACES** – Agrupamento de Centros de Saúde
- ACIDI** - Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural
- AVC** - Acidentes Vasculares Cerebrais
- APIR** - Associação Portuguesa de Insuficientes Renais
- CATUS** - Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes
- CSC** - Centro de Saúde de Carnaxide
- CSL** - Centro de Saúde do Lumiar
- DCI** - Doença Cardíaca Isquémica
- DCV** – Doenças Cardiovasculares
- Enf.^a** - Enfermeira
- HBS** - Vírus da Hepatite B
- HCC** - Hospital Curry Cabral
- HD** – Hemodiálise
- PALOP** - Países de Língua Oficial Portuguesa
- PNS** – Plano Nacional de Saúde
- Prof.** - Professora
- REPE** – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- RGC** – Risco Global Cardiovascular
- SCORE** - Systematic Coronary Risk Evaluation
- TA** - Tensão Arterial
- USM** - Unidade de Saúde Móvel
- VHC** - Vírus da Hepatite C
- VIIH** - Vírus da Imunodeficiência Humana

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURAS

Figura 1 – Modelo enfermagem proposto por Pender	35
---	----

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da população por freguesias	45
Gráfico 2 - Distribuição da população por sexo	46
Gráfico 3 – Distribuição percentual da população segundo hábitos tabágicos	46
Gráfico 4 – Distribuição da população segundo hábitos tabágicos e freguesia	46
Gráfico 5 - Distribuição da população segundo os estádios da tensão arterial	47
Gráfico 6 - Distribuição da população segundo os estádios da tensão arterial e freguesia	47
Gráfico 7 - Distribuição da população segundo hábitos de vida sedentários	48
Gráfico 8 - Distribuição da população segundo relação entre hábitos de vida sedentários e prática de exercício físico	48
Gráfico 9 - Distribuição da população segundo relação entre hábitos de vida não sedentários e estádios da tensão arterial	49
Gráfico 10 - Distribuição da população segundo relação entre hábitos de vida sedentários e estádios da tensão arterial	49
Gráfico 11 - Distribuição da população segundo relação entre presença de hábitos tabágicos e estádios da tensão arterial	50
Gráfico 12 - Distribuição da população segundo relação entre ausência de hábitos tabágicos e estádios da tensão arterial	50
Gráfico 13 - Distribuição da população segundo relação entre valores de colesterol e estádios da tensão arterial	51
Gráfico 14 - Distribuição da população segundo relação entre hipocolestrolémia e estádios da tensão arterial	51
Gráfico 15 - Distribuição da população segundo relação entre hipercolestrolémia e estádios da tensão arterial	52

Gráfico 16 - Distribuição da população segundo relação entre hipocolestrolémia e sedentarismo	52
Gráfico 17 - Distribuição da população segundo relação entre hipercolestrolémia e sedentarismo	53
Gráfico 18 - Distribuição da população por sexo e risco global cardiovascular	53
Gráfico 19 - Distribuição da população segundo avaliação do risco global cardiovascular e centro de saúde de influência	54

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	21
1. OBJECTIVOS GERAIS DO ESTÁGIO	24

PARTE I – PERCURSO DECORRIDO AO LONGO DO MÓDULO I E II

1. Diagnóstico de Situação	26
1.1. Caracterização do Centro de Saúde do Lumiar	26
1.2. Pertinência da temática escolhida	28
1.3. Fundamentação teórica dos temas abordados	30
1.3.1. Objectivos do Programa Nacional de Saúde na Doença Cardiovascular	30
1.3.2. Avaliação do Risco Global Cardiovascular	31
1.3.3. Condicionantes da avaliação do Risco Global Cardiovascular	33
1.3.4. A adequação do Modelo Teórico de Nola Pender	34
2. Objectivos específicos e actividades desenvolvidas no módulo II	38
3. Resultados do diagnóstico de situação	45
4. Projecto de Intervenção no Centro de Saúde do Lumiar	55
4.1. Objectivos específicos e actividades desenvolvidas no módulo II	55
4.2. Reflexão de outras experiências vivenciadas no Centro de Saúde do Lumiar	61
4.3. Contributos deste projecto	65

PARTE II - PERCURSO DECORRIDO AO LONGO DO MÓDULO III

1. Diagnóstico de Situação	67
1.1. Caracterização do Serviço de Nefrologia do Hospital Curry Cabral	67
1.2. Pertinência da temática escolhida	68
1.3. Fundamentação teórica dos temas abordados	70
1.3.1. A comunicação e suas implicações	70
1.3.2. Os contributos teóricos de Madeline Leininger	72
2. Projecto de intervenção no Serviço de Nefrologia do Hospital Curry Cabral	75
2.1. Objectivos e actividades desenvolvidas no módulo III	75
2.2. Contributos deste projecto	78
CONCLUSÃO	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
ANEXOS	89
Anexo I. Tabelas de avaliação do Risco Global Cardiovascular	91
Anexo II. Pedidos formais enviados por correio aos presidentes de Junta de Freguesia	95
Anexo III. Instrumento de Colheita de Dados utilizado nos rastreios	103
Anexo IV. Documento afixado nas Juntas de Freguesia para informação aos funcionários	107
Anexo V. Documentação utilizada para sessão de formação apresentada na Junta de Freguesia	111

Anexo VI. Projecto de Consulta de Enfermagem de Doenças Cardiovasculares para o Centro de Saúde do Lumiar	117
Anexo VII. Acta da reunião da Comissão Social de Freguesia	161
Anexo VIII. Programa da 3. ^a Sessão Pública do Grupo Comunitário da Alta de Lisboa	167
Anexo IX. Documentação elaborada para complemento do processo de enfermagem do utente em programa regular de Hemodiálise no Serviço de Nefrologia do Hospital Curry Cabral	171
Anexo X. Documentos informativos, relativos aos acessos vasculares e respectivas traduções	195
Anexo XI. Documento informativo relativo à alimentação e respectivas traduções	209

0. INTRODUÇÃO

De acordo com o plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, foi preconizado a realização de um estágio que decorreu entre 20 de Abril de 2009 e 28 de Janeiro 2010, num total de 540 horas.

O projecto de estágio elaborado e o percurso realizado nos locais de estágio à frente mencionados, permitiram atingir alguns dos objectivos da disciplina, e dos quais se podem destacar: a participação e promoção da investigação na área de especialização de Enfermagem em Saúde Comunitária, reflexão de forma crítica sobre o exercício da prática, tendo sido também demonstrada a capacidade de trabalhar de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar

A realização deste estágio teve o intuito de complementar a formação teórica leccionada, contribuindo para a aquisição de competências de especialista de enfermagem e obtenção do grau de mestre na área de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária.

Os módulos I e II do estágio decorreram no Centro de Saúde do Lumiar (CSL) em Lisboa, tendo sido desenvolvido um trabalho no âmbito da prevenção das doenças cardiovasculares e promoção da saúde nesta área.

A prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da Saúde Comunitária, prevê que os enfermeiros ajam de acordo com o princípio de que a comunidade é mais do que a soma dos indivíduos, famílias e agregados, que se incluem dentro dela. Ao contrário do que é preconizado, continua a assistir-se frequentemente às práticas de enfermagem direccionadas para os indivíduos doentes que estão na comunidade, em vez de se desenvolverem trabalhos na área dos serviços comunitários.

O CSL encontra-se integrado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de Lisboa Norte, do qual fazem também parte os centros de saúde de Alvalade, Benfica e Sete Rios. É constituído pela sede no Lumiar, duas extensões (Alta do Lumiar e Charneca) e pelo Centro de Diagnóstico de Pneumologia dependendo hierarquicamente e funcionalmente da Administração Regional de Saúde de Lisboa.

Módulo I – O objectivo geral pretendido ao realizar este módulo, foi elaborar um diagnóstico de situação relacionado com as doenças cardiovasculares, relativamente a uma determinada população em estudo. Desenvolvido no CSL, este módulo foi realizado entre 20 de Abril e 20 de Junho de 2009 com a duração de 180 horas.

Módulo II – O segundo módulo de estágio decorreu entre os dias 28 de Setembro e 19 de Novembro de 2009, tendo a duração de 180 horas. O objectivo geral que se pretendeu atingir durante este período foi o de implementar no CSL uma consulta de enfermagem, destinada ao acompanhamento dos utentes portadores de doença cardiovascular, ou susceptíveis de a desenvolverem, procurando-se contribuir desta forma para a melhoria dos cuidados de enfermagem em Saúde Comunitária.

O terceiro módulo de estágio foi desenvolvido no Serviço de Nefrologia do Hospital Curry Cabral (HCC), e pretendeu abordar a temática da Enfermagem de Saúde Comunitária, adequada à realidade em contexto hospitalar.

O Serviço de Nefrologia possui diferentes áreas de actuação, nas quais se incluem o Internamento, Unidade de Hemodiálise, Unidade de Diálise Peritoneal, Sala de Técnicas Invasivas, Hospital de Dia, Consulta de transplante Renal, Consulta de Acessos Vasculares e Consulta de Nefrologia.

Em relação aos cuidados de enfermagem, existem diversas áreas de intervenção definidas pela direcção de enfermagem, das quais se podem destacar a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados e a melhoria dos processos de comunicação.

Módulo III – Decorreu no período entre 23 de Novembro de 2009 e 28 de Janeiro de 2010 e o seu objectivo geral, preconizou melhorar a prestação de cuidados de saúde, na perspectiva da Saúde Comunitária aos utentes de diferentes culturas, especificamente os que frequentam aquele serviço em regime de ambulatório.

Na sua estrutura, este relatório encontra-se dividido em duas partes, sendo que ao longo da primeira parte se descreve o percurso desenvolvido ao longo do módulo I e II e na segunda é descrito o decorrido no módulo III.

Após terem sido subdivididas cada uma das partes, pode dizer-se que o primeiro objectivo da primeira parte foi realizar o enquadramento conceptual do módulo I e II no CSL, contextualizando o leitor na temática abordada. Seguidamente, elaborou-se uma breve abordagem à problemática das doenças cardiovasculares e o diagnóstico de situação, que pretendeu caracterizar o CSL e a sua área envolvente, descrever os objectivos e actividades desenvolvidas ao longo do módulo I e por fim, fazer uma apresentação dos resultados obtidos a partir do diagnóstico de situação.

Incluído ainda na primeira parte, mas relacionado com o segundo módulo, expõe-se um capítulo, que pretende explicar o projecto de intervenção elaborado para o CSL integrado no âmbito das doenças cardiovasculares, referindo os objectivos e actividades desenvolvidas e especificando no final os contributos deste projecto.

Na segunda parte deste relatório realizou-se inicialmente o enquadramento conceptual do módulo III no Serviço de Nefrologia do HCC, fazendo-se posteriormente uma abordagem, relativamente às implicações da comunicação e da teoria de Madeline Leininger. No segundo capítulo, apresentou-se a caracterização do serviço de nefrologia, os objectivos e actividades desenvolvidas no decorrer deste módulo, bem como os contributos deste projecto.

Por último, a conclusão descreve os objectivos alcançados e apresenta algumas sugestões.

A elaboração deste relatório tem o intuito de dar cumprimento à avaliação da unidade curricular com o mesmo nome, inserida no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Especialização em Saúde Comunitária, e simultaneamente procura ser um trabalho que visa apresentar o percurso desenvolvido no decorrer do estágio; descrever as actividades realizadas com a finalidade de atingir os objectivos do mesmo; descrever os contributos deste projecto reflectindo sobre os mesmos e fornecer um instrumento de avaliação.

1. OBJECTIVOS GERAIS DO ESTÁGIO

A realização do Curso de Mestrado na Área da Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária assentou na necessidade de evoluir a nível pessoal e profissional na carreira de enfermagem, procurando ir de encontro às indicações inscritas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), e no qual se refere que os cuidados de enfermagem especializados visam contribuir para que os enfermeiros assumam, “...um entendimento profundo sobre as respostas humanas da pessoa aos processos de vida e problemas de saúde, e uma resposta de elevado grau de adequação às necessidades do cliente.”⁽²⁹⁾

Desta forma, foram traçados alguns objectivos que tornassem possível a aquisição de competências necessárias aos conhecimentos de um enfermeiro especialista, sendo que o primeiro se relacionava exactamente com esta vontade de aprendizagem/auto-desenvolvimento pessoal e profissional, que deve ser tomado de forma autónoma, e que se pretende que seja contínuo. A aquisição e actualização de conhecimentos fazem parte de uma profissão em constante evolução e melhoria. O avanço da tecnologia e dos conhecimentos a nível da saúde deve ser acompanhado pelos profissionais de saúde que prestam os cuidados às pessoas, não descurando portanto os profissionais que mais tempo disponibiliza no contacto com os utentes – os enfermeiros.

Um outro objectivo, previsto ao realizar a especialidade prende-se com a vontade de incorporar na prática diária os resultados obtidos e validados através da investigação. A aplicação dos conhecimentos na prática contribui para a prestação de cuidados especializados, melhorando os cuidados ao utente, à família ou comunidade.

Partindo deste objectivo pode alcançar-se outro, e que se prende com capacidade que o enfermeiro especialista deve ter na motivação da equipa com quem trabalha, promovendo o crescimento dessa equipa, integrando-a em novos projectos e consequentemente contribuir para a melhoria e desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.

De uma forma mais específica, pode dizer-se que um dos objectivos gerais previsto ser alcançado ao longo deste percurso, se encontrou directamente relacionado com a experiência pessoal vivida em contexto de trabalho, e prendeu-se com a necessidade de demonstrar conhecimentos aprofundados relacionados com as técnicas

de comunicação, e na forma como estas podem melhorar a prestação de cuidados aos utentes e suas famílias, procurando respeitar sempre os seus valores, crenças e cultura.

PARTE I – PERCURSO DECORRIDO AO LONGO DO MÓDULO I E II

1. Diagnóstico de Situação

1.1. Caracterização do Centro de Saúde do Lumiar

O CSL encontra-se integrado no ACES de Lisboa Norte, do qual fazem também parte os centros de saúde de Alvalade, Benfica e Sete Rios.

Os ACES podem ser constituídos por várias unidades funcionais e agrupar um ou mais centros de saúde.

Em relação à missão predestinada para estes agrupamentos, pode referir-se que o seu principal objectivo é o de garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica procurando manter os princípios de equidade e solidariedade, contribuindo para que todos os grupos populacionais possam partilhar de igual forma dos avanços científicos e tecnológicos colocados à disposição dos cuidados de saúde e bem-estar.

Nas actividades que desenvolvem preconizam promover a saúde e prevenir a doença da população, estruturando para esse facto diferentes unidades funcionais, como por exemplo: Unidades de Saúde Familiar, Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, Unidades de Cuidados na Comunidade, Unidades de Saúde Pública, Unidades de Recursos Assistências Partilhados, entre outras que poderão vir a ser aprovadas. Estas unidades funcionais têm por base de trabalho uma equipa multiprofissional, e dispõem de autonomia organizativa e técnica.

O CSL é constituído pela sede no Lumiar, duas extensões (Alta do Lumiar e Charneca) e pelo Centro de Diagnóstico de Pneumologia dependendo hierarquicamente e funcionalmente da Administração Regional de Saúde de Lisboa.

Dos programas e consultas existentes na sede do CSL podem enumerar-se: Unidade de Prestação de Cuidados Continuados, Sala de Tratamentos, Consultas de Medicina Geral e Familiar, Consulta de Diabetes, Consulta de Saúde Infantil, Consulta de Saúde Materna e Planeamento Familiar, Consulta de Cessação Tabágica, Psicologia e Serviço Social.

Neste centro de saúde existe também em funcionamento o CATUS (Centro de Atendimento e Tratamentos Urgentes), destinado ao atendimento de situações de doença aguda. Este centro funciona de segunda a sexta-feira das 18 horas às 22 horas e aos sábados, domingos e feriados entre as 10 e as 18 horas.

Durante o período no qual decorreu o módulo I e II, não existia no CSL qualquer unidade funcional atrás descrita, encontrando-se apenas em fase de projecto a Unidade de Cuidados na Comunidade.

Da área de influência do centro de saúde, fazem parte as freguesias da Ameixoeira, Charneca e Lumiar. O total da população residente nas três freguesias, calcula-se perto dos 100.000 habitantes.

Este centro, abrange uma área geográfica de cerca de 9,608 Km², e uma população residente estimada em 55738 mil habitantes (censos de 2001), sendo que estes habitantes, se distribuem pelas freguesias anteriormente descritas.

A população habitante nestas freguesias é muito heterogénea, com uma percentagem elevada de multiculturalidade, o que conduz inevitavelmente à presença de grandes contrastes, quer a nível do espaço físico, quer relativamente aos aspectos demográficos e socioeconómicos. Apesar de neste momento a população que vivia em barracas, se encontrar realojada em prédios (em 2000/2001 teve início um programa de realojamento de famílias carenciadas) que foram construídos de raiz para esse efeito, em alguns casos a pobreza manteve-se.

A multiculturalidade é também sinónimo de misto de pessoas de diferentes culturas e conseqüentemente, de diferentes valores, hábitos e estilos de vida. A população destas três freguesias, é constituída essencialmente por adultos idosos originários de várias províncias de Portugal, pessoas de etnia cigana, pessoas originárias das antigas colónias de Portugal, e agora com maior frequência se observa a chegada de imigrantes oriundos de diversos pontos da Europa e mesmo do Mundo. Estes últimos têm feito parte de uma população móvel, que não se fixa por longos períodos numa determinada freguesia.

Apesar de na fase de realojamento terem sido criados novos bairros, nos quais se tenta impor a mistura de classes sociais, tendo sido construídos prédios de venda livre (alguns considerados habitações de luxo) a par com prédios de realojamento, a maioria dos habitantes continua a fazer parte de famílias maioritariamente numerosas, com baixos níveis de escolaridade, economicamente carenciadas e com elevadas taxas de

desemprego. É neste contexto que se verifica o crescimento de actividades ilícitas, nomeadamente o tráfico/consumo de droga, marginalidade e prostituição.

Considerando os Censos de 2001, a freguesia do Lumiar, ocupa uma área geográfica de 6282 km, tendo uma população residente de cerca de 36309 habitantes. É predominante o sector terciário, relativamente ao aspecto socioeconómico (71,3% da população activa), e entre os não activos, existe 6,6% da população desempregada.

A área geográfica da freguesia da Ameixoeira é de 1622 km, possui uma população constituída por 9534 habitantes, sendo a maioria população jovem.

Quanto à freguesia da Charneca a população residente é de 10165 habitantes, também sendo o maior grupo etário a população jovem.

Relativamente aos recursos da comunidade, as três freguesias abrangidas pelo Centro de Saúde do Lumiar, dispõem de variados recursos, entre eles: estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços; serviços administrativos; administração pública; protecção civil; recursos educacionais, culturais, recreativos e desportivos; recursos para a terceira idade; recursos de saúde e locais de culto.

1.2. Pertinência da temática escolhida

A escolha da temática desenvolvida ao longo dos dois primeiros módulos de estágio surgiu na sequência de reuniões informais realizadas com a Enf.^a orientadora dos módulos I e II, nas quais foram abordados os projectos que se encontram em curso naquele centro de saúde, bem como as necessidades sentidas.

Em relação à saúde do adulto/idoso, o CSL dispõem de vários programas, no entanto, constatou-se que existe uma lacuna no que se refere aos cuidados prestados aos utentes com Doença Cardiovascular (DCV), ou que apresentem factores de risco que possam ser desencadeantes dessa patologia.

As DCV, representam um conjunto de doenças e condições que envolvem o coração e os vasos sanguíneos e são consideradas a principal causa de morte em Portugal (cerca de 40%), sendo também descritas como uma importante causa de morbilidade. Das doenças cardiovasculares, e segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS) existem duas que afectam particularmente os Portugueses: A Doença Cardíaca Isquémica (DCI) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Segundo os indicadores e metas previstos pelo Plano Nacional de Saúde a taxa de mortalidade por DCI ⁽²⁰⁾ antes

dos 65 anos em Portugal Continental apresentou em 2006 valores de 10,1 óbitos por 100 000 indivíduos e a taxa de mortalidade por AVC ⁽¹⁹⁾ apresentou no mesmo ano um valor de 9,9%.

Em Portugal tem se verificado um decréscimo da taxa de mortalidade por DCI, encontrando-se neste momento próximo do melhor valor da Europa dos 15 (França: 9,9% em 2005). No entanto, no que se refere à taxa de mortalidade por AVC abaixo dos 65 anos em Portugal apresentou valores muito superiores aos da Áustria e outros países da Europa dos 15, onde se verificam taxas de mortalidade entre os 5 e 6 óbitos por 100 000 indivíduos.

É importante ter em consideração que a maior parte as DCV dependem de factores de risco, que surgem com frequência associados a estilos de vida inapropriados, e se é verdade que alguns factores de risco podem ser modificados, existem outros que são os chamados não-modificáveis ou fixos.

Desta forma, deve ter-se presente os ensinamentos trazidos ao longo dos anos e deve fazer-se enfoque sobre a promoção da saúde, que tal como enuncia a Carta de Ottawa de 1986, “*é o processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controle sobre a sua saúde (e seus determinantes) – sobretudo, comportamentais, psicossociais e ambientais*” ⁽²⁾, ao que a Carta de Bangkok acrescentou em 2005 a noção de “*saúde como um recurso*” e de “*empreendimento colectivo*”. ⁽¹⁾

A população apresenta hoje comportamentos de vida pouco saudáveis e que contribuem para o aumento do risco de doença cardíaca. Segundo o PNS 2004/2010, existe um elevado nível de sedentarismo, mesmo entre a população activa, e os hábitos alimentares têm uma propensão cada vez maior para a presença de elevadas quantidades de sal, gorduras e açúcares e baixos níveis de fibras e vegetais. O PNS, faz também referência aos hábitos tabágicos, que apesar de serem mais baixos comparativamente aos níveis europeus, ainda não se encontram controlados, demonstrando inclusive uma tendência de crescimento entre os jovens e as mulheres.

A educação para a saúde assume um papel primordial na estratégia global de promoção da saúde. Não é simples a tarefa de mudar estilos de vida, que implicam lidar com variáveis psicológicas como a motivação, expectativas pessoais, conhecimentos, comportamentos e hábitos.

Na procura pela saúde, considera-se hoje em dia que o essencial é a promoção da saúde de uma forma globalizante e positiva, em lugar da tradicional prevenção de doenças específicas. O enfermeiro deve constituir parte de uma equipa de saúde que seja capaz de conduzir os indivíduos a adoptarem um estilo de vida saudável, acompanhado por sentimentos de tranquilidade e bem-estar, “...*informar as pessoas sobre os meios de redução dos riscos comportamentais e, por outro, promover mudanças sociais e ambientais na comunidade que facilitem essas mesmas mudanças.*”⁽¹¹⁾

O enfermeiro como agente de educação para a saúde, deve agir no sentido de incidir a sua actuação cada vez menos sobre o carácter preventivo de algumas doenças específicas e apostar cada vez mais na promoção, ou seja, “... *deve levar o indivíduo a adoptar um estilo de vida saudável, capaz de desempenhar um papel apreciável na redução do risco de contrair doenças, proporcionando a vivência de sentimentos de bem-estar que acompanham esta mudança.*”⁽¹¹⁾

Neste contexto, decidiu-se então realizar um projecto, no qual fosse implementado um programa de enfermagem destinado às DCV, que permitisse inicialmente a organização dos utentes que apenas realizam avaliação periódica da tensão arterial, pretendendo-se que a posteriori existisse um contributo que procurasse desenvolver estratégias de promoção e educação para a saúde que possam ser eficazes na diminuição dos problemas relacionados com estas doenças.

Ao desenvolver este tipo de práticas de educação para a saúde, considera-se que o enfermeiro de saúde comunitária, munido-se dos seus conhecimentos de cuidados especializados, irá conseguir que os indivíduos e a comunidade se consciencializem sobre o impacto negativo que alguns aspectos do ambiente podem ter na sua saúde e nas origens psicossociais da doença, capacitando-os para no exercício da sua autonomia, poderem tomar decisões responsáveis a nível individual ou comunitário.

1.3. Fundamentação teórica dos temas abordados

1.3.1. Objectivos do Programa Nacional de Saúde na Doença Cardiovascular

Considerando o Programa Nacional de Prevenção e controlo das Doenças Cardiovasculares⁽²³⁾ inserido no PNS 2004-2010, pode referir-se que este pretende abranger três objectivos estratégicos, que visam: obter ganhos em saúde, aumentando o

nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença; utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados; garantir mecanismos adequados para a efectivação do Plano, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do Plano.

Na elaboração do programa, foram definidas estratégias de intervenção ⁽²³⁾ que assentam na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares, para as quais devem ser contempladas acções populacionais e individuais. Quando são referidas acções populacionais, estas devem englobar um conjunto de medidas destinadas à população geral ou a grupos sociais específicos, começando pela educação para a saúde e pela comunicação social, objectivando a diminuição da prevalência de factores de risco (ex: sedentarismo, tabagismo ou erros alimentares), aumentando assim a prevalência de factores de protecção como a actividade e a escolha de uma alimentação saudável.

Relativamente às acções individuais, estas destinam-se a pessoas identificadas como portadoras de factores de risco ou de doença cardiovascular, no próprio indivíduo ou família, e nas acções de natureza informativa, formativa e normalizadora dirigidas aos profissionais de saúde, visando melhorar a prática na área cardiovascular.

1.3.2. Avaliação do Risco Global Cardiovascular

O Risco Global Cardiovascular (RGC), representa o risco de um indivíduo poder vir a sofrer de doença aterosclerótica e das suas complicações cardiovasculares. Existem várias escalas para cálculo do risco cardiovascular global e todas correlacionam vários factores de risco. O SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) é o instrumento recomendado na Europa, e no caso de Portugal, encontra-se legislada pela circular normativa de Direcção Geral da Saúde, publicada em Abril de 2007⁽²⁴⁾.

Ao avaliar o RGC, o objectivo primordial é identificar grupos de indivíduos que devem ser aconselhados e tratados com o intuito de prevenir a DCV, assim como perceber a nível terapêutico quais serão as medidas mais adequadas. Ao nível da modificação de comportamentos, a aplicação da escala, constitui um benefício, na

medida em que permite motivar os indivíduos para alterar comportamentos, uma vez que através da escala podemos ilustrar quais os benefícios que podem ser obtidos se forem diminuídos os factores de risco⁽⁵⁾.

Desta forma, podemos contribuir para o processo de capacitação dos indivíduos, fornecendo-lhes informações que lhes possam ser úteis para tomarem decisões responsáveis e em consciência, acreditando que estas decisões nem sempre são facilitadas pela sociedade em que nos inserimos que nos empurra para um meio consumista e que frequentemente não é o mais benéfico para a nossa saúde⁽⁴⁾.

Também segundo o professor Abreu Lima “...a adesão às recomendações é influenciada por múltiplos factores de natureza individual – psicológica e económica sobretudo – mas também de natureza social e cultural.”

A estimativa de RGC, baseia-se numa relação entre sexo, idade, tabagismo, pressão arterial sistólica, colesterol total ou rácio colesterol total/HDL-colesterol e indica a probabilidade de morte por doença cardiovascular a 10 anos. O risco é classificado em 7 categorias diferente, que vão desde <1% a 15%.

Existem grupos de risco, aos quais é dada especial atenção como o caso dos diabético e dos indivíduos que já apresentaram antecedentes pessoais de AVC. Para os diabéticos o valor de risco obtido é multiplicado por 4 no caso das mulheres e por 2 no caso dos homens e nas situações de AVC anterior, o valor é multiplicado por 1,5. É considerada uma categoria de alto risco e susceptível de medidas de prevenção farmacológica, um risco absoluto maior ou igual a 5%⁽²⁴⁾.

Para realizar a avaliação do RGC, utilizam-se tabelas (Anexo I), que derivam do projecto SCORE. Existem duas tabelas (Alto Risco Cardiovascular e Baixo Risco Cardiovascular), que são aplicadas conforme é considerado o risco de cada país da Europa. No caso de Portugal, o facto de sermos considerados um país de baixo risco de DCV, implica a aplicação da tabela de baixo risco cardiovascular⁽⁵⁾.

Para realizar o rastreio da avaliação global do risco cardiovascular, o método utilizado, será o da avaliação de consultório, que consiste em realizar 2 registos com o doente sentado, num intervalo de 5 minutos. A tensão arterial deve ser confirmada no braço contralateral.

Neste caso, os limites considerados valores de hipertensão arterial, são os que apresentem valores de TA sistólica ≥ 140 e ou TA diastólica ≥ 90 mmHg, excepto, no caso dos diabéticos, em que os valores considerados são TA sistólica ≥ 130 e ou TA

diastólica ≥ 80 mmHg, uma vez que a aterosclerose progride mais rapidamente nestes doentes ⁽²²⁾.

Acrescem a estas determinações essenciais da norma, que a mesma não deva ser aplicada de modo fundamentalista, tendo em conta o indivíduo com um todo, e considerando outros factores que podem ser potenciadores de um risco global cardiovascular superior ao indicado na tabela ⁽²⁴⁾.

Contudo, esta escala apresenta limitações como o caso de prever a probabilidade de ocorrência de eventos fatais e excluir os não fatais. As folhas de cálculo não permitem a inclusão de outras variáveis e limitam o seu resultado à avaliação dos factores de risco naquele momento e não nos valores habituais ⁽²⁴⁾.

1.3.3. Condicionantes da avaliação do Risco Global Cardiovascular

“A estratégia de prevenção da doença, através da avaliação do risco, é uma abordagem quantitativa da saúde que os profissionais podem usar para ajudar os indivíduos e grupos a maximizar as suas actividades de auto-cuidado.” ⁽⁵⁾

Ao aplicar esta estratégia, pode comparar-se a informação fornecida pelos indivíduos sobre as práticas relacionadas com a sua saúde, os seus hábitos de vida, as características demográficas e as histórias médicas pessoais e familiares com os dados de estudos epidemiológicos e as estatísticas vitais.

Esta estratégia passou a ter maior impacto e ganhou popularidade no início dos anos 70, por três factores essenciais. Primeiro, porque todo o ênfase era dado na promoção da saúde e prevenção da doença, segundo, porque os estudos epidemiológicos proporcionaram uma base de dados empírica que permitiu fazer previsões a partir de métodos de avaliação de riscos, e por fim, deveu-se à existência de múltiplos instrumentos de avaliação de risco para aplicação na prática clínica. A principal interessada e que reconheceu a importância da redução dos riscos foi a indústria dos seguros, pois assim era-lhe permitido fazer uma contenção de custos, promovendo também que a avaliação dos riscos fosse realizada nos locais de trabalho e nos serviços de cuidados de saúde ⁽¹⁶⁾.

Existem vantagens e desvantagens na avaliação de riscos de saúde. Uma das vantagens da avaliação dos riscos de saúde é a de incluir recomendações para acções preventivas, que podem favorecer o auto-cuidado dos indivíduos e consequentemente

facilitar aos enfermeiros medidas de suporte e directivas destinadas a actividades de aconselhamento e educacionais necessárias para estes indivíduos. Outra vantagem, é a de que a análise dos resultados das avaliações de risco, pode medir a eficácia das intervenções planeadas para a redução dos riscos, ou seja, quando realizadas em diferentes períodos elas indicam como as mudanças de comportamento influenciaram os riscos de saúde e a esperança de vida.

Como desvantagem, pode apontar-se o facto de todos os instrumentos de avaliação terem os seus limites, dos quais se podem destacar: a validade e a confiança questionável dos instrumentos, a inconsistência com a qual os diferentes instrumentos de avaliação medem e analisam as características de saúde e a sobrevalorização dos factores de hábitos de vida e a falta de atenção para outros riscos importantes (ex: perigos ambientais e cuidados de saúde inadequados) ⁽⁵⁾.

Para superar estes inconvenientes, é importante que as avaliações dos riscos de saúde sejam complementadas com um conjunto de outros factores, como a observação e a colheita de dados clínicos.

A avaliação dos riscos de saúde, pode assim ser feita tanto a nível individual como comunitário. Cabe ao enfermeiro de saúde comunitária analisar os resultados e perspectivar medidas de controlo dos mesmos.

1.3.4. A adequação do Modelo Teórico de Nola Pender

Na sua essência a enfermagem preocupa-se desde os seus primórdios em assegurar cuidados de saúde humanizados a quem deles necessita. Muitas teóricas de enfermagem, têm vindo a investigar e a aprofundar conhecimentos sobre diferentes modelos de actuação, que podem ser tidos em consideração ao cuidar de cada pessoa.

Pender, nascida em 1941, desenvolveu um trabalho de pesquisa e investigação direccionado para a importância da enfermagem na promoção da saúde. O seu modelo reflecte as suas bases teóricas relacionadas com a enfermagem holística, a psicologia social e a teoria de aprendizagem ⁽³⁵⁾, tendo sido apresentado pela primeira vez em 1982.

Embora a sua construção seja semelhante ao Modelo de Crença na Saúde, a teórica de enfermagem Nola Pender, distanciou-se do mesmo, na medida em que não incluiu no seu modelo de promoção da saúde “...o medo ou ameaça como fonte de

motivação para o comportamento de saúde.”⁽³⁵⁾ e tornou-se mais abrangente, ao “...incluir comportamentos para melhorar a saúde e aplica-se potencialmente ao longo do ciclo vital.”⁽³⁵⁾.

Este modelo, funciona como base numa tentativa de descrever a natureza multifacetada das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram a saúde, apresentando uma abordagem orientada para o foco. A teórica, “...afirma que existem processos bio-psico-sociais complexos que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados no sentido da melhoria da saúde.”⁽³⁵⁾. Podendo ser aplicado em diversos contextos e ao longo de todo ciclo vital, o facto de enfatizar o papel activo da pessoa na gestão dos seus comportamentos de saúde, faz com que seja um importante instrumento de trabalho para os enfermeiros que apostam que a promoção da saúde não deve ser secundária, comparativamente aos cuidados à doença.

A autora, criou um instrumento, que pretende identificar os factores cognitivos e perceptivos como constituindo as principais determinantes do comportamento de promoção da saúde.

De seguida, apresenta-se a figura 1 que exemplifica o modelo proposto por Pender:

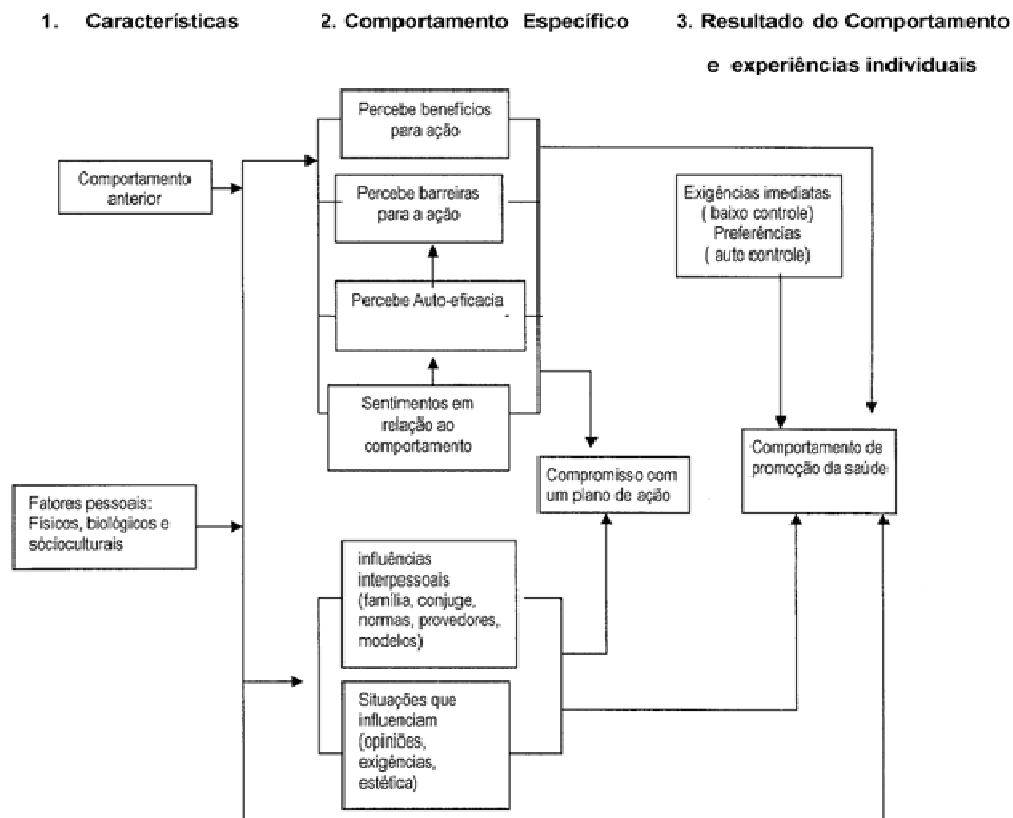


Figura 1 – Modelo enfermagem proposto por Pender

Neste diagrama, ressaltam as características e as experiências individuais que condicionam as acções de saúde tomadas pelos indivíduos.

Relativamente ao *Comportamento Anterior*, pode dizer-se que a frequência do comportamento igual ou semelhante no passado, pode provocar efeitos directos e indirectos sobre a probabilidade de ter comportamentos de promoção da saúde.

No que se refere aos *Factores Pessoais*, estes podem ser de natureza biológica, psicológica e sócio-cultural, e tendem a ser moldados pela natureza do comportamento-alvo a ser considerado.

Os aspectos a seguir focados, encontram-se directamente relacionados com os conhecimentos e situações próprias do comportamento, que apresentam uma elevada carga motivacional, e constituem um importante foco de atenção para os enfermeiros, pois podem ser modificadas através de acções de enfermagem. Destes, podem destacar-se: os *Benefícios da Acção Percebidos* as *Barreiras Percebidas à Acção* a *Auto-eficácia Percebida* a *Actividade Relacionada com a Apresentação* as *Influências Interpessoais* e as *Influências Situacionais*.

O *Compromisso Com Um Plano de Acção*, permite que seja identificada uma estratégia planeada, que conduza à implementação de um comportamento de saúde.

As *Exigências e Preferências de Competição Imediatas*, traduzem-se por comportamentos alternativos, sobre os quais os indivíduos têm um controlo reduzido, devido às contingências ambientais, como por exemplo o trabalho ou as responsabilidades de cuidar da família.

No que se refere ao *Comportamento de Promoção da Saúde*, este resulta da acção orientada no sentido da obtenção de ganhos em saúde, tais como o bem-estar óptimo, realização pessoal e existência produtiva.

Da quarta edição da obra de Nola Pender, emergiram catorze pressupostos indicadores de factores que podem contribuir para promoção da saúde e facilitar a adequação dos cuidados de enfermagem, dos quais se destacam alguns:

“ - *O comportamento anterior e as características, herdadas ou adquiridas, influenciam as crenças das pessoas e regulamentação do comportamento de promoção de saúde.*

- *As pessoas comprometem-se mais facilmente com comportamentos dos quais antecipam benefícios pessoalmente valorizados.*

- *As barreiras percebidas podem inibir o compromisso com a acção, o mediador do comportamento e o comportamento.*

- *A competência percebida ou a auto-eficácia para executar um dado comportamento aumenta a probabilidade do compromisso com a acção e com o desempenho real do comportamento.*

- *Uma maior auto-eficácia percebida, resulta em menos barreiras percebidas ao comportamento de saúde específico.*

- *As famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adopção de comportamentos de promoção da saúde.*

- *Quanto maior o compromisso com um plano de acção específico, maior a probabilidade de se manterem comportamentos de promoção da saúde ao longo do tempo.”* ⁽³⁵⁾

Reflectindo sobre o fenómeno das DCV e sabendo-se que estas apresentam uma elevada taxa de relação com factores de risco modificáveis, os quais têm sido alvo de inúmeras campanhas de informação e sobre os quais a maioria da população se encontra informada, relativamente aos perigos da continuação desses comportamentos, será adequado reflectir sobre a importância do modelo de enfermagem de Nola Pender, pois este visa adequar os cuidados de promoção da saúde de forma individualizada. É importante que a pessoa verbalize as suas preocupações e necessidades em relação aos comportamentos que pretendem mudar. Neste caso, o enfermeiro deverá em conjunto com o indivíduo identificar os factores cognitivos e perceptivos determinantes do comportamento de promoção da saúde importantes para ele e construir assim um plano de acção que vise a mudança de comportamentos.

2. Objectivos específicos e actividades desenvolvidas no módulo I

Os estágios de enfermagem, independentemente da fase de aprendizagem em que o aluno se encontra, têm o intuito de ser sempre momentos que favoreçam o crescimento pessoal e profissional do estudante, facilitando o processo de aprendizagem e a sua aplicação prática, sempre acompanhada por fundamentação teórica.

Ao longo deste capítulo pretende-se focar os diferentes objectivos planeados na consecução do projecto, abordando os aspectos realizados e não realizados, especificando os factores e motivos que levaram à concretização deste percurso.

O Módulo I foi desenvolvido no CSL, e decorreu no período entre 20 de Abril e 20 de Junho com a duração de 180 horas. O objectivo geral pretendido para este módulo, foi o de elaborar um diagnóstico de situação relacionado com as DCV, relativamente a uma determinada população (Funcionários das Juntas de Freguesia da Ameixoeira, Charneca e Lumiar).

O método utilizado para obter o diagnóstico de situação, foi a realização de um rastreio. Relativamente a este método, pode especificar-se, que incluído no nível de prevenção secundária, *“é o processo pelo qual doenças ou alterações não conhecidas do estado de saúde são identificadas por testes que podem ser aplicados rapidamente e em larga escala (...) separam indivíduos aparentemente saudáveis de indivíduos que podem ter uma doença.”* ⁽⁷⁾

Esta escolha, considerou-se também importante, na medida em que permite estabelecer uma maior proximidade entre aquela população e o Centro de Saúde, conseguindo-se ao mesmo tempo alertar os indivíduos para a importância da prevenção de doenças e acidentes cardiovasculares promovendo em simultâneo a adopção de estilos de vida saudáveis

Tendo em consideração o objectivo geral proposto para ser atingido durante a realização deste módulo, foram desenvolvidas várias actividades que permitiram chegar a algumas conclusões, relativamente à população em estudo.

O primeiro objectivo específico delineado - *“Conhecer a problemática relacionada com as doenças cardiovasculares”*, encontrava-se direccionado para a necessidade de aprofundamento de conhecimentos.

De forma a concretizar este objectivo, foi efectuada pesquisa/leitura bibliográfica, de vários artigos relacionados com a problemática das DCV. Ressalva-se a importância da leitura das circulares normativas relativas ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares de 2003, revista em 2006, bem como a leitura e análise da circular normativa referente ao Risco Global Cardiovascular de 18/04/2007 e as *Guidelines* emitidas pela Sociedade Europeia de Hipertensão.

Da consulta bibliográfica realizada, identificou-se que uma das estratégias propostas pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Doenças Cardiovasculares, destinado à identificação dos portadores de factores de risco é a realização do exame periódico de saúde, no qual foi reforçado pela DGS a avaliação do RGC através da emissão de uma Norma ⁽²⁴⁾.

Neste contexto, efectuou-se um estudo aprofundado, relativamente à utilização da Norma, o que constituiu um suporte de conhecimentos fundamentais relacionados com os conceitos que envolvem a avaliação do RGC.

Dada a complexidade que engloba a avaliação deste risco, e porque nenhum aspecto pode ser descurado, considerou-se importante ter o testemunho de um perito nesta área, tendo sido para o efeito marcada uma reunião informal com um médico especialista em cardiologia. Esta reunião teve a duração de aproximadamente 1 hora e foram abordados temas específicos, relacionados com a avaliação do RGC e interpretação das grelhas de avaliação do risco.

Com o objectivo de procurar dar resposta às necessidades sentidas no CSL, no que se refere às DCV, e sabendo da importância de motivar os profissionais de enfermagem para a implementação deste projecto, foi desenvolvido o segundo objectivo, que englobava a necessidade de – ***“Conhecer a dinâmica de funcionamento do CSL”***.

Nesta fase, foi importante compreender e aprofundar conhecimentos relativamente às actividades que podem ser desenvolvidas a nível da Saúde Comunitária, pelo que foram consultados artigos relacionados com esta temática.

O facto de experienciar a realidade vivida no CSL, permitiu identificar a problemática sentida em virtude da inexistência de um programa de saúde de doenças cardiovasculares, o que se traduz no facto de os utentes recorrerem frequentemente aos cuidados de saúde, para realizarem um acto isolado de avaliação da tensão arterial, sem

que lhes seja prestado um acompanhamento que permita fazer um diagnóstico do seu problema de saúde, implementar um plano de cuidados e fazer a respectiva avaliação do mesmo.

No CSL houve oportunidade de fazer uma observação participativa nos programas de saúde que ali decorrem, tendo sido dado maior destaque à consulta de enfermagem de apoio aos utentes portadores de Diabetes Mellitus. A identificação da organização e dinâmica de funcionamento desta consulta, foi muito importante, na medida em que sendo uma das prioridades a implementação de uma consulta de enfermagem destinada ao acompanhamento de utentes com DCV, e apresentando estes utentes frequentemente alguns factores de risco comuns, foi sugerido que fosse integrado neste projecto a colaboração das enfermeiras que a realizam a consulta de Diabetes.

Considerando os dados estatísticos da Sociedade Portuguesa de Diabetologia⁽³³⁾, nos quais se estima que as complicações cardiovasculares constituem a principal causa de morte na população diabética, sendo responsáveis por cerca de 75-80% do total de mortes registadas.

Ao analisar estes valores, e tendo como principal foco de atenção os cuidados prestados aos utentes, a capacitação destas enfermeiras para a realização da consulta de DCV é de extrema importância, no sentido em que ao se verificar que a percentagem de utentes com estas duas patologias é muito frequente, podem rentabilizar-se recursos humanos e diminuir-se também o número de vezes que os utentes têm de recorrer ao CSL, para receberem cuidados de enfermagem.

Tendo sido consideradas desde o início, a importância das directivas emanadas pelo Programa Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Cardiovasculares, no qual se prevê que existam estratégias de sensibilização que permitam a “...*mobilização geral da sociedade para a promoção e preservação da saúde, através da educação, informação e formação dirigida, em termos gerais, a todos os grupos etários e profissionais...*”⁽²³⁾, e que para tal se deve fazer recurso de várias entidades, incluindo a dos educadores, na qual nos encontramos inseridos, determinou-se que este projecto, deveria focar-se não só na população que por sua iniciativa se dirige ao Centro de saúde, mas também ser dirigido para as necessidades da população que se encontra dispersa pela comunidade. Foi realizado um levantamento dos parceiros da comunidade com o

CSL (Escolas, Grupos Comunitários, Empresas públicas e privadas), tendo-se concluído que as Juntas de Freguesia (Ameixoeira, Charneca e Lumiar) reuniam uma amostra populacional em idade activa passível de ser estudada, e permitiam dar a conhecer o CSL, como uma instituição que zela pelo bem-estar dos indivíduos.

Tendo conhecimento de que a legislação vigente no nosso país, tem demonstrado interesse e preocupação pelas questões relacionadas com a organização e funcionamento das actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho (O Decreto-Lei nº 109/2000 de 30 de Junho, encontrava-se em vigor na fase da realização do estudo, tendo sido alterado posteriormente pela Lei nº 102/2009 de 10 de Setembro de 2009), na qual se preconiza que a entidade empregadora, deva contribuir entre outros aspectos para a “...*organização da segurança, higiene e saúde no trabalho visa a prevenção dos riscos profissionais e a promoção da saúde dos trabalhadores;*”⁽³⁰⁾ e embora se tenha conhecimento que as instituições escolhidas apresentam serviços externos, ou seja, serviços contratados pela empresa a outras entidades, decidiu-se ir ao encontro do previsto no Capítulo II, Artigo 4.º do Decreto-Lei 109/2000, no qual é feita referência a que “...*as actividades de saúde podem ser organizadas separadamente das de segurança e higiene...*”, pretendeu-se assim reforçar a importância da promoção e vigilância da saúde em meio laboral, o que tal como já foi acima referido é um das estratégias preconizadas pela DGS.

Desta forma, o terceiro objectivo – “***Conhecer o risco de doença cardiovascular, nos funcionários das juntas de freguesia***”, abrangeu a realização de várias actividades, sendo que a primeira esteve directamente relacionada com as diligências que é necessário realizar, de forma a formalizar os pedidos de autorização para a realização dos rastreios aos funcionários das Juntas de Freguesia abrangidas pelo CSL.

Foram marcadas reuniões formais com os presidentes das juntas de freguesia, no sentido de poder expor os objectivos deste trabalho e definir datas para a realização dos rastreios.

Em relação às reuniões com os Presidentes das Juntas de Freguesia da Ameixoeira e da Charneca, estas realizaram-se nas suas instituições, e decorreram no dia 22/04/2009. As reuniões foram produtivas, na medida em que permitiram expor o projecto e ambos os Presidentes de Junta de Freguesia demonstraram total

disponibilidade e vontade de sensibilizar os seus colaboradores, no sentido de participarem neste rastreio. Seguiram depois por correio os pedidos formais (Anexo II).

Quanto ao contacto com o presidente da Junta de Freguesia do Lumiar, este não foi possível pessoalmente, pelo que o pedido foi formalizado por carta registada, e a confirmação foi a *posteriori* enviada por correio electrónico.

A realização desta actividade teve como base a realização de um instrumento de colheita de dados (Anexo III), que permitisse a caracterização da população em estudo, relativamente à problemática das DCV. A construção desse instrumento de trabalho teve por base a consulta bibliográfica.

O instrumento encontra-se constituído por três partes. A primeira parte é composta pela identificação da pessoa a quem é realizado o rastreio, constando da mesma o nome, o número de organização do processo e o Centro de Saúde a que pertence.

Na segunda parte incluíram-se os factores que compõem a base de sustentação da tabela de avaliação de RGC, da qual fazem parte o sexo, idade, presença de hábitos tabágicos, os registos de avaliação da tensão arterial (tal como preconizado pela circular normativa da DGS, para avaliação da tensão arterial, os indivíduos foram sujeitos a três avaliações – Uma no início, a segunda 5 minutos após a primeira, e a terceira no braço contra lateral), a respectiva média da tensão arterial sistólica e o valor do colesterol total.

Partindo do pressuposto de que aos indivíduos com diabetes já diagnosticada se multiplica o risco calculado (multiplica-se por 2 no caso dos homens e por 4 nas mulheres) e que se o utente tem doença cerebrovascular o risco calculado é multiplicado por 1,5, decidiu-se indicar nesta fase a presença ou não destas patologias uma vez que elas podem alterar significativamente o valor do risco.

Devido ao facto de existirem outras situações potenciadoras de um RGC superior ao indicado na tabela, incluíram-se na terceira parte algumas questões, com o objectivo de despistar essas mesmas situações. Desta forma, as questões realizadas, relacionavam-se com a profissão, a presença ou não de hábitos de vida sedentários, o estilo de alimentação que costumam praticar e os antecedentes familiares de doença cardiovascular prematura (segundo a Norma considera-se antes dos 55 anos para os homens e dos 65 anos para as mulheres). Considerou-se também importante deixar em

aberto um espaço para a inclusão de observações gerais consideradas importantes, resultantes da avaliação realizada.

Após terem sido marcadas as datas mais favoráveis para a realização dos rastreios, de forma a prejudicar o menos possível o funcionamento dos serviços, houve necessidade de fazer esse comunicado a todos os funcionários, para que pudessem aderir, e em simultâneo estivessem elucidados para a importância de terem em conta alguns cuidados alimentares na véspera da realização do rastreio, tais como a ingestão do jantar na véspera e do pequeno-almoço no dia do rastreio pobre em gorduras (Anexo IV).

Para a realização dos rastreios, foi-nos concedida em cada junta de freguesia uma sala isolada, que nos permitia total confidencialidade. Cada rastreio demorou em média entre 10 e 15 minutos, e sempre que os resultados obtidos, apresentavam algum desvio considerado significativo, os indivíduos eram elucidados acerca dessa problemática, tendo sido incentivados a procurar o seu médico de família ou outro, a fim de esclarecer esses mesmos valores.

Durante a realização dos rastreios, foi possível prestar cuidados individualizados aos indivíduos, referindo-se estes essencialmente a ensinamentos sobre alguns cuidados de saúde como a importância da realização de exercício físico de uma alimentação equilibrada e a divulgação de recursos da comunidade aos quais se poderiam dirigir consoante as suas necessidades, como por exemplo a consulta de cessação tabágica existente no CSL.

Neste âmbito, conforme o previsto na Lei de Bases da Saúde ⁽²⁸⁾, quando são enumerados os direitos e deveres dos cidadãos, pode considerar-se que os indivíduos foram dotados de conhecimentos relativos à sua saúde, e que sendo eles os primeiros responsáveis pela sua própria saúde, individual e colectiva, têm o dever de a defender e promover.

Foi também através do diálogo com cada pessoa individualmente, que se tornou possível identificar e compreender algumas das necessidades que os trabalhadores sentem no quotidiano, como por exemplo, o facto de alguns desempenharem funções muito sedentárias.

A adesão foi muito positiva, e sentiu-se que as pessoas demonstram preocupação relativamente ao seu estado de saúde.

A título de curiosidade, pode referir-se que dois funcionários de uma junta de freguesia, recusaram realizar o rastreio, alegando receio de perder o seu emprego, mesmo após terem sido informados que o estudo era totalmente confidencial, e que os resultados individuais não iriam ser comunicados aos seus superiores hierárquicos.

Depois de realizados os rastreios, tornou-se imperioso conhecer quais os resultados obtidos ao analisar aquela população e perceber qual o grau de risco de DCV.

No total nas três juntas de freguesia, foram rastreados um total de 40 indivíduos (25 do sexo feminino e 15 do sexo masculino), numa faixa etária compreendida entre os 22 e os 65 anos. Estes resultados serão abordados em maior profundidade no capítulo seguinte.

3. Resultados do diagnóstico de situação

Considerando que um dos papéis do enfermeiro especialista é promover e estimular a realização de medidas de acção que visem a promoção da saúde, e prevenção de doenças, este projecto ao ter sido direccionado para uma população activa, que se encontrava no seu local de trabalho, permitiu que as pessoas pudessem vigiar a sua saúde sem grande prejuízo da sua actividade laboral.

A realização deste rastreio permitiu perceber melhor a importância que tem a realização de iniciativas, que abranjam o exterior das unidades de saúde – Comunidade, na medida em que procura dar a conhecer a equipa de cuidados de saúde local e o seu interesse com a saúde e bem-estar da população envolvente. A receptividade das pessoas foi muito boa, e foi possível perceber-se que os indivíduos que participaram no estudo se encontravam facilmente despertados para a importância que pode ter a mudança de hábitos de vida.

Relativamente à aplicação da tabela para avaliação do RGC, o facto de cerca de metade da população rastreada apresentar idade inferior a 40 anos, levou a que o risco global cardiovascular fosse avaliado tal como preconizado na Norma pela tabela correspondente à faixa etária dos 40 anos.

Na realização deste estudo, participaram 40 indivíduos (**Gráfico 1** - Distribuição da população por freguesias), 25 do sexo feminino e 15 do sexo masculino (**Gráfico 2** - Distribuição da população por sexo), numa faixa etária compreendida entre os 22 e os 65 anos.

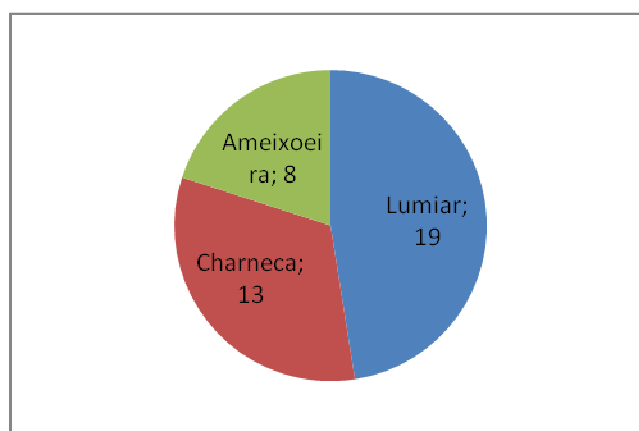


Gráfico 1 - Distribuição da população por freguesias

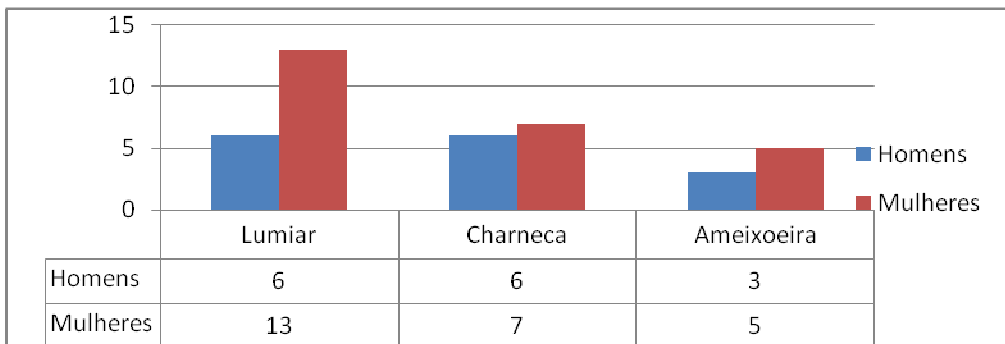


Gráfico 2 - Distribuição da população por sexo

Relativamente aos hábitos tabágicos, verificou-se, que 21% dos indivíduos são fumadores e 79% são não fumadores (**Gráfico 3** – Distribuição percentual da população segundo hábitos tabágicos) e (**Gráfico 4** – Distribuição da população segundo hábitos tabágicos e freguesia).

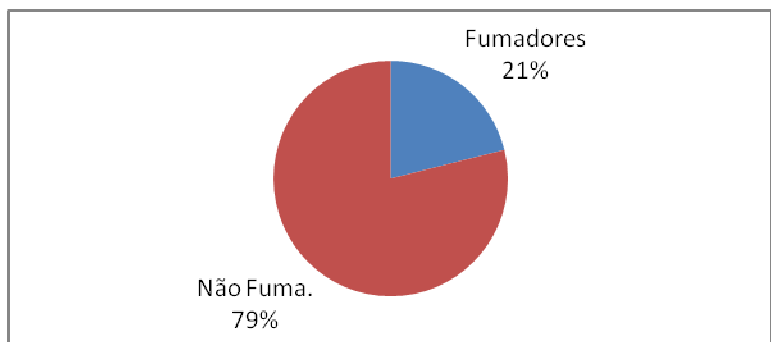


Gráfico 3 – Distribuição percentual da população segundo hábitos tabágicos

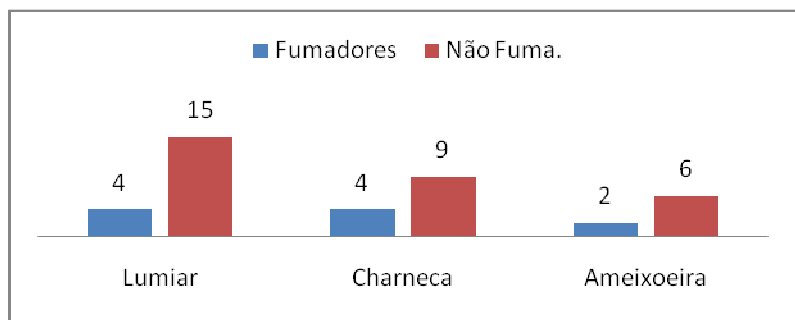


Gráfico 4 – Distribuição da população segundo hábitos tabágicos e freguesia

Quanto à distribuição da população, segundo os estadios da tensão arterial (**Gráfico 5** - Distribuição da população segundo os estadios da tensão arterial), pode constatar-se que mais de 50%, se encontram dentro da categoria Normal (120-

129mmHg) e que não existe nenhum indivíduo com o grau de HTA (Hipertensão) – estadio 2 (≥ 160 mmHg). No entanto, pode observar-se que no que se refere à população da Ameixoeira a pirâmide encontra-se invertida quando relacionada com a população da Charneca e do Lumiar, visto que se encontram em maior número os indivíduos com HTA – estadio 1, do que os que apresentam tensão arterial dentro dos padrões normais (Gráfico 6 - Distribuição da população segundo os estadios da tensão arterial e freguesia).

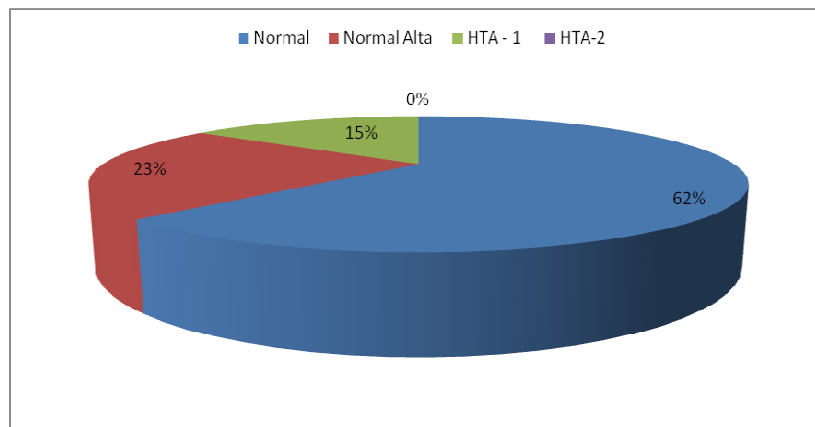


Gráfico 5 - Distribuição da população segundo os estadios da tensão arterial

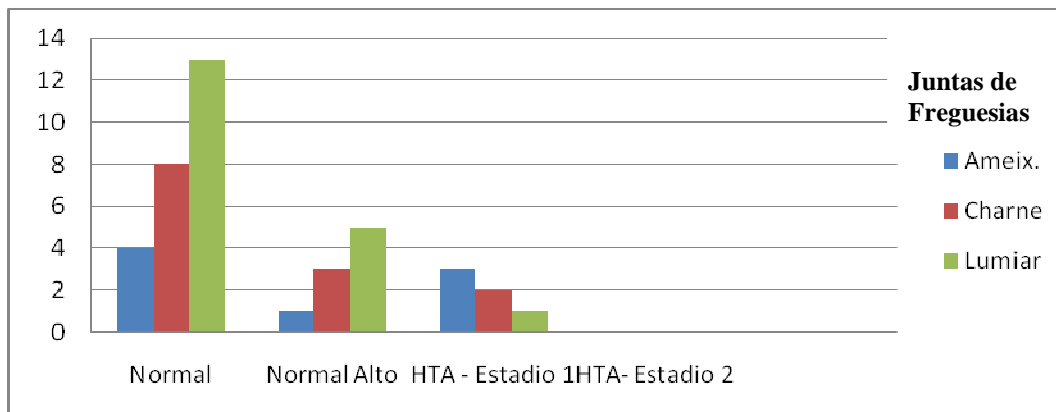


Gráfico 6 - Distribuição da população segundo os estadios da tensão arterial e freguesia

No que se refere aos hábitos de vida sedentários, estes, também constituem um factor importante a ter em consideração, uma vez que segundo informações do Portal da Saúde se estima que o sedentarismo seja causador de um milhão e 900 mil mortes a nível mundial, sendo que cerca de 22% dessas mortes ocorrem por doença cardíaca isquémica. O Portal da Saúde descreve também que o risco de se ter uma doença

cardiovascular aumenta 1,5 vezes nos indivíduos que não seguem as recomendações mínimas para a actividade física.

A população do estudo revelou apresentar uma maior percentagem de indivíduos não sedentários (**Gráfico 7** - Distribuição da população segundo hábitos de vida sedentários), embora alguns dos indivíduos que referiram a presença de sedentarismo nas suas vidas, tenham referido também que praticavam algum um tipo de desporto, mas que não consideravam suficiente para o seu quotidiano (**Gráfico 8** - Distribuição da população segundo relação entre hábitos de vida sedentários e prática de exercício físico).

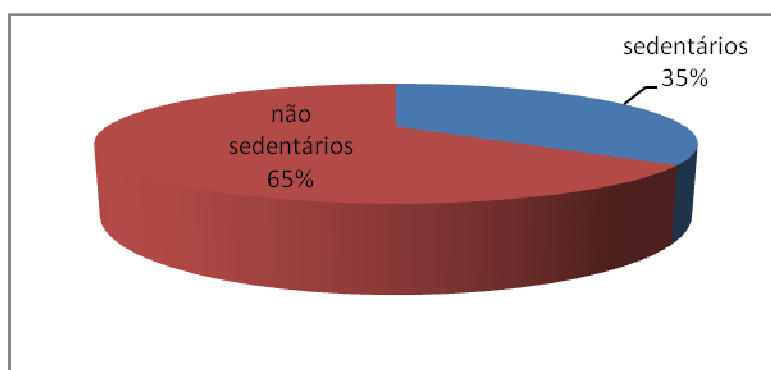


Gráfico 7 - Distribuição da população segundo hábitos de vida sedentários

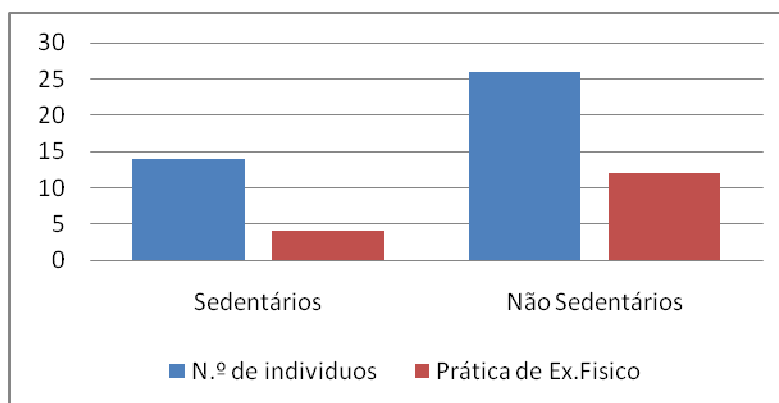


Gráfico 8 - Distribuição da população segundo relação entre hábitos de vida sedentários e prática de exercício físico

Em relação à oscilação que pode sofrer a tensão arterial em virtude de os indivíduos adoptarem ou não hábitos de vida sedentários, em ambos os gráficos 9 e 10 (**Gráfico 9** - Distribuição da população segundo relação entre hábitos de vida não sedentários e estadios da tensão arterial), (**Gráfico 10** - Distribuição da população segundo relação entre hábitos de vida sedentários e estadios da tensão arterial),

verificou-se uma maior percentagem de valores de tensão arterial normais, embora se tenha verificado também que na população não sedentária existiu um ligeiro aumento nos valores de HTA – estágio 1.

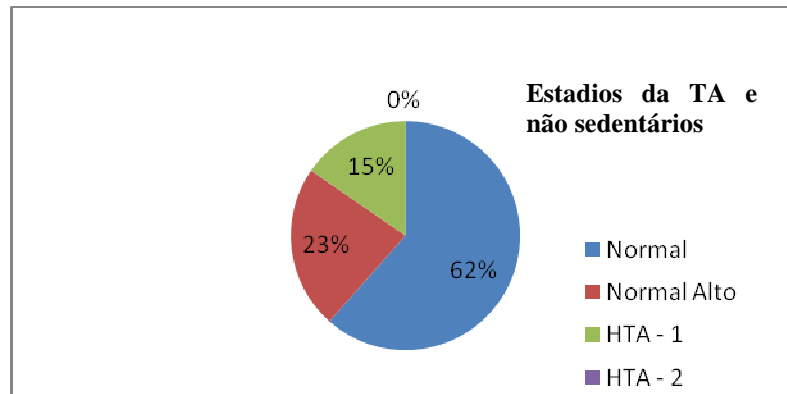


Gráfico 9 - Distribuição da população segundo relação entre hábitos de vida não sedentários e estadios da tensão arterial

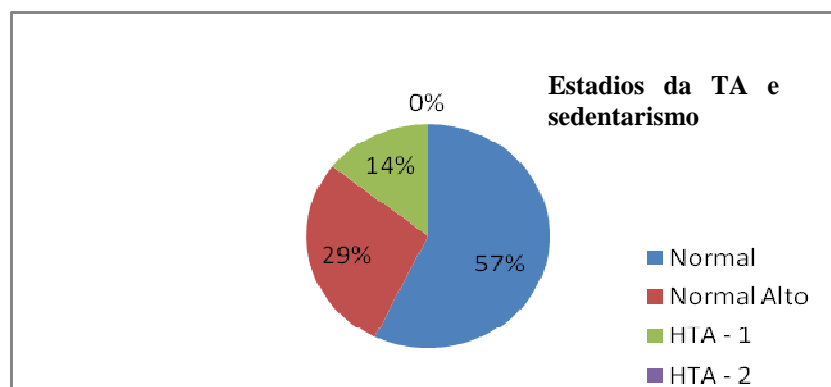


Gráfico 10 - Distribuição da população segundo relação entre hábitos de vida sedentários e estadios da tensão arterial

No que diz respeito aos hábitos tabágicos, deve ter-se em conta que *“O tabagismo eleva o risco de doença cardíaca e vascular periférica. Pesquisas mostram que o fumo lesa a camada interna dos vasos sanguíneos e acelera o processo de aterosclerose. As substâncias no cigarro afectam os níveis de fibrinógeno, aumentando a coagulação. A nicotina aumenta a frequência cardíaca e a tensão arterial.” “A interrupção do hábito de fumar reduz o risco de doença cardíaca em 50% apenas no primeiro ano.”* ⁽³⁾

No caso desta população, não se evidenciaram muitos indivíduos com hábitos tabágicos, no entanto, constatou-se que os fumadores apresentaram um aumento da

tensão arterial normal alta, mantendo os valores de tensão arterial normais e apresentando uma diminuição no valor de HTA – estágio 1, conforme ilustram os gráficos 11 e 12 (**Gráfico 11** - Distribuição da população segundo relação entre presença de hábitos tabágicos e estadios da tensão arterial), (**Gráfico 12** - Distribuição da população segundo relação entre ausência de hábitos tabágicos e estadios da tensão arterial)

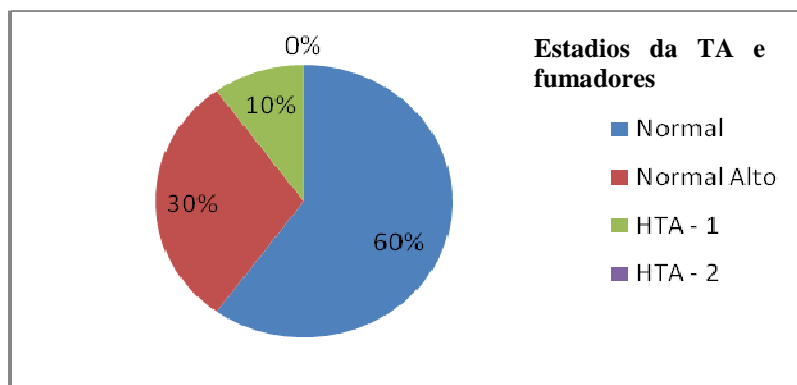


Gráfico 11 - Distribuição da população segundo relação entre presença de hábitos tabágicos e estadios da tensão arterial

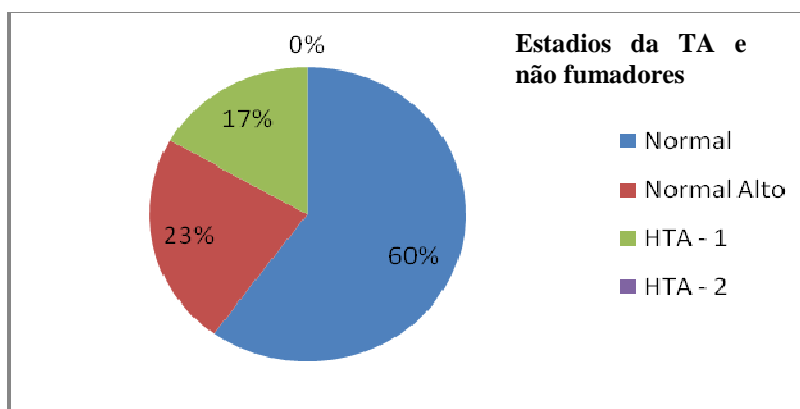


Gráfico 12 - Distribuição da população segundo relação entre ausência de hábitos tabágicos e estadios da tensão arterial

De seguida, considerou-se importante relacionar os valores de tensão arterial com a presença de valores de colesterol elevados ou não. *“O colesterol é indispensável ao organismo, quaisquer que sejam as células orgânicas que necessitem de regenerar-se, substituir-se ou desenvolver-se. No entanto, valores elevados são prejudiciais à saúde. Quer o excesso de colesterol LDL (Low Density Lipoproteins), quer a falta de*

colesterol HDL (High Density Lipoproteins), aumentam o risco de doenças cardiovasculares, principalmente o enfarte do miocárdio.”⁽³⁾

Esta relação é fundamental, uma vez que as várias manifestações clínicas de doença arteriosclerótica são agravadas se houver outros factores associados como a diabetes, tabagismo e hipertensão arterial.⁽²³⁾

Nos gráficos seguintes, é evidente a associação entre HTA e hipercolesterolémia (**Gráfico 13** - Distribuição da população segundo relação entre valores de colesterol e estádios da tensão arterial), (**Gráfico 14** - Distribuição da população segundo relação entre hipocolesterolémia e estádios da tensão arterial) e (**Gráfico 15** - Distribuição da população segundo relação entre hipercolesterolémia e estádios da tensão arterial)

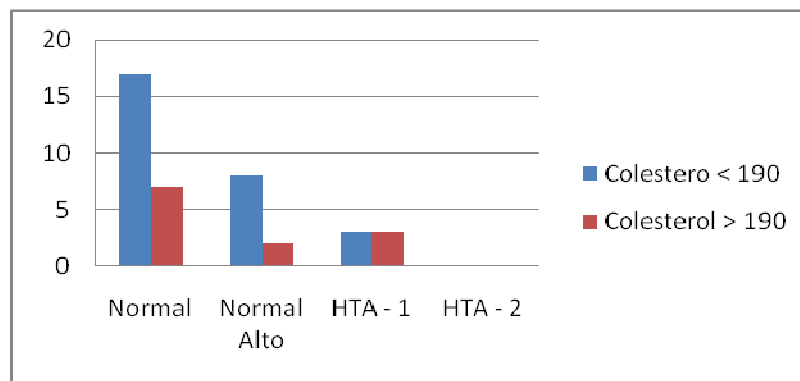


Gráfico 13 - Distribuição da população segundo relação entre valores de colesterol e estádios da tensão arterial

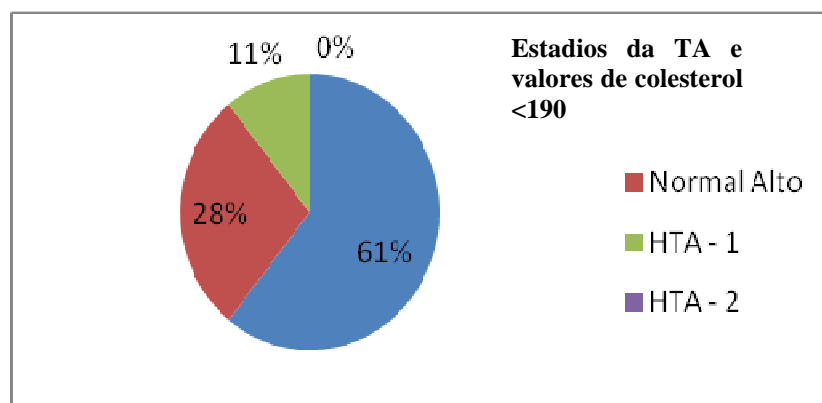


Gráfico 14 - Distribuição da população segundo relação entre hipocolesterolémia e estádios da tensão arterial

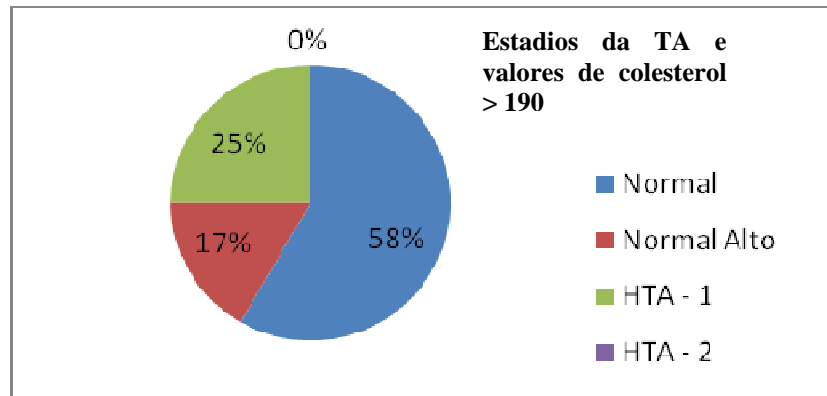


Gráfico 15 - Distribuição da população segundo relação entre hipercolesterolémia e estadios da tensão arterial

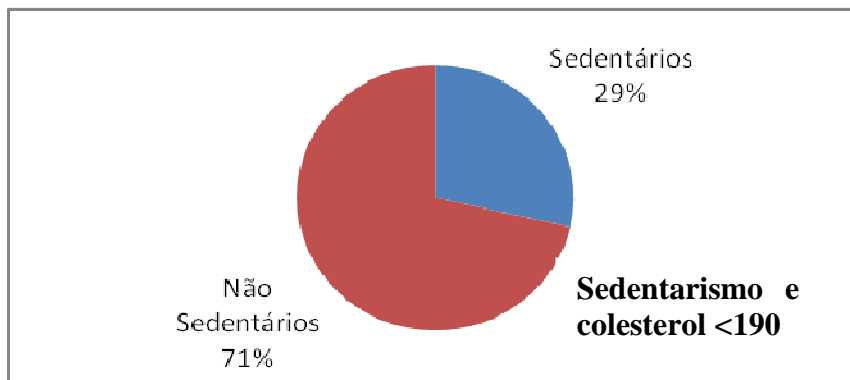


Gráfico 16 - Distribuição da população segundo relação entre hipocolesterolémia e sedentarismo

Os gráfico 16 e 17 (**Gráfico 16** Distribuição da população segundo relação entre hipocolesterolémia e sedentarismo e **Gráfico 17** - Distribuição da população segundo relação entre hipercolesterolémia e sedentarismo), que de seguida são apresentados, evidenciam também uma estreita relação entre o sedentarismo e os valores de colesterol, denunciando que a indivíduos não sedentários, correspondem valores mais baixos de colesterol.

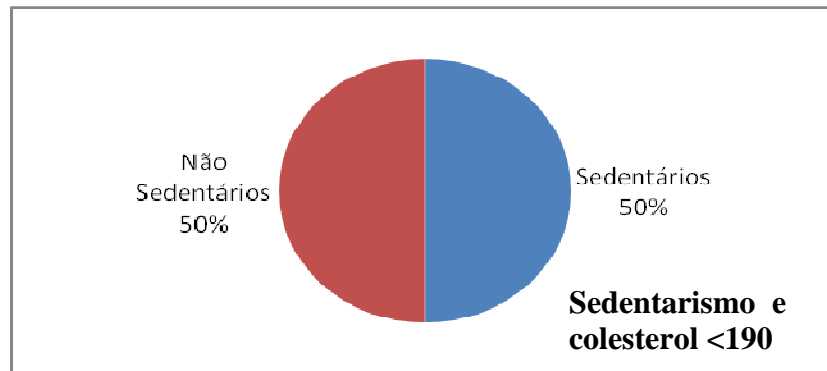


Gráfico 17 - Distribuição da população segundo relação entre hipercolesterolémia e sedentarismo

O gráfico que se segue (**Gráfico 18** - Distribuição da população por sexo e risco global cardiovascular), é representativo do RGC, no qual se destaca, que a maioria da população apresentou um risco < a 1%. Relativamente à população que apresentou risco absoluto maior ou igual a 5 %, corresponde a um indivíduo com Diabetes Mellitus tipo II (seguido em consulta), o que implicou uma multiplicação do risco por 2 e a um indivíduo hipertenso de estadio - 1, que referiu também ser acompanhado em consulta.

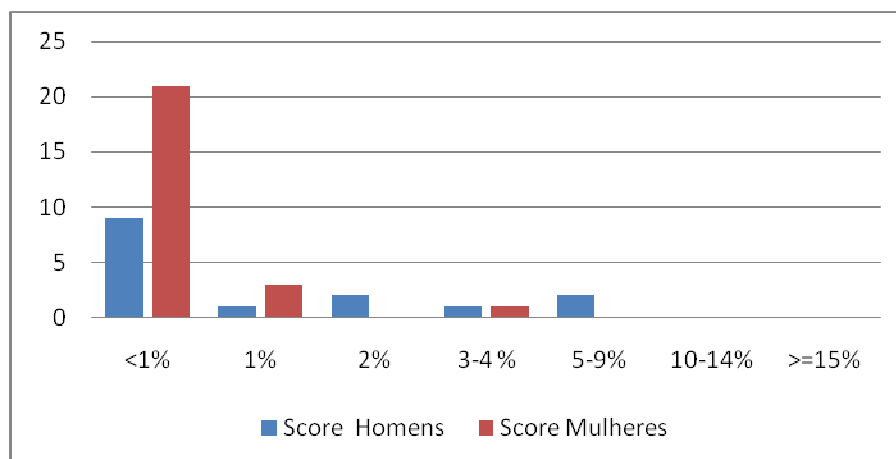


Gráfico 18 - Distribuição da população por sexo e risco global cardiovascular

Contrariamente ao que se perspectivou inicialmente, a maioria da população rastreada, não frequenta o CSL, pois embora tenham o seu posto de trabalho naquela área geográfica, não é ali que habitam. No total de 40 pessoas rastreadas, foram identificadas 18 que pertencem à área de abrangência do CSL (**Gráfico 19** - Distribuição da população segundo avaliação do risco global cardiovascular e centro de saúde de influência). Ao ser analisado o gráfico, pode concluir-se que no que respeita

aos indivíduos rastreados pertencentes ao CSL, 12 apresentavam um SCORE relativamente à avaliação do risco global cardiovascular <1%. Outro dos valores relevantes encontra-se relacionado com o facto de o estudo apresentar 2 indivíduos pertencentes ao CSL, com um SCORE entre 5-9% enquanto nos indivíduos não pertencentes ao CSL, não foram identificados quaisquer casos. Este número é particularmente significativo, uma vez que um risco absoluto $\geq 5\%$ é considerado como pertencente a uma categoria de alto risco e susceptível de medidas de prevenção farmacológica ⁽²⁴⁾

Reflectindo sobre estes valores, podemos também concluir que num total de 18 indivíduos, 6 apresentam um risco global cardiovascular > 1%, o que significa 33,3% da população em causa, o que torna pertinente a elaboração de um projecto de intervenção a este nível, no segundo módulo de estágio.

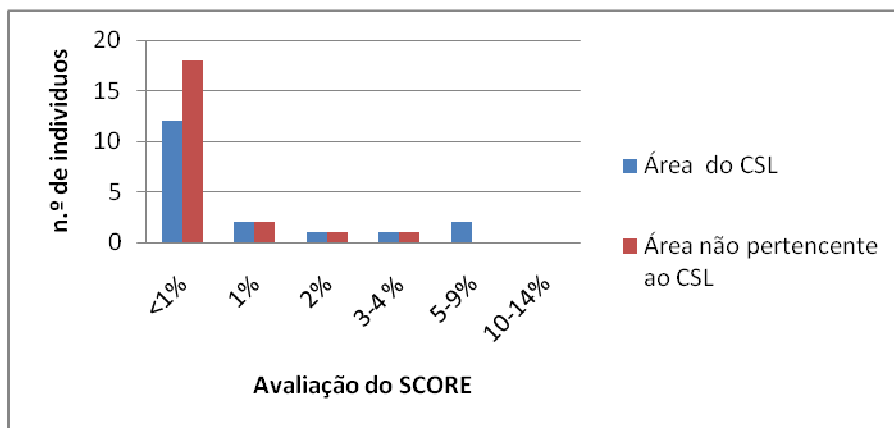


Gráfico 19 - Distribuição da população segundo avaliação do risco global cardiovascular e centro de saúde de influência

4. Projecto de Intervenção no Centro de Saúde do Lumiar

4.1. Objectivos específicos e actividades desenvolvidas no módulo II

A realização do segundo módulo de estágio decorreu entre os dias 28 de Setembro e 19 de Novembro de 2009, tendo a duração de 180 horas. O objectivo geral que se pretendeu atingir durante este período foi o de elaborar um manual de enfermagem vocacionado para o acompanhamento de enfermagem aos utentes portadores de DCV, ou susceptíveis de a desenvolverem.

O primeiro objectivo deste módulo, depois de analisado o diagnóstico de situação, foi - ***“Apresentar os resultados do rastreio à população alvo.”***

Nesta etapa, considerou-se fundamental transmitir os resultados do diagnóstico de situação à população rastreada, através da realização de uma sessão de educação para a saúde.

O primeiro passo foi pedir autorização aos responsáveis pelas juntas de freguesia para realizar esta apresentação. Os pedidos foram primeiro realizados via telefone e no caso particular da Junta de freguesia da Charneca, foi efectuada posteriormente uma deslocação à instituição e em reunião com a assistente social, foi dado a conhecer o objectivo da sessão. Posteriormente foi formalizado o pedido por escrito ao presidente da Junta de Freguesia.

Em relação à Junta de Freguesia do Lumiar, o contacto estabeleceu-se também através da assistente social, que demonstrou indisponibilidade para a realização da sessão, alegando excesso de trabalho por parte dos funcionários, mesmo após ter sido feito referência e reforçada a ideia da importância da sensibilização para a prevenção das DCV.

Quanto ao contacto com o representante da Junta de freguesia da Ameixoeira a receptividade foi total, tendo sido marcada imediatamente a data para a realização da sessão.

A sessão de educação para a saúde sobre doenças cardiovasculares, foi designada por - ***“DOENÇAS CARDIOVASCULARES- Problemáticas para a Saúde e Caracterização da População Rastreada”*** (Anexo V).

A técnica utilizada inicialmente foi a de dividir os funcionários em dois grupos, pois não seria possível fazer a apresentação a todos os funcionários ao mesmo tempo, uma vez que a instituição tinha de continuar a laborar dentro da normalidade. As sessões tiveram uma duração de aproximadamente 30 minutos cada.

Estas acções de sensibilização relacionadas com a prevenção e controlo das doenças cardiovasculares, ocorreram com o intuito de alertar os trabalhadores para a importância da hereditariedade/história pessoal ou familiar existente nestas doenças, incentivando-os a adoptarem estilos de vida saudáveis.

Segundo o que se observou através da participação que os intervenientes foram realizando ao longo da acção, pode perceber-se que a receptividade estava a ser muito boa, na medida em que os intervenientes colocaram questões e dúvidas, que foram sendo esclarecidas.

No final da sessão, foram realizadas algumas questões, que permitiram validar se os intervenientes tinham adquirido conhecimentos e qual tinha sido para eles a pertinência dos temas abordados, tendo sido consensual que a sessão tinha sido esclarecedora, e que tinham tomado conhecimento de situações que desconheciam.

Ao prestar estes cuidados, pode referir-se que foram abordados temas, que permitiram uma reflexão profunda sobre os cuidados necessários para a procura de vida com qualidade, sensibilizando e mobilizando os superiores hierárquicos das instituições para a importância de determinados problemas.

Desta forma, pode em conformidade com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros como uma das características que deve possuir o enfermeiro especialista, referir-se que se contribuiu através de conhecimentos “...sobre a Pessoa numa situação específica, na implementação de intervenções de Enfermagem especializadas que promovam, estimulem e facilitem o suporte aos projectos de saúde dos indivíduos e à sua qualidade de vida.”⁽¹⁸⁾

Outra das competências adquiridas encontra-se relacionada com a capacidade para realizar comunicações para o público em geral, abordando temas específicos, e mobilizando os superiores hierárquicos das instituições para estarem despertos para determinados cuidados de saúde e por sua vez estes mobilizarem os seus colaboradores para a importância desses mesmos cuidados, de modo a que se possa formar uma cadeia de transmissão de conhecimentos.

No âmbito da problemática das DCV, desenvolveram-se uma série de trabalhos que conduziram à concretização do segundo objectivo – *“Contribuir para a organização de um manual destinado à estruturação da consulta de enfermagem de doenças cardiovasculares”*.

A primeira etapa deste processo prendeu-se com a necessidade sentida de observar a dinâmica de uma consulta de enfermagem destinada às doenças CV e realizar uma entrevista não formal com um enfermeiro experiente nesta área, que partilhasse a sua experiência pessoal.

Desta forma, foi estabelecido contacto com a responsável pela consulta de enfermagem de DCV do Centro de Saúde de Carnaxide (CSC), que já se encontra implementada há quatro anos, tendo sido possível observar a sua dinâmica de funcionamento

Nesta unidade, foram adoptadas diferentes estratégias, tendo sido considerado como base de sustentação a estipulação de um prazo de três meses de validade para as guias de tratamento. Esta estratégia permitiu isolar os utentes com hipertensão arterial e iniciar com estes um acompanhamento mais específico, procurando avaliar periodicamente não só a tensão arterial, mas também o efeito das medidas implementadas a nível geral, como por exemplo da alimentação, exercício físico, etc.

Foi interessante observar os documentos de registo de enfermagem, nos quais é possível verificar com clareza os doentes que se têm mantido controlados e os que mantêm hipertensão arterial e hábitos de vida não saudáveis.

A consulta de DCV funciona durante duas manhãs por semana, mas em virtude de no período em que foi realizada a visita, não existirem consultas agendadas, ficou acordado que a Enf.^a entraria em contacto quando essa observação fosse possível.

Posteriormente, no CSL, foram realizadas reuniões com a Enf.^a orientadora e com os elementos de enfermagem aos quais lhes iria ser posteriormente atribuída a responsabilidade desta consulta, no sentido de lhes ser transmitido quais os objectivos e as etapas que deveriam ser atingidas para a obtenção de resultados positivos procurando sensibilizá-los e motivá-los para a importância da adesão a este projecto.

Considerando que um dos elementos chave para se obterem bons resultados em saúde é ter em consideração o trabalho em equipa multidisciplinar, foi transmitido à equipa médica a necessidade de implementação de um programa que visasse o controlo das DCV, sendo necessário para tal a sua colaboração. Desta forma, sugeriu-se que

sempre que identificassem um utente que beneficiaria de apoio a nível do controle dos factores de risco que envolvem a patologia cardiovascular, o encaminhassem também para a consulta de enfermagem. Outra medida considerada importante, encontra-se relacionada com a necessidade sentida a nível do período de duração que mantém as guias de tratamento, que deveriam ser renovadas ao fim de três meses, mas que são mantidas por períodos mais alargados. Perspectiva-se assim, que o respeito por estas medidas permita controlar melhor os utentes relativamente à sua saúde, encaminhando os enfermeiros para a prestação cuidados específicos às necessidades de cada indivíduo.

A compilação dos diversos conhecimentos recolhidos através de pesquisa bibliográfica, a experiência vivenciada no CSL e a constatação da realidade existente no CSC, permitiram realizar um manual de intervenção de enfermagem destinado à implementação de uma Consulta de Enfermagem para prevenção e controlo das DCV (Anexo VI).

Descrevendo a forma como se organizou o manual, pode salientar-se que este é composto por duas partes. A primeira parte, encontra-se direccionada para o enquadramento teórico das DCV, factores de risco subjacentes, quais os objectivos do PNS e as componentes que envolvem a avaliação do RGC, que tal como já foi referido anteriormente é o risco obtido pela presença e interacção de todos os factores de risco num indivíduo. A sua avaliação indica-nos os indivíduos que devem ser aconselhados para prevenir a DCV e os que necessitam de tratamento. Considerando-se também como factor importante do enquadramento teórico, decidiu incluir-se algumas especificidades sobre a tensão arterial e diferentes necessidades de intervenção em função da variação de valores, pois as directivas emitidas pela DGS recomendam que:

“A detecção precoce da HTA, particularmente nos indivíduos com risco cardiovascular acrescido, a correcta orientação terapêutica (farmacológica e não farmacológica) e a prossecução dos objectivos de controlo tensional ao longo dos anos, são prioridades de intervenção dos serviços prestadores de cuidados de saúde, sendo desejável que, sempre que possível, sejam efectuadas campanhas de rastreio, devidamente enquadradas no planeamento e realidades regionais e locais, bem como campanhas de sensibilização da população.”⁽²²⁾

Reconhecendo o problema da obesidade que tal como refere o Plano Nacional de Combate à obesidade é considerada

“... uma doença crónica, com génese multifactorial, que requer esforços continuados para ser controlada, constituindo uma ameaça para a saúde e um importante factor de risco para o desenvolvimento e agravamento de outras doenças.” ⁽²⁶⁾,

e será também de salientar a sua importante relação com as DCV

“É, hoje, evidente que a perda de peso melhora o risco cardiovascular, dados os seus efeitos positivos na redução da tensão arterial e nos processos de hipercoagulação. Cada redução de 1% no peso corporal traduz-se por uma queda de 1 mmHg na tensão arterial sistólica e de 2 mmHg na diastólica. Tem grande influência, nesta melhoria, o tipo de regime alimentar adoptado (restrição de sal e de gorduras saturadas), a actividade física e a cessação dos hábitos tabágicos.” ⁽²³⁾

Nesta fase, faz-se ainda referencia à importância do papel do enfermeiro de saúde comunitária na promoção da saúde.

A segunda parte do manual teve o seu principal enfoque na consulta de enfermagem propriamente dita, abordando aspectos relacionados com os seus objectivos, estratégias de intervenção, destaque dos diferentes tipos de referenciação e respectivo encaminhamento para consulta. O plano de cuidados elaborado, teve como ponto de partida a introdução dos fenómenos de enfermagem mais frequentes nas DCV, assim como algumas das possíveis acções de enfermagem. As folhas de registo elaboradas permitem realizar um processo de enfermagem completo, no qual seja possível registar as alterações observadas ao longo das consultas.

A consulta de enfermagem será realizada por enfermeiros generalistas numa fase inicial, prevendo-se que logo que possível esta transite para a competência de enfermeiros especialistas de saúde comunitária. Esta mudança é favorável à prestação de cuidados de enfermagem, na medida em que se prevê que o enfermeiro especialista de saúde comunitária seja detentor de conhecimentos aprofundados no que se refere à promoção da saúde e à prevenção da doença junto dos indivíduos, famílias e comunidades e possa participar simultaneamente em projectos que visem contribuir para a adopção de estilos de vida saudáveis na comunidade.

O envolvimento da família ou de pessoa significativa para o acompanhamento durante este processo, será de todo o interesse, no sentido em que irá permitir que os seus acompanhantes também sejam detentores de conhecimentos sobre as patologias

cardiovasculares e suas implicações, consciencializando-os da importância da mudança de comportamentos e atitudes, estimulando os indivíduos a conquistarem a sua auto-estima e a controlarem melhor os seus factores de risco, de forma a que trabalhando em conjunto, possam desenvolver melhores relações no contexto familiar e social.

Na primeira consulta o enfermeiro preenche a folha de avaliação inicial, planeia e elabora o plano de cuidados (identifica os fenómenos de enfermagem e elabora diagnósticos de enfermagem). Os parâmetros vitais, possuem uma grelha de registo própria, que visa facilitar a sua consulta e respectivas alterações ao longo das avaliações. Nas folhas de registo destinadas às consultas de seguimento preconiza-se, que o enfermeiro registe quais têm sido as necessidades sentidas pelo utente e respectivas observações, anotando em seguida os fenómenos de enfermagem referenciados nessa consulta e respectivas acções de enfermagem implementadas.

Para a elaboração da folha de avaliação inicial, baseou-se o seu conteúdo na importância dos antecedentes pessoais e factores de risco, terapêutica habitual do utente, e avaliação de parâmetros (tensão arterial, pulso, altura, peso, perímetro abdominal, índice de massa corporal e risco global cardiovascular). Neste âmbito, dada importância que o próprio indivíduo deve ter para com a sua saúde, considerou-se importante incluir informações relativas aos conhecimentos que o utente detenha sobre o que são doenças CV, quais as principais complicações e importância que confere à adesão terapêutica.

Estipula-se que o tempo médio previsto para cada consulta seja de 40 minutos na primeira vez e de 20 minutos nas seguintes, durante duas manhãs por semana. As consultas são programadas em função da evolução do utente, no entanto, devem ser realizadas no mínimo duas consultas de enfermagem por ano, e de preferência, estas não devem ser coincidentes com as consultas médicas, por forma a que o indivíduo possa apresentar um menor período de tempo sem vigilância de saúde.

A avaliação desta consulta deverá ser efectuada através da análise do registo estatístico do número de atendimentos e da avaliação sistematizada do plano de cuidados instituído.

Em virtude do aparecimento do surto de gripe pelo vírus H1N1 e consequente reorganização dos serviços a nível de pessoal e de espaços físicos, o módulo II sofreu alguns contratemplos, no entanto pode dizer-se que foram retirados aspectos positivos, na medida em que foi possível ter uma observação participativa perante uma situação de

pandemia causada pelo vírus da gripe pandémica (H1N1), que atingiu não só Portugal, mas também o resto do mundo e que marcou efectivamente o normal funcionamento das instituições.

Neste contexto, foi ainda realizada com a Enf.^a orientadora uma visita ao Serviço de Atendimento à Gripe, localizado nos Olivais, que permitiu perceber toda a dinâmica e organização necessárias, perante uma situação deste tipo.

Observou-se desta forma o papel do enfermeiro especialista perante uma situação de crise e risco no âmbito da saúde comunitária, que implicava a implementação urgente de procedimentos de controlo de infecção.

4.2. Reflexão de outras experiências vivenciadas no Centro de Saúde do Lumiar

Para além destes objectivos, existiram outras experiências enriquecedoras, que não se encontravam delineadas no projecto de estágio, mas que permitiram perceber a dinâmica vivida no CSL, e alguns dos projectos realizados a nível comunitário.

Desta forma, foi possível integrar a *equipa de cuidados continuados* nos dias 6 e 7/05/2009. Descrevendo sumariamente as actividades ali realizadas, pode dizer-se que o dia começa com a realização de uma reunião no centro de saúde, de forma a organizar e a preparar o dia de trabalho.

Esta equipa funciona entre as 9 e as 18 horas, e conta com 5 enfermeiros. Tem o objectivo de se dirigir, avaliar e prestar cuidados de saúde no domicílio às pessoas que não se podem deslocar ao centro de saúde.

Os 4 enfermeiros da manhã dividem-se em grupos de dois e consultam as agendas de trabalho, que estão organizadas por cores e áreas geográficas, de forma a poderem rentabilizar o tempo da melhor maneira possível. Consideram também importante que os cuidados prestados aos utentes sejam realizados pelos mesmos enfermeiros, de forma a que o enfermeiro acompanhe o utente e possa perceber a evolução da situação, procurando criar também maior relação de proximidade entre enfermeiro e utente/família.

As situações mais frequentes pelas quais é solicitado o apoio dos cuidados continuados, prendem-se com utentes acamados, com úlceras de pressão, ou com

utentes que apresentam úlceras de perna, sendo também administrada frequentemente terapêutica Intramuscular e Subcutânea.

O facto de o enfermeiro se deslocar ao domicílio do utente, permite perceber *in loco*, quais as necessidades da família e saber se já foram mobilizados os recursos para tentar superar essas necessidades. Se ainda não foram realizadas quaisquer diligências, o enfermeiro pode indicar alguns recursos existentes na comunidade e encaminhá-los para tal se necessário.

Durante este módulo, foi também possível integrar a equipa da **Unidade de Saúde Móvel** (USM). Habitualmente a USM encontra-se atribuída ao CSL à terça e à quinta feira, tendo como objectivo principal visitar comunidades que pertençam à área de influência do centro de saúde ou suas extensões (Charneca e Alto do Lumiar) e que por diversos motivos não se encontram despertos para os mais básicos cuidados de saúde.

A USM constitui um importante ponto de partida no âmbito da saúde comunitária, pois é muitas vezes através dela que se consegue chegar à população e sensibilizá-la, na tentativa de mais tarde poderem ser eles a procurar as instituições de saúde, sem ser apenas em situações de urgência.

Um dos trajectos habituais à terça-feira é seguir em direcção à Alta do Lumiar. A primeira paragem é feita no centro “A Pastoral dos Ciganos”, que é um local que dá especial apoio à comunidade cigana e às suas crianças. Neste centro, foi possível observar que uma das actividades de enfermagem, foi a de vacinar crianças que tinham o boletim de vacinas desactualizado e ajudar mulheres a serem responsáveis pela sua saúde, nomeadamente no que se refere ao planeamento familiar. Isto é, através de ensinamentos, fornecimento de métodos anticoncepcionais, ou se necessário fornecendo indicações para que a pessoa se possa encaminhar às instituições de saúde nas quais seja observada e realize os exames complementares de diagnóstico necessários.

Nesta área, foi também necessário tentar localizar uma família (pai e dois filhos menores) que se encontrava sinalizada numa das extensões do CSL, como situação de risco, uma vez que a criança mais velha (12 anos), estaria a apresentar comportamentos desviantes não comparecendo à escola há várias semanas. Não foi possível localizá-los, e a equipa de enfermagem decidiu que iria tentar reunir mais dados sobre a família, de forma a poder encontrá-la e tentar realizar o encaminhamento necessário.

Neste âmbito, a existência de enfermeiros especialistas faz todo o sentido, pois a necessidade de articulação com outras instituições e outros técnicos (de saúde ou não) para resolver problemas específicos da comunidade, exige um grau de conhecimento profundo sobre as situações e sobre as possibilidades de resolução dos problemas de forma diferenciada.

O objectivo específico ao visitar o Centro de Refugiados JRS (Jesuit Refugee Service), foi o de fornecer leite e papas para bebé, destinados a uma família (mãe e três filhas), oriunda de um país de língua oficial portuguesa, que veio evacuada para Portugal, por motivo de doença da filha mais velha (fenda palatina). A mãe na altura em que veio acompanhar a filha vinha grávida de gémeos, situação que a própria desconhecia. Não foi possível estar com elas, uma vez que a filha mais velha se encontrava hospitalizada e a mãe estava a acompanhá-la. Quanto às gémeas bebés, estas encontravam-se na instituição a Casa do Gil, instituição que as tem acolhido quando a mãe não pode estar presente com elas durante todo o dia.

Ao fazer-se esta deslocação e quando é estabelecido este tipo de contacto, os enfermeiros têm um papel muito importante, uma vez que podem perceber precocemente os problemas de saúde e as necessidades das pessoas, de forma a poder intervir com a maior brevidade na resolução de problemas que possam vir a existir.

O terceiro local visitado nessa manhã, foi a escola do 1.º ciclo e jardim-de-infância (Maria da Luz de Deus Ramos), conhecida anteriormente como a escolas das galinheiras, e na qual as enfermeiras da USM são procuradas essencialmente para algum esclarecimento relativamente às vacinas ou administração das mesmas, para esclarecimento de dúvidas relativamente ao planeamento familiar e fornecimento caso sejam solicitados de meios contraceptivos. O facto de esta população ter poucos cuidados de higiene, origina a que um dos problemas mais frequentes seja a pediculose, pelo que outros dos cuidados que as enfermeiras praticam com frequência são os ensinamentos relativamente aos cuidados de higiene e o fornecimento de produtos próprios para tratar a pediculose, fazendo os respectivos ensinamentos relativamente à sua aplicação.

Num outro bairro que habitualmente é visitado (Musgueira), apenas recorreram à USM jovens adolescente do sexo masculino (12-13 anos), que queriam métodos contraceptivos (preservativos). A enfermeira teve uma breve conversa com os jovens, na tentativa de procurar saber quais os seus conhecimentos sobre sexualidade e as condições em que praticavam as relações sexuais. Durante esta entrevista, pôde

perceber-se que estes jovens não têm uma parceira habitual, mas sim várias, referiram que sabiam colocar o preservativo e que estavam despertos para os problemas das doenças sexualmente transmissíveis.

Segundo informação das enfermeiras, este é o bairro que apresenta maior percentagem de gravidezes em jovens adolescentes sendo que a maior parte das famílias se encontra desestruturada, e conseqüentemente as crianças permanecerem desde muito novas sozinhas na rua e como tal, possuem uma taxa elevada de absentismo escolar.

Durante este módulo, a convite da Enf.^a orientadora, tornou-se possível a participação numa **Reunião da Rede Social** que tinha como objectivo a análise dos seus estatutos.

Esta reunião decorreu no dia 1/6/2009, cerca das 11 horas, no espaço K´Cidade, e destinou-se a analisar e discutir o Regulamento Interno da Comissão Social de Freguesia do Lumiar, que se encontrava em situação de pré-aprovação, no qual se previa que fossem estabelecidas as regras mínimas de organização e de articulação, bem como a respectiva composição da Comissão Social de Freguesia (Anexo VII).

A 25/06/2009, foi proporcionada outra experiência relacionada com importância da existência dos Grupos Comunitários. Neste dia, realizou-se a **3.ª sessão Pública do Grupo Comunitário da Alta de Lisboa**, na qual o tema central era – *Grupos Comunitários: Grupos de Encontro ou Grupos de Pressão*, grupo ao qual pertence o CSL.

Nesta sessão (Anexo VIII), pretendeu-se fazer o balanço do ano 2008/2009, focando as intervenções que haviam sido realizadas e perspectivar os objectivos para o ano seguinte. A presença nesta reunião, permitiu a experiência de sentir a importância que os cuidados de saúde têm junto da comunidade, e qual o seu papel como parceiros junto dos outros grupos de trabalho.

Para um enfermeiro especialista de Saúde Comunitária, faz todo sentido perceber o funcionamento dos Grupos Comunitários. Neste caso, o grupo comunitário, surgiu da necessidade das pessoas e organizações locais criarem uma nova dinâmica, que no pós-realojamento promovesse uma melhor articulação e funcionamento interinstitucional, adoptando estratégias comuns e potenciando recursos que melhor servissem a comunidade local.

“A união faz a força”, e os enfermeiros ao saírem para a rua e ao participarem activamente no desenvolvimento da comunidade em que estão inseridos, contribuem para a criação de uma relação de proximidade com a população, inculcando-lhes desde muito cedo a importância dos cuidados de saúde. Os outros parceiros podem também contribuir numa perspectiva de educação para a saúde, pois podem reforçar os conhecimentos que possuem bem como outros que podem ser fornecidos pela equipa de saúde.

Todas estas actividades proporcionaram ter conhecimento da dinâmica dos projectos e/ou actividades a serem desenvolvidas no CSL e permitiram conhecer mais aprofundadamente as actividades desenvolvidas pela Enf.^a especialista e desenvolver e/ou adquirir competências de Enf.^o especialista, como a resolução de situações problemáticas de grande complexidade.

4.3. Contributos deste projecto

A realização deste projecto de intervenção na área das DCV, pode dizer-se que vai de encontro ao previsto no Programa Nacional de Prevenção e controlo das Doenças Cardiovasculares ⁽²³⁾, inserido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e que pretende contribuir para redução global dos riscos cardiovasculares.

Desta forma, este projecto visou encorajar os utentes a serem responsáveis pela sua saúde e permite tal como vem explanado no Programa Nacional de Prevenção e controlo das Doenças Cardiovasculares, *“melhorar a organização da prestação de cuidados, nomeadamente em relação ao exame periódico de saúde e à abordagem da dor pré-cordial e dos acidentes vasculares cerebrais.”* e *“promover o respeito por boas práticas clínicas e terapêuticas.”* ⁽²³⁾

No sentido de dar continuidade a este trabalho desenvolvido junto de instituições parceiras do CSL, ficou a sugestão de que seria importante continuar a trabalhar com estes indivíduos, considerando-se do maior interesse que a equipa de saúde retomasse às juntas de freguesia e realizasse novamente a avaliação daquela população. O objectivo principal será o de cerca de seis meses depois do primeiro rastreio, reavaliar os resultados e identificar aspectos que justifiquem o reforço e adequação de outras medidas que promovam a saúde dos indivíduos, identificando também mecanismos de motivação dos mesmos.

Na realização deste projecto foi dado ênfase à avaliação do risco global cardiovascular, pois “*A estratégia de prevenção da doença, através da avaliação do risco, é uma abordagem quantitativa da saúde que os profissionais podem usar para ajudar os indivíduos e grupos maximizar as suas actividades de auto-cuidado.*”⁽¹¹⁾

Ao aplicar esta estratégia, pode comparar-se a informação fornecida pelos indivíduos sobre as práticas relacionadas com a sua saúde, os seus hábitos de vida, as características demográficas e as histórias clínicas, pessoais e familiares com os dados de estudos epidemiológicos e as estatísticas vitais.

Existem vantagens e desvantagens na avaliação de riscos de saúde, e é necessário que os enfermeiros que façam a consulta de enfermagem de doenças cardiovasculares e consequentemente a avaliação do risco, percebam quais são estas vantagens e desvantagens de forma a que não existam factores de confusão.

Desta forma, pretendeu-se ir de encontro às orientações preconizadas no REPE, no qual é referido que se pretende que os enfermeiros no âmbito das suas qualificações profissionais e após devidamente enquadrados com o grau de dependência dos utentes, possam entre outros tipos de actuação,

“Orientar e supervisionar, transmitindo informação ao utente que vise mudança de comportamentos para a aquisição de estilos de vida saudáveis ou recuperação da saúde, acompanhar este processo e introduzir as correcções necessárias;...”⁽²⁹⁾

Em traços gerais, pode resumir-se a realização do manual como uma importante ferramenta de trabalho, que visa dar a conhecer aos profissionais de enfermagem as principais implicações para a saúde das DCV, bem como a adequação de estratégias para as tentar controlar.

O facto de incluir a equipa de enfermagem na realização do manual de intervenção, permitiu promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros, contribuindo para que compreendessem o manual que posteriormente virão a utilizar.

Ao desenvolver este tipo de práticas de educação para a saúde, considera-se que os enfermeiros de saúde comunitária vão conseguir que os indivíduos e a comunidade se consciencializem sobre o impacto negativo que alguns aspectos do ambiente podem ter na sua saúde e nas origens psicossociais da doença, capacitando-os para no exercício da sua autonomia, poderem tomar decisões responsáveis a nível individual ou comunitário.

PARTE II - PERCURSO DECORRIDO AO LONGO DO MÓDULO III

1. Diagnóstico de Situação

1.1. Caracterização do Serviço de Nefrologia do Hospital Curry Cabral

O HCC é um hospital central da área de Lisboa. Em relação aos cuidados de enfermagem, existem diversas áreas de intervenção definidas pela direcção de enfermagem, das quais se podem destacar:

- Melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados;
- Promover a renovação, qualificação e competências dos profissionais de enfermagem;
- Melhorar processos de comunicação;
- Rentabilização dos recursos existentes e da capacidade instalada;
- Melhoria contínua da gestão de cuidados de enfermagem.

O Serviço de Nefrologia deste hospital possui diferentes valências, nas quais se incluem:

- Unidade de Internamento (22camas);
- Unidade de Hemodiálise (8 postos de tratamento e 6 postos de tratamento de doentes com doenças infecto-contagiosas);
- Unidade de Diálise Peritoneal;
- Sala de Técnicas Invasivas;
- Hospital de Dia;
- Consulta de transplante Renal;
- Consulta de Acessos Vasculares;
- Consulta de Nefrologia.

Especificamente na Unidade de HD, são prestados cuidados a utentes que necessitem de terapia de substituição renal (Hemodiálise), e que se encontram

internados no serviço de nefrologia, em outros serviços do hospital ou em outros hospitais, que tenham como referência o HCC para o atendimento ao doente do foro nefrológico.

Paralelamente, são também prestados cuidados a utentes que possuem algum tipo de doença infecto-contagiosa, que os impede de frequentar um centro de hemodiálise em meio não hospitalar, realizando desta forma o seu tratamento em regime de ambulatório.

Esta unidade já deu apoio a um número superior de utentes em programa regular de HD, evacuados dos PALOP, sendo que este número diminuiu após a publicação da circular normativa N.º 11/DQS/DGIDI/DMD de 28/07/09, que permitiu o encaminhamento destes utentes para centros de diálise convencionados.

1.2. Pertinência da temática escolhida

O Serviço de Nefrologia do HCC é um serviço que entre outros, presta cuidados a utentes que necessitam de realizar uma técnica de substituição renal (Hemodiálise). A realização desta técnica pode ser iniciada de forma urgente ou programada, conforme as necessidades de saúde do utente.

Esta unidade hospitalar presta cuidados a doentes de nacionalidade portuguesa, e não só, uma vez que frequentemente recebe utentes evacuados dos PALOP, ou utentes de outras nacionalidades estrangeiras, que nesse momento se encontrem a residir em Portugal ou cá se encontrem por qualquer outro motivo, como por exemplo em situações que decorrem durante períodos de férias.

Ao analisar o Relatório sobre o Estado da arte em Portugal, realizado em 2009, pode ler-se em relação à população imigrante que “...a partir de 1974, Portugal começou a receber migrantes dos Países de Língua Oficial Portuguesa, com particular relevância para Cabo Verde.”⁽¹³⁾

Desde então, e principalmente após a entrada de Portugal na União Europeia, assistiu-se a um crescimento da imigração, nomeadamente de indivíduos vindos do Brasil e de outros países dos PALOP, tais como Angola e Guiné-Bissau. Cronologicamente, este relatório refere que nos anos 90 do século XX, continuaram a crescer as comunidades vindas dos PALOP e Brasil, acrescentando-se a estas “... novos fluxos migratórios vindos da Europa de Leste e dos países da Ex- URSS”.⁽¹³⁾

Neste momento, pode realçar-se que começam a emergir os indivíduos oriundos do continente asiático, assim como cada vez mais chegam indivíduos oriundos de países do continente africano.

Devido a toda esta movimentação, que originou estes fluxos migratórios “... *no início do século XXI, Portugal passou a ser considerado um país não só de emigração mas também de imigração.*”⁽¹³⁾

Em Portugal criaram-se medidas e legislação que visassem a protecção destes indivíduos, nomeadamente entre outras, a criação do Alto Comissariado para a Imigração e Minorias Étnicas, que actualmente é designado por Alto Comissariado para a Imigração e o Diálogo Intercultural (ACIDI), regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 251/2002 de 22 de Novembro. Neste âmbito, foi também criado o Plano para a Integração dos Imigrantes (Resolução do Conselho de Ministros n.º 63-A/2007, de 3 de Maio), que envolve 13 Ministérios e se compromete a implementar uma série de medidas que permitam “... *a implementação de políticas de imigração que tenham em conta não apenas os aspectos económicos e sociais da integração mas, igualmente, as questões relativas à diversidade cultural e religiosa, cidadania, participação e direitos políticos...*”⁽¹³⁾

Considera-se também importante referir que o profissional de saúde deve estar alerta e desenvolver medidas que facilitem a acessibilidade aos cuidados de saúde, pois encontra-se descrito que:

“A falta de informação, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sobretudo no caso de imigrantes indocumentados e as barreiras linguísticas, que dificultam a comunicação com os profissionais de saúde, contribuem para que os imigrantes se encontrem em situações de grande vulnerabilidade quanto ao seu estado de saúde.”⁽¹³⁾

Relativamente à qualidade dos serviços e cuidados de saúde, o Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal, faz referência a algumas das conclusões retiradas após os diversos encontros que tiveram com os imigrantes, associações de imigrantes e com os profissionais de saúde, das quais se destacam:

“ ... a) desconhecimento de aspectos culturais e de tradições das sociedades de origem; b) dificuldades de comunicação por questões linguísticas; c) desconhecimento por parte dos imigrantes dos serviços e condições de acesso aos cuidados de saúde; d) ausência e insipiência da

informação disponível por parte dos prestadores de cuidados, sobre os direitos e deveres, bem como dos serviços disponíveis para estas comunidades; e) fraca adesão dos imigrantes aos serviços de saúde por receio e falta de confiança nos serviços; e f) um amplo leque de dificuldades específicas dos doentes presentes no serviço Nacional de Saúde ao abrigo dos Acordos de Cooperação no Âmbito da saúde celebrados entre Portugal e os PALOP.”⁽¹³⁾

“Poder comunicar, fazer-se entender e entender o que lhe é dito, é fundamental para a integração plena dos imigrantes na sociedade de acolhimento.”⁽¹³⁾

Foi com base nesta premissa, e tendo conhecimento que o ACIDI criou e mantém em funcionamento o serviço de Tradução Telefónica que se decidiu organizar o processo de enfermagem dos utentes e traduzir alguns documentos que se consideraram importantes na área da nefrologia, que têm em vista a promoção do auto-cuidado através da descrição de alguns conceitos e cuidados considerados fundamentais nesta área.

Não descurando todos os outros problemas associados aos utentes insuficientes renais crónicos que pertencem a culturas diferentes da nossa e não falam português, decidiu-se criar estratégias facilitadoras do acompanhamento a estes utentes, pretendendo abordar dois aspectos considerados fundamentais nesta patologia - os acessos vasculares e os cuidados com a alimentação.

Estes, pode dizer-se que desempenham um papel fundamental no tratamento da doença renal, e que podem ser causadores de graves problemas, quando não são tidos em consideração.

1.3. Fundamentação teórica dos temas abordados

1.3.1. A comunicação e suas implicações

A hospitalização é na maior parte das vezes um factor causador de crise e stress para o indivíduo hospitalizado e para aqueles que mais próximo dele se encontram. Se a estes factores se acrescentar a ansiedade de não ser capaz de comunicar os sintomas, percepções, necessidades ou realizar questões, o problema da hospitalização é potenciado e os danos causados no indivíduo podem ser muito graves.

Tal como refere RILEY, Julia, *“Perceber uma língua é mais do que compreender o sentido das palavras. O tom e altura da voz são também aspectos importantes da comunicação.”* ⁽³²⁾

Não é favorável ao cuidar de utentes de diferentes culturas, a criação de estereótipos e ideias pré-concebidas acerca do grupo a que eles possam pertencer, pois pode contribuir-se para o aumento das dificuldades na relação de ajuda que se pretende estabelecer, podendo dizer-se que, *“Todos os grupos culturais partilham algumas práticas de comunicação, podendo, no entanto, coexistir grandes diferenças. É perigoso assumir que todos os membros do mesmo grupo cultural partilham as mesmas características de comunicação.”* ⁽³²⁾

Existem diversos factores, que podem afectar os utentes provenientes de outros contextos culturais, podendo destacar-se alguns, como por exemplo: a língua e sua compreensão, as diferenças de regime alimentar, as atitudes face à doença e as relações familiares. ⁽³⁴⁾

Devido aos problemas de linguagem já descritos, sabe-se, que nem sempre a mensagem que se pretende transmitir às pessoas com quem se comunica é ouvida e percebida da forma como se pretende que fosse, independentemente de o contexto cultural e a língua serem partilhados.

Desta forma, enquanto o enfermeiro que pretende transmitir uma mensagem, deve manter-se sensível aos efeitos da etnicidade, tanto na compreensão da língua como nas atitudes face à doença e ao tratamento. ⁽³⁴⁾

Especificando cada um destes factores, pode dizer-se que a *Língua*, é a primeira barreira com que se depara o utente e o profissional. Por vezes os utentes confiam nos familiares mais novos para traduzirem as entrevistas com a equipa médica e de enfermagem, assim como, para retransmitir a informação sobre sintomas e sentimentos.

Ao passar a informação por um terceiro elemento, esta corre o risco de sofrer alterações com a tradução. Segundo THOMAS, Nicola, é aconselhável ter um intérprete qualificado disponível para qualquer comunicação sensível e importante, uma vez que os familiares podem estar demasiado envolvidos para dar uma interpretação imparcial e rigorosa.

Neste ponto, é também realçado o facto de se poder transmitir informação escrita traduzida, desde que se verifique a capacidade de leitura do utente.

No que respeita às *Atitudes face à doença*, os profissionais de saúde podem encontrar por parte dos familiares comportamentos, que parecem invulgares ou inconvenientes, assim como a percepção conceptual da doença e do tratamento, podem diferir de cultura para cultura, o que requer por parte dos profissionais uma compreensão de cada situação, enquadrada no seu contexto cultural. Como exemplo deste comportamento, o autor faz referência à aceitação religiosa da doença como um fatalismo predestinado, que deve ser aceite, sem tentar alterar a situação, o que pode conduzir alguns mal entendidos.

Quando se focam as *Relações familiares*, deve ter-se em consideração a estrutura e hierarquia familiar de algumas culturas, nas quais existem situações por exemplo em que se encaminham as decisões importantes para o homem mais velho da família. Nestes casos, ou noutros similares deve também tentar haver por parte dos profissionais de saúde uma compreensão da situação, tentando esclarecer os intervenientes, sem entrar em conflito.

1.3.2. Os contributos teóricos de Madeline Leininger

Madeline Leininger é fundadora da Enfermagem transcultural, a qual definiu como:

“subcampo ou ramo culto da enfermagem que focaliza o estudo comparativo e a análise de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas do cuidado à saúde-doença, crenças e valores, buscando a oferta de serviços de cuidado em enfermagem significativos e eficazes às pessoas, de acordo com seus valores culturais e contexto saúde-doença.”⁽³⁵⁾

Em meados dos anos 50 enquanto trabalhava no lar de orientação de crianças em Cincinnati (América do Norte), observou que o pessoal que cuidava destas crianças não possuía conhecimentos acerca dos factores culturais que influenciavam o comportamento das mesmas, o qual ela descreve como *choque cultural*.

Esta observação provocou-lhe alguma preocupação pois percebeu que os resultados terapêuticos poderiam ser influenciados pelo facto de não se ter em conta as diferenças culturais por parte dos cuidadores. Desta forma, centrou o seu doutoramento em Antropologia cultural, social e psicológica. Estudou várias culturas, desenvolveu a

sua teoria do cuidar cultural e criou um método de investigação quantitativo de forma a estudar o interior das culturas (primeiro método de investigação enfermagem), a etnoenfermagem que definiu “*como o estudo de crença, valores e práticas de cuidado em enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência directa, crenças e sistemas de valores.*”⁽³⁵⁾, o qual permite ao investigador a análise do cuidar e os fenómenos culturais.

Leininger, formulou a **Teoria da Diversidade do cuidar cultural**, com a crença de que “*as pessoas de culturas diferentes podem informar e são capazes de orientar os profissionais para receber o tipo de cuidados que desejam ou necessitam dos outros.*”⁽³⁵⁾. Nos anos 70 criou o **Modelo Sunrise**, de forma a representar a sua teoria e torná-la operacional na pesquisa e no estudo da Diversidade e universalidade cultural.

Neste modelo são preconizadas três formas de cuidar:

- A preservação/manutenção do cuidar cultural – “*respeita as acções e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma cultura específica a reter e/ou preservar valores relevantes do cuidar de modo a que possam manter o seu bem-estar, recuperar da doença ou encarar deficiências ou a morte*”⁽³⁵⁾. O profissional que presta cuidados deve valorizar e apoiar as atitudes dos clientes, logo que não ponham em risco a sua saúde e que mantenham o cuidado cultural.
- A acomodação/negociação do cuidar cultural – “*Diz respeito às acções e decisões profissionais criativas de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma designada cultura a adaptar-se a ou a negociar com os outros para um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com os prestadores de cuidados profissionais.*”⁽³⁵⁾. O cliente se apoiado, ajudado e capacitado em relação aos seus padrões de cuidado, mantém o bem estar no seu contexto cultural preservando ou reforçando o vínculo com os profissionais prestadores de cuidados.
- A repadronização/reestruturação do cuidar cultural “*Refere-se às acções e decisões profissionais de auxílio, apoio, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam os clientes a reordenar, alterar ou modificar grandemente os seus*

modos de vida para padrões de cuidados de saúde novos, diferentes e benéficos, respeitando os valores culturais e crenças dos clientes e fornecendo, ainda, um modo de vida benéfico ou mais saudável do que antes de as mudanças terem sido co-estabelecidas com os clientes.” ⁽³⁵⁾. O cuidado que necessita ser reestruturado, deve ser garantido, de forma a estabelecer um cuidado coerente com hábitos de vida saudáveis.

É pertinente neste trabalho lembrar a importância de Madeline Leininger e do seu contributo para a enfermagem, no sentido em que cuidar da pessoa com insuficiência renal crónica, em terapia hemodialítica, exige a necessidade de intervir perante comportamentos e estilos de vida. Acreditamos que os cuidados negociados e repadronizados se traduzem em menos sequelas devido á insuficiência renal, pois poderá existir uma maior adesão terapêutica por parte do utente e contribuir para a orientação/aceitação do indivíduo que se depara com uma doença crónica, ao qual também lhe foi suprimida a sua cultura.

2. Projecto de intervenção no Serviço de Nefrologia do Hospital Curry Cabral

2.1. Objectivos específicos e actividades desenvolvidas no módulo III

O módulo III decorreu no Serviço de Nefrologia do HCC, entre o período de 23 de Novembro de 2009 e 28 de Janeiro de 2010.

Pela experiência vivenciada na prática, considera-se que os cuidados de saúde prestados no hospital ainda estão muito ligados à vertente curativa, relegando muitas vezes para segundo plano o meio envolvente dos utentes, pelo que se perspectivou a necessidade de melhorar a prestação de cuidados de saúde, numa perspectiva de saúde comunitária.

Relativamente aos objectivos delineados inicialmente é importante referir que o módulo III foi o que se submeteu a maiores alterações. Tal acontecimento, deveu-se ao facto de se por um lado se reconhecerem os conhecimentos adquiridos ao longo dos anos no Serviço de Nefrologia, por outro, os conhecimentos aprofundados na área da saúde comunitária permitiram perceber a existência de outros pormenores que foram considerados mais relevantes de aprofundar e pôr em prática.

Como objectivo geral na consecução deste módulo, preconizou-se realizar uma intervenção a nível dos cuidados de saúde primários no Serviço de Nefrologia do HCC, de forma a melhorar os cuidados de enfermagem prestados aos utentes que se encontram em programa regular de HD em regime de ambulatório.

O primeiro objectivo específico, que se pretendeu realizar, foi – ***“Caracterizar a população de utentes em programa regular de HD em regime de ambulatório no serviço de nefrologia do HCC.”*** Para tal, foi efectuada consulta da documentação existente no serviço em diário clínico, assim como foram realizadas algumas questões informais aos utentes.

Neste momento, encontravam-se em programa regular de HD em regime de ambulatório 22 utentes, dos quais 16 são do sexo masculino e 6 são do sexo feminino.

Em relação ao escalão etário desta população pode considerar-se muito abrangentes, uma vez que: 7 utentes encontravam-se entre os 30 e os 39 anos, 3 utentes

entre os 40 e os 49 anos, na faixa dos 50 anos estão 7 utentes e na dos 60 anos incluíam-se 4 utentes. Acima dos 80 anos encontrou-se apenas 1 utente.

Cerca de metade desta população é de origem Portuguesa (12), sendo que logo a seguir são originários de Cabo Verde 4 utentes e 3 da Guiné-Bissau. Os restantes, um de cada país, são oriundos de Angola, São-Tomé e Nigéria.

Relativamente às patologias associadas de carácter infecto-contagioso, encontravam-se neste momento em tratamento 11 utentes infectados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), 6 utentes com VIH positivo associado ao Vírus da Hepatite C (VHC), 1 utente portador de Hepatite B (HBS) e HIV positivo, 1 utente com HBS positivo e 1 utente com HCV positivo.

Existiam 2 utentes provenientes dos PALOP, que não se encontravam positivos para qualquer doença infecto-contagiosa.

Tendo presente que uma das necessidades constatadas, se encontra relacionada com o deficit de registos de enfermagem relativos aos utentes acima caracterizados, surgiu a necessidade de dar resposta ao segundo objectivo específico – ***“Intervir a nível da necessidade de existência de um processo de enfermagem, destinado aos utentes em programa regular de HD em regime de ambulatório.”*** A vontade de ultrapassar este problema surge da necessidade de informação que o enfermeiro deve possuir relativamente ao utente no seu contexto geral. Neste caso, as poucas informações de enfermagem, encontram-se apenas relacionadas com a sessão de HD, descurando todo o histórico pessoal dos utentes.

Em reunião, foram transmitidos à Enf.^a orientadora, quais os sentimentos, em relação às necessidades sentidas pelos enfermeiros a este nível, assim como alguns problemas de comunicação com utentes estrangeiros com os quais por vezes nos deparamos, tendo sido sugeridas ideias com vista à resolução destes problemas.

Por partilhar da ideia que a situação identificada seria um problema pertinente de ser resolvido, a Enf.^a orientadora, aceitou que fosse desenvolvido este projecto.

Desta forma, realizou-se de seguida uma reunião com a Enf.^a responsável pela gestão da sala de HD e foram discutidos alguns itens, que seriam importantes de figurar no processo de enfermagem dos utentes em programa de ambulatório.

Após pesquisa bibliográfica e também pela experiência adquirida na prática, decidiu-se introduzir no processo de enfermagem alguns documentos, como as folhas de

colheita de dados inicial e a planificação e avaliação das intervenções de enfermagem (já existentes no hospital) e dois documentos elaborados ao longo deste módulo, relativos à avaliação dos acessos vasculares (Anexo IX). Estas folhas de registo destinadas à avaliação dos acessos vasculares têm por fundamento apreciar toda a evolução do acesso vascular durante o seu período de construção, até ao momento em que existe falência do acesso. Desta forma, realizando no mínimo uma avaliação mensal (pode fazer-se sempre que sejam visíveis alterações dignas de registo), preconizou-se que seja registado o estado do acesso vascular no que respeita à presença de sinais inflamatórios, aneurismas, tempo de hemostase, funcionalidade em função dos valores de pressões e observações consideradas pertinentes.

Considerando os vários problemas que podem surgir associados às dificuldades de comunicação, sentiu-se necessidade de incluir neste projecto o objectivo específico – **“Realizar instrumentos facilitadores do processo de comunicação.”**, que visam dar resposta a algumas situações, com as quais se depara o enfermeiro, quando necessita de comunicar algo a um utente, neste caso específico, quando relacionado com a insuficiência renal.

Partindo do princípio que os problemas que levam os utentes a colocar mais questões, se relacionam com o acesso vascular e com a alimentação, foram identificadas as áreas sobre as quais a actuação deveria ser primordial.

Constatando-se que este problema podia não se verificar apenas no meio hospitalar, e sentindo necessidade de “sair fora de portas” e conhecer a opinião da comunidade, relativamente a esta temática, estabeleceu-se contacto com a Associação Portuguesa de Insuficientes Renais (APIR) através de reunião com o seu presidente. Esta reunião foi realizada na sede da associação e teve como objectivo comunicar o problema identificado, perceber se este era partilhado pela APIR e se fazia sentido para eles procurar resolvê-lo através de uma parceria.

A resposta foi positiva, pois o presidente da associação referiu que são abordados por diferentes tipos de problemas, inclusivamente por utentes estrangeiros.

Para complementar, foi-nos fornecida alguma da documentação por eles elaborada.

Em virtude de no Serviço de Nefrologia, não existirem quaisquer documentos destinados aos utentes, relativamente aos acessos vasculares e a APIR também não

possuir essa documentação actualizada, procedeu-se à recolha de informação através de pesquisa bibliográfica, bem como à elaboração dos documentos, realizando-se posteriormente a sua tradução para inglês e francês (Anexo X).

Concomitantemente procedeu-se também à elaboração de um documento destinado aos cuidados com a alimentação do utente insuficiente renal, para o qual foi contactada a dietista que dá apoio ao serviço de nefrologia, que valorizou a importância da questão e aceitou participar neste projecto. Este guia de alimentação, foi também traduzido para Inglês e Francês (Anexo XI).

A tradução para estas duas línguas estrangeiras, surge devido ao facto de se por um lado o inglês ser considerado uma língua universal e pessoas de vários países o dominarem, por outro, o francês é frequentemente dominado pelos utentes provenientes de alguns países do continente africano.

O facto de se pretender melhorar a comunicação e diminuir as barreiras linguísticas, identificou outro tipo de problema - o dos utentes invisuais. A insuficiência renal crónica, surge frequentemente associada à diabetes, que por sua vez constitui uma importante causa de incapacidade visual, existindo também os utentes invisuais por outras causas.

Desta forma, a solução proposta para a resolução deste problema passou pela Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal (ACAPO), à qual foi exposta a necessidade em causa identificada. Com uma importante missão no apoio aos indivíduos invisuais, esta instituição aceitou realizar a tradução dos documentos relacionados com os acessos vasculares e com a alimentação dos utentes insuficientes renais, para escrita em Braille.

2.2. Contributos deste projecto

A realização deste projecto, pretendeu atingir objectivos de enfermagem directamente relacionados com alguns problemas de comunicação e conseqüentemente procurar melhorar o bem-estar dos utentes no âmbito da saúde comunitária.

A abordagem do tipo de questões expostas, permitem reflectir sobre a importância do utente ter um papel activo na manutenção da sua saúde, capacitando-o de conhecimentos que lhe permitam agir e tomar decisões, sem necessariamente se encontrarem dependentes dos técnicos de saúde.

A utilização do processo de enfermagem à muito que foi identificada como fazendo parte das necessidades de quem cuida dos utentes. Segundo Doenges e Moorhouse, “*O processo de enfermagem é a base de todas as acções de enfermagem e a essência da enfermagem*”⁽¹²⁾. Mais especificamente, pode dizer-se que este permite estabelecer um método de prestação de cuidados de enfermagem de forma organizada e simplificada, que possibilita atingir as necessidades específicas de cada utente na sua singularidade, tendo em consideração o utente inserido na comunidade.

Desta forma, pode dizer-se que o facto de ser desenvolvida e aplicada uma metodologia de trabalho, que ajude a prestar cuidados de enfermagem eficazes aos utentes, permite que se possam fazer reflexões pessoais em relação à metodologia aplicada, avaliando a qualidade dos cuidados prestados e os contributos que a mesma teve para os utentes.

As capacidades relacionais desenvolvidas, através do trabalho realizado, permitiram que fosse possível, adequar os conhecimentos adquiridos a estas problemáticas com que nos confrontamos, que embora não sendo situações totalmente desconhecidas, foram trabalhadas desde o início, tendo em vista a perspectiva da especialidade de Saúde Comunitária.

No que se refere às parcerias estabelecidas com as instituições em causa, pode dizer-se que esta articulação se tornou uma mais-valia, na medida em que este tipo de contactos, permite que exista partilha de conhecimentos e experiências, mostrando a todos, que hospital e comunidade, não se podem encontrar dissociados, sob pena de o trabalho que cada um executa não sair completo na sua especificidade.

CONCLUSÃO

Após o termino deste curso, no qual foi desde o início proporcionado um suporte teórico diversificado, que associado à investigação realizada a nível pessoal, tornou o seu conjunto como um importante contributo sobre as diferentes vertentes, nas quais assenta a Enfermagem de Saúde Comunitária, reflectiu-se sobre determinados aspectos que de seguida serão analisados.

Foram delineados no início do estágio, diversos objectivos para cada módulo, que constituíram o apoio necessário para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermagem especializadas na área da Saúde Comunitária. Desenvolveram-se entre outros conhecimentos mais aprofundados sobre a temática das DCV (módulos I e II) e suas implicações na saúde dos indivíduos, da sua família e comunidade, tendo sempre em consideração a importância e qual pode ser o contributo do Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária.

Do estágio realizado e posteriormente da consequente adequação dos conhecimentos adquiridos e do despertar para a realidade vivida na prática, emerge este relatório, que procura enquadrar e dar sentido ao conjunto desta experiência enriquecedora, tanto a nível pessoal, como a nível profissional.

Deve considerar-se como um dos principais papéis do enfermeiro especialista, o de desenvolver continuamente actividades de promoção da saúde e prevenção das doenças, que podem ser possíveis, através da criação de planos de promoção e educação para a saúde. A tarefa pode tornar-se muito complexa, na medida em que tal como já foi referido anteriormente, muitos dos factores de risco existem devido a situações comportamentais, que nem sempre são fáceis de alterar, pois não é suficiente fornecer informação, é necessário criar estratégias e hábitos de vida que promovam e motivem os indivíduos para a mudança.

De forma a conseguir alcançar-se a promoção da saúde em comunidade, é fundamental que se estabeleçam parcerias funcionais de alianças e redes fortes, que tenham o objectivo de abranger os sectores públicos, privados e outros grupos da sociedade civil, que direccionem a sua actuação de promoção da saúde em diferentes locais (por exemplo: escolas, locais de recreação e lazer, estabelecimentos de saúde, prisões, etc.).

O enfermeiro especialista, tem aqui um papel preponderante, na medida em que como agente de educação para a saúde, deve agir no sentido de incidir a sua actuação cada vez menos sobre o carácter preventivo de algumas doenças específicas e apostar cada vez mais na promoção da saúde, fazendo uma abordagem globalizante, pois tal como foi ensinado pela teórica de enfermagem (Nola Pender), a promoção da saúde deve constituir um objectivo tão importante para o século XXI, assim como no século XX se considerava a prevenção da doença.

No contexto geral, os contributos desta experiência foram muito positivos, no sentido em que permitiram o contacto com novas experiências e conseqüentemente se traduziram num ganho de conhecimentos muito rico.

Desenvolveram-se competências ao nível da organização, gestão e orientação para implementação de projectos de mudança a nível de organização do serviço de enfermagem, particularmente através da criação e estruturação de uma consulta de enfermagem no âmbito dos cuidados a prestar ao utente com problemas relacionados com as DCV.

Procurando ir de encontro à importância das funções do enfermeiro especialista previstas no REPE, o processo de organização da consulta de enfermagem, utilizado como metodologia de planeamento em saúde constituiu um importante passo na aprendizagem conseguida ao longo deste estágio, que só se tornou possível devido ao facto de se ter agido de forma coordenada, participada e integrada com outros profissionais da equipa de saúde e comunidade.

Foram muitos os contributos que a realização do estágio trouxe para a aprendizagem pessoal, encontrando-nos nesta fase mais motivados para a importância do desenvolvimento do trabalho em equipa multidisciplinar; para a promoção e participação na realização de diagnósticos de saúde; tendo em consideração a uniformização de procedimentos associados à importância das intervenções autónomas e a promoção do trabalho em parceria com outras instituições da comunidade.

A elaboração e utilização de instrumentos de avaliação adequados para a identificação de riscos reais e potenciais, e posteriormente a análise de resultados obtidos, foi uma das actividades que mais esforço e pesquisa exigiu, na medida em que se traduziu em trabalho que não fazia parte do quotidiano. No entanto, à luz do preconizado para o enfermeiro especialista é uma importante ferramenta de trabalho, visto que permite contribuir para a realização de trabalhos de investigação e

consequentemente procurar melhorar e evoluir a nível dos cuidados prestados aos utentes.

O facto de ter sido possível contactar com as pessoas, quando enquadradas no seu ambiente de trabalho, tornou-se numa dessas mais-valias, pois permitiu direccionar os cuidados de saúde, para uma população que pode desta forma vigiar a sua saúde sem ter necessariamente de despende muito tempo. Desta forma, também se considerou positiva a realidade vivida, quando são abordadas as pessoas enquadradas no seu meio ambiente, e que portanto não se encontram em situação de maior vulnerabilidade, como por vezes acontece nas situações de hospitalização, o que permite que as pessoas sintam maior confiança e maior à vontade para intervirem e fazerem questões relacionadas com situações que as preocupam.

Relativamente ao percurso traçado ao longo do terceiro módulo, pode concluir-se que a sua realização teve um grande impacto ao longo desta formação, uma vez que proporcionou observar e agir sob a perspectiva do enfermeiro de saúde comunitária, numa área, que ainda hoje se encontra estigmatizada como pertencente apenas à necessidade de cuidados de saúde terciários.

Este projecto tornou-se ambicioso, na medida em que se pretendeu incutir nos prestadores de cuidados de saúde do Serviço de Nefrologia do HCC a importância da saúde comunitária, reflectindo sobre problemas de comunicação e procurando alternativas para resolvê-los. Esta resolução passou não só por aplicar os conhecimentos dos enfermeiros, mas também alargando o projecto às necessidades partilhadas por especialistas de outras áreas e instituições da comunidade.

Confrontámo-nos com algumas limitações, nomeadamente, tempo de estágio reduzido, não permitindo colocar em prática alguns dos projectos; escassez de tempo para frequência do estágio e realização dos projectos que lhe estão associados, por manutenção de regime laboral sem redução de carga horária semanal; o facto de não existir orientação tutorial no CSL por um especialista de Saúde Comunitária, e portanto o mesmo ter sido orientado sob supervisão de uma enfermeira especialista de Saúde Infantil que se encontrava a desempenhar funções de chefia e coordenação de projectos relacionados com a Unidade de Cuidados na Comunidade. Concluimos, que estas limitações constituíram uma barreira ao desenvolvimento em pleno de todo um processo planeado e criado tendo em vista o desenvolvimento de competências especializadas em diferentes contextos da área de Enfermagem de Saúde Comunitária.

Em relação ao CSL, sugere-se que mantenham um trabalho na comunidade, no âmbito das DCV, procurando uma melhoria dos estilos de vida e capacitando a população para a importância da promoção da sua saúde. Uma das formas de atingir este objectivo, poderá ser conseguido através dos enfermeiros que actuam na Unidade de Saúde Móvel (e que se encontram muito direccionados para a promoção da saúde e prevenção da doença), o que pode ser alcançado através da realização por parte destes de rastreios como por exemplo a avaliação do RGC e realização de sessões de educação para a saúde.

Numa perspectiva futura, considera-se também que o trabalho desenvolvido e enquadrado no programa das DCV, poderia ser incluído numa área mais abrangente, ou seja, através da criação de uma consulta de enfermagem que tivesse o intuito de abordar a saúde do adulto e do idoso, incluindo programas específicos como poderiam ser o despiste de doenças cardiometabólicas, a promoção da autonomia dos utentes com patologia crónica e gestão dessa mesma patologia, despiste da tuberculose e de patologias malignas, entre outros.

No que respeita ao trabalho desenvolvido, a nível do serviço nefrologia pode dizer-se que um aspecto que se perspectiva de grande utilidade é a manutenção activa da relação que deve ser estabelecida entre o meio hospitalar e não apenas os centros de saúde, mas abrangendo toda a comunidade, pois não nos devemos esquecer que o hospital é uma infra-estrutura da comunidade, e que todos devem trabalhar em parceria.

Sugere-se que no âmbito dos cuidados prestados a nível hospitalar, os enfermeiros realizem outras iniciativas direccionadas para o acompanhamento aos utentes portadores de insuficiência renal crónica, quer estes se encontrem em regime de ambulatório ou de internamento e que podem ser conseguidas por exemplo através de sessões de educação para a saúde (cuidados com a ter com a alimentação, com os acessos venosos ou despiste de outras patologias que podem surgir associadas à insuficiência renal crónica, etc.), e que visem contribuir para que estes utentes quando se encontrem fora do ambiente hospitalar, possam dispor de conhecimentos que lhes permitam tomar decisões esclarecidas relativamente à (às) patologia (s) que apresentam.

Como uma das mais-valias obtidas no percurso traçado ao longo deste módulo, pode salientar-se a importância que foi conseguir perceber uma realidade vivida no dia-a-dia de forma completamente diferente, ou seja, conseguir identificar que não devem

existir “barreiras” entre o hospital e a saúde comunitária, pois estes devem encontrar-se intimamente relacionados.

Para finalizar e após a realização deste relatório, considera-se que foram atingidos os objectivos do mesmo. Procurou-se ao longo do mesmo explicar os objectivos, assim como as actividades desenvolvidas para os concretizar de forma clara e fundamentada. Foi também realizada a descrição dos contributos de cada projecto realizado ao longo do estágio.

Embora nos tenhamos deparado com algumas dificuldades ao longo do estágio, os obstáculos foram sendo vencidos e a realização deste relatório traduz as competências adquiridas na área da Enfermagem de Saúde Comunitária.

Só através de conhecimentos sólidos, podemos actuar de uma forma eficiente e eficaz sobre assuntos aos quais somos chamados a dar resposta. A certificação e a qualificação profissional contribuem para que tenhamos a responsabilidade de manter a necessidade de formação de modo contínuo.

Por tudo o que já anteriormente foi descrito e fundamentalmente pela aquisição de competências que permitam uma intervenção adequada, desenvolveu-se todo este percurso pessoal e profissional na área da Enfermagem de Saúde Comunitária, que por se considerar inacabado pode vir a constituir ponto de partida para novos estudos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- **A carta de Bangkok para a promoção da saúde em um mundo globalizado** em www.saudepublica.web.pt/ (consulta 5 de Fevereiro de 2010)
- 2- **A carta de Ottawa para a promoção da Saúde nos países industrializados** em <http://www.saudepublica.web.pt/> (consulta 5 de Fevereiro de 2010)
- 3- AEHLERT, Barbara – **ACLS: Emergências em Cardiologia**. 3.^a Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2007. ISBN 978-85-352-2295-1
- 4- ALVARES-PEREIRA, Gabriela; ALMEIDA, Conceição; DOMINGOS, Manuel – “Stress e as doenças cardiovasculares”. **Ser Saúde**. Póvoa do Lanhoso. ISSN – 1646-5229.10 (Abril/Maio/Junho 2008), P.53-71.
- 5- Avaliação do risco cardiovascular – metodologias e suas implicações na prática clínica em [http:// www.apmcg.pt/](http://www.apmcg.pt/) (consulta a 20/5/2009)
- 6- AZEVEDO, Carlos A. Moreira; AZEVEDO, Ana Gonçalves de – **Metodologia Científica: Contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos** – 6.^a edição. Lisboa: UCE 2003.
- 7- BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; Kjellström – **Epidemiologia básica** – 1.^a edição. Lisboa: 1993. Escola Nacional de Saúde Publica de Lisboa. ISBN – 972-98811-2-X
- 8- BENNETT, Paul; MURPHY, Simon – **PSICOLOGIA E PROMOÇÃO DA SAÚDE**. 1.^a edição. Lisboa: 1999. Climepsi Editores. ISBN 972-8449-48-8

- 9- CARVALHO, Amâncio; CARVALHO, Graça – **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: conceitos, práticas e necessidades de formação**. Lisboa: 2006. Lusociência. ISBN - 972-8930-22-4
- 10- DIAS, Maria do Rosário – **Serão os Mass Média Estrategas de Saúde?**. CLIMEPSI; Editores. 2005. ISBN: 972-796-183
- 11- **Doenças Cardiovasculares** em www.portaldasaude.pt/ (consulta 10 de Maio de 2009)
- 12- DOENGENS, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances – **Aplicação do PROCESSO DE ENFERMAGEM e do DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Um texto interactivo**. Lisboa: Lusodidacta Editora, 1992. ISBN 972-975399-4-4
- 13- ESTEVES, Alina; FONSECA, Maria; McGARRIGLE, Jennifer; SILVA, Sandra; – **Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal**. Departamento de Geografia/Centro de Estudos Geográficos. Universidade de Lisboa. 2009
- 14- GEORGE, Julia B. – **Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas Lisboa, 1993.338p.
- 15- GRUPO DE EDUCACION SANITARIA Y PROMOCION DE LA SALUD (PAPPS) – **Guias de educação e promoção da saúde**. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2001. 111p. ISBN 972-9425-92-2
- 16- LANCASTER, Jeanete; STANHOPE, Marcia – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos**. 4.^a Edição. Lisboa Lusociência Editora, 1999. ISBN: 972-8383-05-3

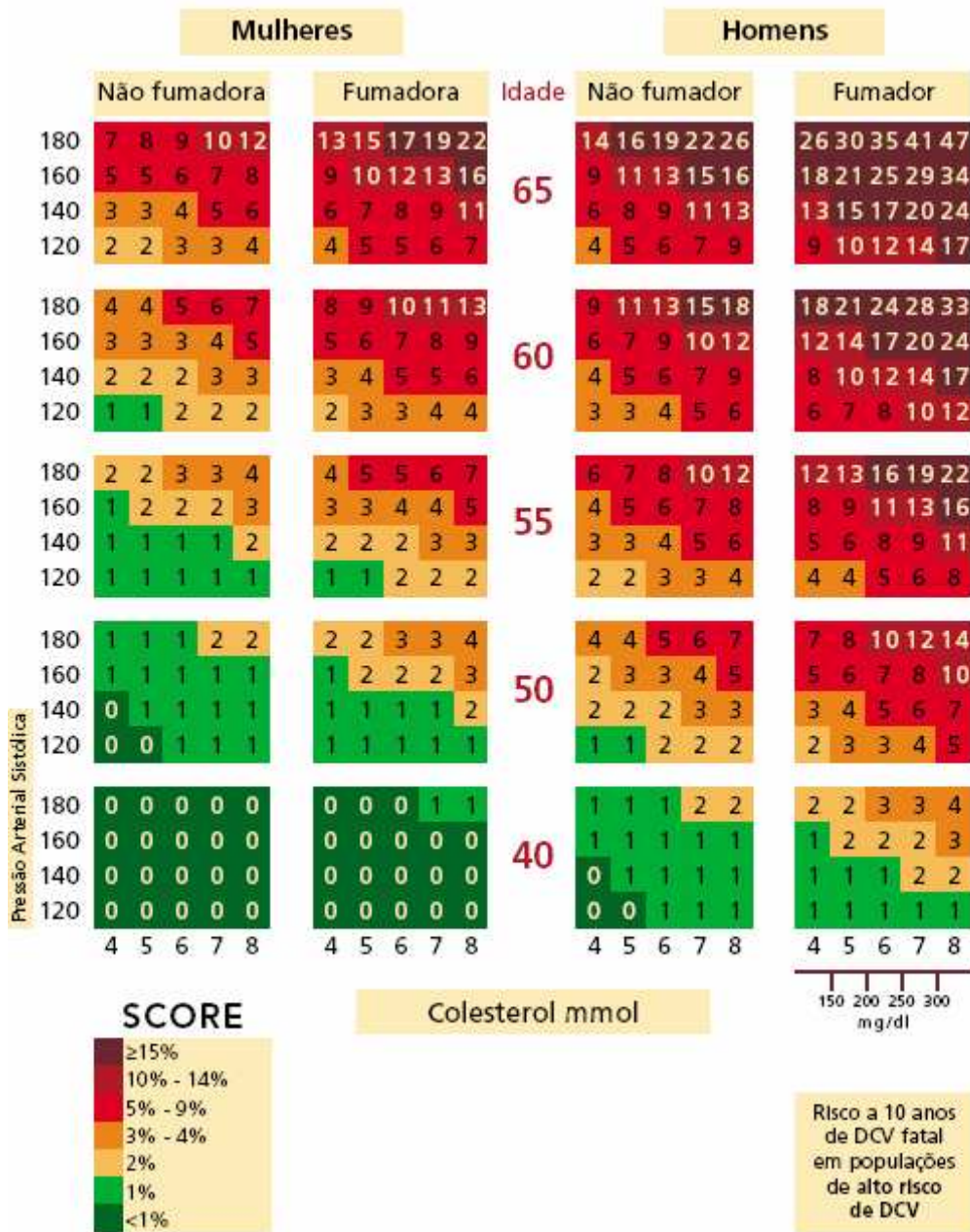
- 17- LAVERACK, Glenn – PROMOÇÃO DA SAÚDE: Poder e Empoderamento.** Lisboa. Lusodidacta, 2004. ISBN: 978-989-8075-09-3
- 18- LEITE, Lúcia** em <http://www.ordemenfermeiros.pt> (consulta 29 de Fevereiro de 2010)
- 19- Mortalidade por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos** em <http://www.acs.min-saude.pt/> (consulta 10 de Maio de 2009)
- 20- Mortalidade por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos** em <http://www.acs.min-saude.pt/> (consulta 10 de Maio de 2009)
- 21- MOTA, Teresa Gomes – Passaporte Para a Vida;** Editor Teresa Gomes Mota
- 22- PORTUGAL.** Direcção Geral da Saúde – Circular Normativa n.º 2/DGCG – 31/03/04
- 23- PORTUGAL.** Direcção Geral da Saúde – Circular Normativa n.º 03/DSPCS – 06/02/06
- 24- PORTUGAL.** Direcção Geral da Saúde – Circular Normativa n.º 06/DSPCS – 18/04/07
- 25- PORTUGAL.** Direcção Geral da Saúde – Circular Normativa n.º 11/DQS/DGIDI/DMD – 28/07/09
- 26- PORTUGAL.** Direcção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – **Programa Nacional de Combate à Obesidade.** – Lisboa: DGS, 2005. – 24p. ISBN 972-675-128-4

- 27- **PORTUGAL.** Direcção Geral da Saúde. Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas – **Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas.** – Lisboa: DGS, 2006. – 24p. ISBN 972-675-155-1
- 28- **PORTUGAL.** Lei de Bases de Saúde – Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro
- 29- **PORTUGAL.** Ministério da Saúde, **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros – REPE,** Decreto-Lei nº161/96 de 4 de Setembro.
- 30- **PORTUGAL.** Regime de organização e funcionamento das actividades de promoção da segurança e saúde no trabalho – Lei n.º 109/2000 de 30 de Junho
- 31- **PORTUGAL.** Regime jurídico da promoção da segurança e saúde no trabalho – Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro
- 32- RILEY, Julia Balzer – **Comunicação em Enfermagem.** Loures: Lusociência Editora. ISBN 972-8383-81-9
- 33- Sociedade Portuguesa de Diabetologia – **Protocolo para Diagnóstico e acompanhamento da doença coronária em doentes diabéticos,** em <http://spd/> (consultado em 7/6/2009)
- 34- THOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia.** 2.^a Edição. Loures: Lusociência Editora, 2005. ISBN 972-8383-85-1
- 35- TOMEY, Ann Marriner; ALLIGOOD, Marth Raile – **Teóricas de Enfermagem e a sua obra”/ Modelos e teorias de enfermagem** – 5.^a edição (ing). Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-74-6
- 36- Viver após um acidente vascular cerebral em [http:// www.portal da saúde.pt/](http://www.portal_da_saude.pt/) (consulta a 20/5/2009)

ANEXOS

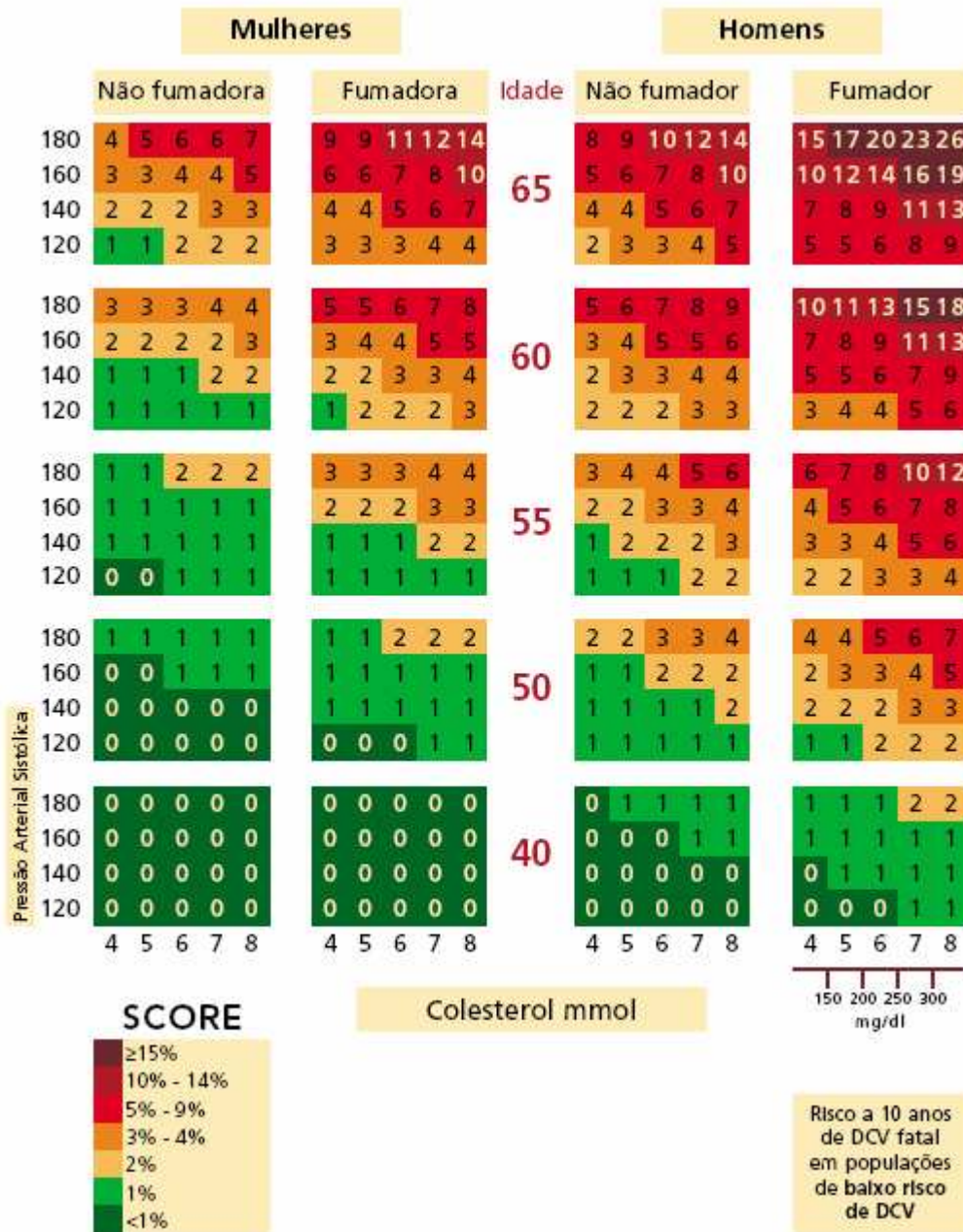
Anexo I. Tabelas de avaliação do Risco Global Cardiovascular

Tabela de Alto Risco Cardiovascular³



³ Terceiro Grupo de Trabalho de Sociedades Europeias e outras Sociedades para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica (2003). **Recomendações para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica**

Tabela de Baixo Risco Cardiovascular⁴



⁴ Terceiro Grupo de Trabalho de Sociedades Europeias e outras Sociedades para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica (2003). **Recomendações para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica.**

Anexo II. Pedidos formais enviados por correio aos presidentes de Junta de Freguesia

Ex^{mo}. Sr. Presidente da Junta
de Freguesia do Lumiar

Eu, Ana Sofia Matos Rodrigues de Oliveira, enfermeira, inscrita na ordem dos enfermeiros com o n.º 5 - E - 42248, encontro-me neste momento a realizar o curso de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, do qual faz parte um estágio no Centro de Saúde do Lumiar.

No âmbito da frequência da especialidade em Enfermagem, pretendo desenvolver uma pesquisa na área das doenças cardiovasculares, de forma a poder contribuir para redução das mesmas, tendo em consideração o que nos é proposto pela Direcção Geral de Saúde, a qual considera estas doenças como uma importante causa de mortalidade e morbilidade no nosso país.

Desta forma, tendo em consideração que as juntas de freguesia constituem importantes parceiros da comunidade, surgiu a ideia de aplicar o *rastreio para a avaliação do risco global cardiovascular*, aos funcionários das Juntas de Freguesia, que abrangem o Centro de Saúde do Lumiar.

Sendo que, já obtivemos parecer positivo por parte das Juntas de Freguesia da Ameixoeira e Charneca para realização deste projecto, gostaríamos também de poder contar com a vossa participação, ficando a aguardar uma resposta.

Atenciosamente
Ana Sofia Oliveira

Telf - 962915875

Email – aoliveirinha79@gmail.com

E^{xma}. Sr. Presidente da Junta de
Freguesia Da Charneca do Lumiar

Eu, Ana Sofia Matos Rodrigues de Oliveira, enfermeira, inscrita na ordem dos enfermeiros com o n.º 5 - E - 42248, encontro-me neste momento a realizar o curso de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, do qual faz parte um estágio no Centro de Saúde do Lumiar.

Em seguimento da reunião que já tivemos na Junta de Freguesia, venho por este meio relembrar, que no âmbito da frequência da especialidade em Enfermagem, pretendo desenvolver uma pesquisa na área das doenças cardiovasculares, de forma a poder contribuir para redução das mesmas, tendo em consideração o que nos é proposto pela Direcção Geral de Saúde, a qual considera estas doenças como uma importante causa de mortalidade e morbidade no nosso país.

Desta forma, tendo em consideração que as juntas de freguesia constituem importantes parceiros da comunidade, surgiu a ideia de aplicar o *rastreio para a avaliação do risco global cardiovascular*, aos funcionários das Juntas de Freguesia, que abrangem o Centro de Saúde do Lumiar.

Sendo que, já obtivemos parecer positivo por parte da Junta de Freguesia da Ameixoeira, para realização deste projecto, gostaríamos também de poder contar com a vossa participação, ficando a aguardar uma resposta.

Atenciosamente
Ana Sofia Oliveira

Telf - 962915875

Email – aoliveirinha79@gmail.com

E^{xma}. Sr. Presidente da Junta
de Freguesia da Ameixoeira

Eu, Ana Sofia Matos Rodrigues de Oliveira, enfermeira, inscrita na ordem dos enfermeiros com o n.º 5 - E - 42248, encontro-me neste momento a realizar o curso de especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária, do qual faz parte um estágio no Centro de Saúde do Lumiar.

No âmbito da frequência da especialidade em Enfermagem, pretendo desenvolver uma pesquisa na área das doenças cardiovasculares, de forma a poder contribuir para redução das mesmas, tendo em consideração o que nos é proposto pela Direcção Geral de Saúde, a qual considera estas doenças como uma importante causa de mortalidade e morbilidade no nosso país.

Desta forma, tendo em consideração que as juntas de freguesia constituem importantes parceiros da comunidade, surgiu a ideia de aplicar o *rastreio para a avaliação do risco global cardiovascular*, aos funcionários das Juntas de Freguesia, que abrangem o Centro de Saúde do Lumiar.

Gostaríamos de poder contar com a vossa participação, ficando a aguardar uma resposta.

Atenciosamente
Ana Sofia Oliveira

Telf - 962915875

Email – aoliveirinha79@gmail.com

Anexo III. Instrumento de Colheita de Dados utilizado nos rastreios

DOCUMENTO PARA REGISTO DO RASTREIO

NOME –

NOP –

CENTRO DE SAÚDE -

FACTORES AVALIADOS	REGISTOS
Sexo	
Idade	
Hábitos Tabágicos	
1.^a Tensão Arterial	
2.^a Tensão Arterial (após 5 minutos)	
Tensão Arterial (braço contralateral)	
Média da Tensão Arterial sistólica	
Colesterol	
Diabetes	
Doença cerebrovascular	
Grau de Risco	

F – Feminino

M – Masculino

S – Sim

N - Não

IDENTIFICAÇÃO DE OUTROS PROBLEMAS

√ - Função que desempenha no local de trabalho?

√ - Antecedentes familiares de doença cardiovascular prematura (antes dos 55 anos para os homens e dos 65 anos para as mulheres)

Sim

Não

Observações - _____

√ - Hábitos de Vida Sedentários

Sim

Não

Observações - _____

√ - Hábitos Alimentares

Observações - _____

Observações gerais - _____

Anexo IV. Documento afixado nas Juntas de Freguesia para informação aos funcionários

*No dia ___/ ___/ _____ após as ___ horas, vai
realizar-se na Junta de Freguesia da*

_____,
*uma campanha de rastreio, destinada a
avaliar o Risco de Doença Cardiovascular
aos seus funcionários.*

*Se possível faça uma refeição sem
gorduras no jantar da véspera e também ao
pequeno almoço do próprio dia.*

VENHA PARTICIPAR !!!!

A SUA SAÚDE É UM BEM

Anexo V. Documentação utilizada para sessão de formação apresentada na Junta de Freguesia

DOENÇAS CARDIOVASCULARES – PROBLEMÁTICAS PARA A SAÚDE E CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO RASTREADA

Local: Junta de Freguesia da Ameixoeira

Data: 3 de Novembro de 2009

Horário: 10h30m

Ana Oliveira – Licenciatura de
Especialização e Mestrado em
Enfermagem de Saúde Comunitária
ICS – UCP
Enf.ª especialista – Aida Ferreira

O QUE SÃO AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES?

De um modo geral, são o conjunto de doenças que afectam o aparelho cardiovascular, designadamente o coração e os vasos sanguíneos.

AS DOENÇAS CARDIOVASCULARES,
SÃO RESPONSÁVEIS POR CERCA DE
40% DOS ÓBITOS EM PORTUGAL

AS SUAS CONSEQUÊNCIAS MAIS
IMPORTANTES SÃO:

- O Enfarte do miocárdio;
- O AVC;
- A morte.

QUAIS SÃO OS FACTORES DE RISCO?

- Idade
- Hereditariedade
- Hábitos Tabágicos
- Sedentarismo
- Diabetes
- Obesidade
- Hábitos Alimentares
- Colesterol
- Hipertensão arterial
- Stress

A HTA É SILENCIOSA – NOS PRIMEIROS ANOS NÃO PROVOCA GERALMENTE SINAIS NEM SINTOMAS

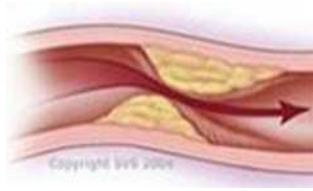
Ao longo dos anos aparecem as suas consequências:

- LESÃO DOS VASOS SANGUÍNEOS
- LESÃO DOS PRINCIPAIS ÓRGÃOS VITAIS (Cérebro, coração e Rim)

ESTATÍSTICA:

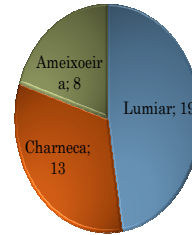
- 40% dos adultos portugueses são hipertensos;
- + de 50% desconhecem que têm a doença;
- 14% das mortes no mundo, ocorrem por complicações da HTA;
- Constituem a 1.ª Causa de morte no país (assim como a doença coronária e o cancro)

→ PRINCIPAL CAUSA DE INCAPACIDADE GRAVE



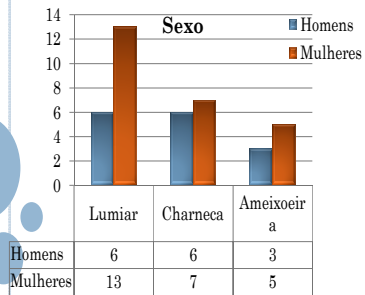
Um corte longitudinal de uma artéria com um ateroma

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO



Total - 40 indivíduos

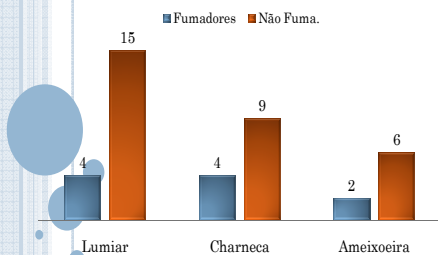
CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO



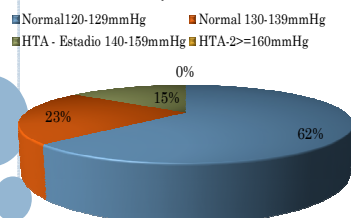
% de Indivíduos Fumadores e não Fumadores



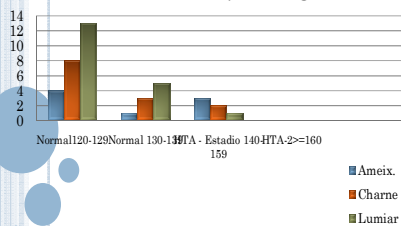
N.º de Indivíduos Fumadores e Não Fumadores



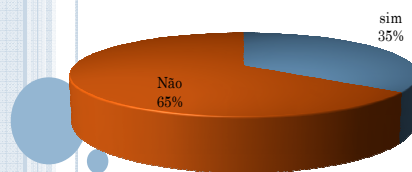
Estádios de Tensão Arterial da População



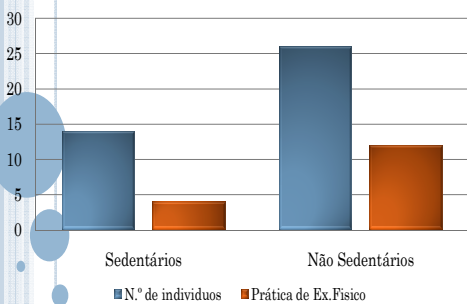
Distribuição das Categorias de Tensão Arterial por Freguesia



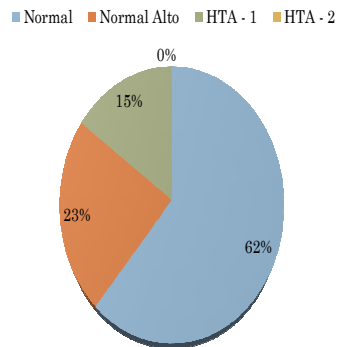
Sedentarismo



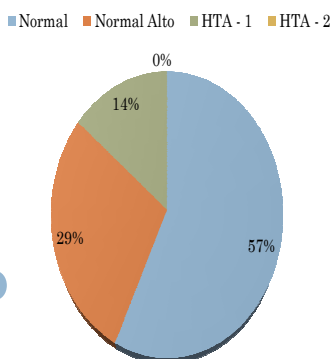
Relação entre Sedentarismo e Prática de Exercício Físico



Relação entre Hábitos Não Sedentários e Tensão Arterial

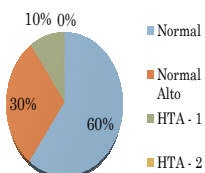


Relação entre Hábitos Sedentários e Tensão Arterial

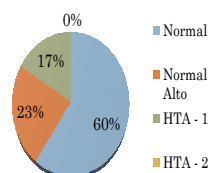


RELAÇÃO ENTRE TABAGISMO E TENSÃO ARTERIAL

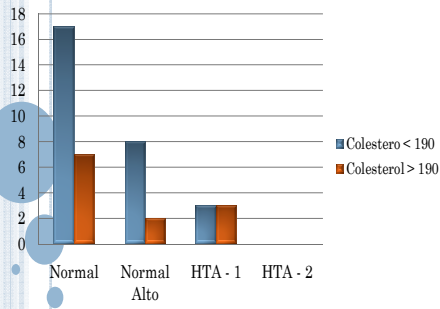
Fumadores



Não Fumadores

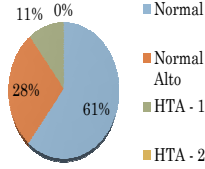


Relação entre Tensão Arterial e Valores de Colesterol

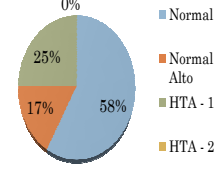


RELAÇÃO ENTRE VALORES DE TENSÃO ARTERIAL E COLESTEROL

Tensão Arterial e Valores de Colesterol < 190



Tensão Arterial e Valores de Colesterol > 190



RELAÇÃO ENTRE SEDENTERAISMO E VALORES DE COLESTEROL

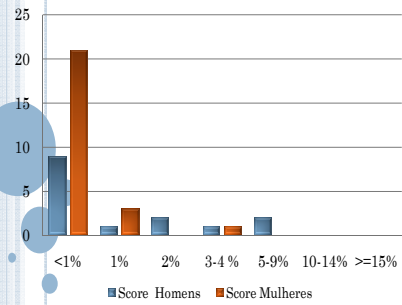
Hipercolesterolémia e Sedentarismo



Relação entre hipocolesterolémia e Sedentarismo



Risco Global de Avaliação Cardiovascular



Anexo VI. Projecto de Consulta de Enfermagem de Doenças Cardiovasculares para o Centro de Saúde do Lumiar



PROJECTO DE INTERVENÇÃO
PARA A CONSULTA DE
ENFERMAGEM NA ÁREA DAS
DOENÇAS CARDIOVASCULARES

- CENTRO DE SAÚDE DO LUMIAR -

Ana Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza

Profissionalizante na área de Saúde Comunitária – ICS-UCP

Enf.ª especialista – Aida Ferreira

Novembro de 2009

SIGLAS E ABREVIATURAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

DIC – Doença Isquémica Cardíaca

HDL - High Density Lipoproteins

HTA – Hipertensão Arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

LDL – Low Density Lipoproteins

PNCO – Plano Nacional de Combate à Obesidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCORE - Systematic Coronary Risk Evaluation

TA – Tensão Arterial

SUMÁRIO

1 - DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	5
2 - FACTORES DE RISCO.....	7
2.1 - Factores não-modificáveis ou fixos.....	7
2.1.1 - Hereditariedade.....	7
2.1.2 - Raça/Etnia	8
2.1.3 - Sexo e Idade.....	8
2.2 - Factores modificáveis.....	8
2.2.1 - Tabagismo.....	8
2.2.2 - Sedentarismo.....	9
2.2.3 - Maus hábitos alimentares e Obesidade.....	9
2.2.4 - Hipercolestolemia.....	9
2.2.5 - Hipertensão Arterial.....	9
2.2.6 - Diabetes Mellitus.....	10
2.2.7 - Stress.....	10
3 - OBJECTIVOS DO PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	11
4 - AVALIAÇÃO DO RISCO E PROMOÇÃO DA DOENÇA.....	13
5 - AVALIAÇÃO DO RISCO GLOBAL CARDIOVASCULAR.....	15
6 - CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A AVALIAÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL.....	17
6.2 - Necessidades de intervenção em função dos valores de TA.....	18
6.2.1- Indivíduos com TA normal-alta (TAS 130-139 mmHg ou TAD 85-89 mmHg)..	18
6.2.2-Indivíduos com HTA estágio 1 (TAS 140-159 mmHg ou TAD 90-99 mmHg).....	18
6.2.3-Indivíduos com HTA estágio 2 (TAS >= 160 mmHg mmHg ou TAD >= 100 mmHg).....	19

7 - CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A OBESIDADE E SEUS PARAMETROS DE AVALIAÇÃO.....	20
8 - PAPEL DO ENFERMEIRO DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	22
9 - CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES.....	25
9.1 - Objectivos da Consulta.....	25
9.2 - Estratégias de Intervenção.....	25
9.3 - Papel do Enfermeiro.....	26
9.4 - Critérios de diagnóstico de Doença Cardiovascular.....	27
9.5 - Critérios de Referenciação Interna.....	27
9.5.1 - Referenciação do Médico para Enfermagem.....	27
9.5.2 - Referenciação de Enfermagem para o Médico.....	27
9.6 - População Alvo.....	28
9.7 - Processos de encaminhamento para a consulta.....	28
9.8 - Procedimentos para a marcação de consultas/seguimento dos utentes.....	28
9.9 - Plano de Cuidados.....	29
9.10 - Folhas de Registo.....	31
10 - CONCLUSÃO.....	32
11 - BIBLIOGRAFIA.....	33
ANEXOS.....	35
Anexo 1 - Tabelas de Risco Cardiovascular.....	36
Anexo 2 - Folhas de Registo de Enfermagem	39

1 – DOENÇAS CARDIOVASCULARES

As doenças cardiovasculares, representam um conjunto de doenças e condições que envolvem o coração e os vasos sanguíneos.

São consideradas a principal causa de morte em Portugal (cerca de 40%), sendo também descritas como uma importante causa de morbidade. De todas as doenças cardiovasculares o Plano Nacional de Saúde demonstra que existem duas que afectam particularmente os Portugueses: Doença Isquémica Cardíaca (DIC) e os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC). Segundo os indicadores e metas previstos pelo Plano Nacional de Saúde a taxa de mortalidade por DIC⁽¹⁶⁾ antes dos 65 anos em Portugal Continental apresentou em 2006 valores de 10,9 óbitos por 100 000 indivíduos e a taxa de mortalidade por AVC⁽¹⁵⁾ apresentou no mesmo ano um valor de 10,4%. Apesar de estes números terem tido um decréscimo em relação aos anos anteriores e as metas previstas para 2010, terem já sido atingidas, interessa-nos que em relação a outros países da Europa continuamos a apresentar valores muito superiores. Quando comparadas as taxas de mortalidade nas diferentes regiões de Portugal Continental, para ambas as doenças é evidente que a região norte apresenta as taxas mais baixas de mortalidade em relação ao Algarve.

De forma a melhor compreender os problemas de saúde aqui abordados, pode definir-se a DIC como a formação de depósitos ateroscleróticos que conduzem à redução do lúmen das artérias coronárias. O seu estreitamento pode causar Angina de Peito ou Enfarte de Miocárdio, se em vez de redução do lúmen se verificar a obstrução total do vaso.

Em relação ao AVC, este ocorre quando uma parte do cérebro deixa de ser irrigada pelo sangue. Isto sucede sempre que um coágulo se forma num vaso sanguíneo cerebral ou é transportado para o cérebro depois de se ter formado noutra parte do corpo, interrompendo o fornecimento de sangue a uma região do cérebro. Pode, também, resultar da ruptura de uma artéria cerebral e, neste caso, o sangue que dela extravasa vai destruir o tecido cerebral circundante. Em qualquer dos casos, o tecido cerebral é destruído e o seu funcionamento afectado⁽¹⁴⁾.

2 – FACTORES DE RISCO

O aparecimento deste tipo de doenças deve-se sobretudo à acumulação de gorduras nas paredes dos vasos sanguíneos, que formam as chamadas placas de aterosclerose. Por vezes este fenómeno tem início numa fase muito precoce da vida e vai evoluindo de forma silenciosa até um estadio avançado, em que surgem as primeiras manifestações clínicas ⁽¹³⁾.

É muito importante ter em consideração que a maior parte as doenças cardiovasculares dependem dos factores de risco, que surgem com frequência associados a estilos de vida inapropriados.

Se é verdade que alguns factores de risco podem ser modificados, existem outros que são os chamados não-modificáveis ou fixos.

2.1 – Factores não-modificáveis ou fixos

2.1.1 – Hereditariedade

Um indivíduo que apresente uma história familiar positiva para doenças cardiovasculares, tem uma maior predisposição para o aparecimento da doença, e este factor afecta também alguns factores de risco modificáveis. Segundo ⁽¹⁾, quanto mais cedo ocorrer o aparecimento da doença num familiar em primeiro grau (pais, filhos e irmãos), maior é o risco de doença cardiovascular. Considera-se aparecimento precoce os casos identificados em familiares do sexo feminino com idade inferior a 65 anos e familiares do sexo masculino com idade inferior a 55 anos.

2.1.2 – Raça/Etnia

Estudos, indicam que as doenças cardiovasculares são mais frequentes nos indivíduos de raça negra, o que pode estar relacionado com a sua propensão para a Hipertensão arterial (HTA) ⁽¹⁾.

2.1.3 – Sexo e Idade

A incidência de doenças cardiovasculares em homens, é semelhante à que ocorre em mulheres 10 anos mais velhas, e em relação à idade estas doenças pode dizer-se que aumentam de forma significativa com o envelhecimento ⁽¹⁾.

2.2 – Factores modificáveis

2.2.1 – Tabagismo

É considerado o factor de risco mais importante na união Europeia, estando relacionado com 50% das causas de morte evitáveis, metade das quais devido à aterosclerose. O tabaco danifica a camada interna dos vasos sanguíneos, e acelera o processo de aterosclerose, as substâncias existentes nos cigarros afectam os níveis de fibrinogénio, aumentando a coagulação e nicotina aumenta a frequência cardíaca e a tensão arterial ⁽¹⁾.

O risco aumenta, quando a exposição se inicia antes dos 15 anos de idade, com especial incidência sobre as mulheres, uma vez que o tabaco reduz a protecção relativa, aparentemente conferida pelos estrogénios. Mulheres que recorram à anticoncepção oral e fumem, estão sujeitas a um maior risco de acidente cardiovascular (por ex: o risco de enfarte agudo do miocárdio aumenta de 6 a 8 vezes).

Os não fumadores que vivem ou trabalham com fumadores são designados por fumadores passivos também estão sujeitos aos malefícios do tabaco ⁽¹³⁾.

Hoje em dia, considera-se que a cessação tabágica é isoladamente a medida preventiva mais importante para prevenção das doenças cardiovasculares.

2.2.2 – Sedentarismo

As pessoas sedentárias estão sujeitas a um factor de risco para as doenças cardiovasculares, principalmente, porque a inactividade física potencia outros factores de risco como a hipertensão arterial, obesidade, diabetes ou a hipercolestolemia. ⁽¹³⁾

Quanto à actividade física, pode constatar-se que à medida que a idade avança, diminui a sua prática. Segundo o Programa Nacional de Combate à obesidade (PNCO), se considerarmos na população portuguesa os indivíduos que não praticam qualquer tipo de actividade física, e aqueles que praticam pelo menos três horas e meia por semana, constatamos que mais de metade da população portuguesa não pratica actividade física regular, o que contribui para a pré-obesidade e obesidade.

2.2.3 – Maus hábitos alimentares e Obesidade

O excesso de sal, gorduras, de álcool e de açúcares de absorção rápida, e a ausência de legumes, vegetais e frutos frescos, são factores predisponentes por exemplo para o aparecimento da hipertensão arterial, hipercolesterolémia, obesidade ou diabetes, o que constitui um meio favorável ao aparecimento das doenças cardiovasculares, devido à falta de protecção que uma alimentação saudável confere ao organismo⁽¹³⁾.

2.2.4 – Hipercolestrolemia

Ocorre quando os níveis de colesterol no sangue, são superiores aos níveis máximos. Existem dois tipos de colesterol. O colesterol HDL(High Density Lipoproteins) e o colesterol LDL(Low Density Lipoproteins). O HDL é constituído pelo colesterol retirado da parede dos vasos sanguíneos e que é transportado até ao fígado para ser eliminado. Em contrapartida, o LDL, quando em quantidade excessiva, circula no sangue e torna-se nocivo, acumulando-se nas paredes dos vasos arteriais. Quer o excesso de LDL, quer a falta de HDL, aumentam o risco de doenças cardiovasculares, principalmente o enfarte do miocárdio. ⁽¹³⁾

2.2.5 – Hipertensão Arterial

É considerado o principal factor de risco para a doença cardíaca, AVC e doença renal em estágio final ⁽¹⁾.

Para a sua caracterização, consideram-se valores de tensão arterial sistólica superiores ou iguais a 140mmHg e/ou tensão arterial diastólica superiores ou iguais a 90mmHg. Estes valores podem ser variáveis, se o indivíduo for diabético, pois a aterosclerose progride mais rapidamente e considera-se hipertensão valores de tensão arterial sistólica superiores ou iguais a 130mmHg e/ou valores de tensão arterial diastólica superiores ou iguais a 80mmHg⁽³⁾.

2.2.6 – Diabetes Mellitus

Surge com frequência associada à obesidade. A Diabetes Mellitus II ou do adulto, encontra-se muitas vezes relacionada com o sedentarismo e excesso de ingestão calórica. Indivíduos com diabetes têm um risco aumentado entre duas a quatro vezes de doenças cardiovasculares. ⁽¹⁾

2.2.7 – *Stress*

É inevitável e não pode ser quantificável, uma vez que cada indivíduo lida com ele de maneira diferente. Estudos, indicam que em situações de stress é liberta epinefrina, que resulta num aumento da frequência cardíaca, tensão arterial e necessidade de oxigénio pelo organismo. O stress excessivo expõem assim o individuo a níveis elevados e persistentes de epinefrina⁽¹⁾.

3 – OBJECTIVOS DO PROGRAMA NACIONAL DE SAÚDE PARA PREVENÇÃO E CONTROLO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Considerando o Programa Nacional de Prevenção e controlo das Doenças Cardiovasculares⁽²⁾ inserido no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, pode referir-se que este pretende abranger três objectivos estratégicos, que visam: obter ganhos em saúde, aumentando o nível de saúde nas diferentes fases do ciclo de vida e reduzindo o peso da doença; utilizar os instrumentos necessários, num contexto organizacional adequado, nomeadamente centrando a mudança no cidadão, capacitando o sistema de saúde para a inovação e reorientando o sistema prestador de cuidados; garantir mecanismos adequados para a efectivação do Plano, através de uma cativação de recursos adequada, promovendo o diálogo intersectorial, adequando o quadro de referência legal e criando mecanismos de acompanhamento e actualização do Plano.

Na elaboração do programa, foram definidas estratégias intervenção⁽²⁾ que assentam na prevenção primária e secundária das doenças cardiovasculares, para as quais devem ser contempladas acções populacionais e individuais. Quando são referidas acções populacionais, estas devem englobar um conjunto de medidas destinadas à população geral ou a grupos sociais específicos, começando pela educação para a saúde e pela comunicação social, objectivando a diminuição da prevalência de factores de risco (ex.: sedentarismo, tabagismo ou erros alimentares), aumentando assim a prevalência de factores de protecção como a actividade e a escolha de uma alimentação saudável.

Relativamente às acções individuais, estas destinam-se a pessoas identificadas como portadoras de factores de risco ou de doença cardiovascular, no próprio indivíduo ou família, e nas acções de natureza informativa, formativa e normalizadora dirigidas aos profissionais de saúde, visando melhorar a prática na área cardiovascular.

Contextualizando a importância que tem a avaliação do risco global cardiovascular inserido neste programa, pode dizer-se que este surge no sentido de dar resposta a uma das estratégias de intervenção previstas, e que se relaciona com a identificação dos portadores de factores de risco cardiovascular.

4 - AVALIAÇÃO DO RISCO E PREVENÇÃO DA DOENÇA

“A estratégia de prevenção da doença, através da avaliação do risco, é uma abordagem quantitativa da saúde que os profissionais podem usar para ajudar os indivíduos e grupos maximizar as suas actividades de auto-cuidado. ⁽⁷⁾”

Ao aplicar esta estratégia, pode comparar-se a informação fornecida pelos indivíduos sobre as práticas relacionadas com a sua saúde, os seus hábitos de vida, as características demográficas e as histórias médicas pessoais e familiares com os dados de estudos epidemiológicos e as estatísticas vitais.

Esta estratégia passou a ter maior impacto e ganhou popularidade no início dos anos 70, por três factores essenciais. Primeiro, porque toda a ênfase era dada na promoção da saúde e prevenção da doença, segundo, porque os estudos epidemiológicos proporcionaram uma base de dados empírica que permitiu fazer previsões a partir de métodos de avaliação de riscos, e por fim, deveu-se à existência de múltiplos instrumentos de avaliação de risco para aplicação na prática clínica. A principal interessada e que reconheceu a importância da redução dos riscos foi a indústria dos seguros, pois assim era-lhe permitido fazer uma contenção de custos, promovendo também que a avaliação dos riscos fosse realizada nos locais de trabalho e nos serviços de cuidados de saúde⁽⁷⁾.

Existem vantagens e desvantagens na avaliação de riscos de saúde. Uma das vantagens da avaliação dos riscos de saúde é a de incluir recomendações para acções preventivas, que podem favorecer o auto-cuidado dos indivíduos e consequentemente facilitar aos enfermeiros medidas de suporte e directivas destinadas a actividades de aconselhamento e educacionais necessárias para estes indivíduos. Outra vantagem, é a de que a análise dos resultados das avaliações de risco, pode medir a eficácia das intervenções planeadas para a redução dos riscos, ou seja, quando realizadas em diferentes períodos elas indicam como as mudanças de comportamento influenciaram os riscos de saúde e a esperança de vida.

Como desvantagem, pode apontar-se o facto de todos os instrumentos de avaliação terem os seus limites, dos quais se podem destacar: a validade e a confiança questionável dos instrumentos, a inconsistência com a qual os diferentes instrumentos de avaliação medem e analisam as características de saúde e a sobrevalorização dos

factores de hábitos de vida e a falta de atenção para outros riscos importantes (ex.: perigos ambientais e cuidados de saúde inadequados)⁽⁷⁾.

Para superar estes inconvenientes, é importante que as avaliações dos riscos de saúde sejam complementadas com um conjunto de outros factores, como a observação e a colheita de dados clínicos.

A avaliação dos riscos de saúde, pode assim ser feita tanto a nível individual como comunitário. Cabe ao enfermeiro de saúde comunitária analisar os resultados e perspectivar medidas de controlo dos mesmos.

5 - AVALIAÇÃO DO RISCO GLOBAL CARDIOVASCULAR

O risco cardiovascular global, representa o risco de um indivíduo poder vir a sofrer de doença aterosclerótica e das suas complicações cardiovasculares. Existem várias escalas para cálculo do risco cardiovascular global e todas correlacionam vários factores de risco. O SCORE (*Systematic Coronary Risk Evaluation*) é o instrumento recomendado na Europa, e no caso de Portugal, encontra-se legislada pela circular normativa de Direcção Geral da Saúde, publicada em Abril de 2007⁽⁵⁾.

Ao avaliar o risco global cardiovascular, o objectivo primordial é identificar grupos de indivíduos que devem ser aconselhados e tratados com o intuito de prevenir a doença cardiovascular, assim como perceber a nível terapêutico quais serão as medidas mais adequadas. Ao nível da modificação de comportamentos, a aplicação da escala, constitui um benefício, na medida em que permite motivar os indivíduos para alterar comportamentos, uma vez que através da escala podemos ilustrar quais os benefícios que podem ser obtidos se forem diminuídos os factores de risco⁽¹⁰⁾. Desta forma, podemos contribuir para o processo de capacitação dos indivíduos, fornecendo-lhes informações que lhes possam ser úteis para tomarem decisões responsáveis e em consciência, apesar de considerar que estas decisões nem sempre são facilitadas pela sociedade em que nos inserimos que nos empurra para um meio consumista que frequentemente não são as mais benéficas para a nossa saúde⁽⁹⁾. Também segundo o professor Abreu Lima “...a adesão às recomendações é influenciada por múltiplos factores de natureza individual – psicológica e económica sobretudo – mas também de natureza social e cultural.”

A estimativa de risco global cardiovascular, baseia-se numa relação entre sexo, idade, tabagismo, pressão arterial sistólica, colesterol total ou rácio colesterol total/HDL-colesterol e indica a probabilidade de morte por doença cardiovascular a 10 anos. O risco é classificado em 7 categorias diferente, que vão desde <1% a 15%. Existem grupos de risco, aos quais é dada especial atenção como o caso dos diabético e dos indivíduos que já apresentaram antecedentes pessoais de AVC. Para os diabéticos o valor de risco obtido é multiplicado por 4 no caso das mulheres e por 2 no caso dos homens e nas situações de AVC anterior, o valor é multiplicado por 1,5. É considerada

uma categoria de alto risco e susceptível de medidas de prevenção farmacológica, um risco absoluto maior ou igual a 5% ⁽⁵⁾.

Para realizar a avaliação do risco global cardiovascular, utilizam-se tabelas (ver Anexo 1) que derivam do projecto SCORE. Existem duas tabelas (Alto Risco Cardiovascular e Baixo Risco Cardiovascular), que são aplicadas conforme é considerado o risco de cada país da Europa. No caso de Portugal, o facto de sermos considerados um país de baixo risco de doença cardiovascular, implica a aplicação da tabela de baixo risco cardiovascular ⁽¹⁰⁾.

Para realizar o rastreio da avaliação global do risco cardiovascular, o método utilizado, será o da avaliação de consultório, que consiste em realizar 2 registos com o doente sentado, num intervalo de 5 minutos. A tensão arterial deve ser confirmada no braço contralateral.

Neste caso, os limites considerados valores de hipertensão arterial, são os que apresentem valores de TA sistólica ≥ 140 e ou TA diastólica ≥ 90 mmHg, excepto, no caso dos diabéticos, em que os valores considerados são TA sistólica ≥ 130 e ou TA diastólica ≥ 80 mmHg, uma vez que a aterosclerose progride mais rapidamente nestes doentes.

Acrescem a estas determinações essenciais da norma, que a mesma não deva ser aplicada de modo fundamentalista, tendo em conta o indivíduo com um todo, e considerando outros factores que podem ser potenciadores de um risco global cardiovascular superior ao indicado na tabela ⁽⁵⁾.

Contudo, esta escala apresenta limitações como o caso de prever a probabilidade de ocorrência de eventos fatais e excluir os não fatais, as folhas de cálculo não permitem a inclusão de outras variáveis e ser aplicada com base numa única medição dos factores de risco e não nos valores habituais ⁽¹⁰⁾.

6 – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A AVALIAÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL

Segundo a Direcção Geral de Saúde (DGS), a circular normativa 2/DGCG de 31/3/04, em conformidade com a European Society of Cardiology guidelines for de management of arterial hipertension 2003, são determinados quais os procedimentos desejáveis e os factores que devem ser tidos em consideração, para uma medição correcta da Tensão Arterial (TA).

As indicações preconizadas para avaliação da Tensão Arterial, são:

- Usar aparelhos aferidos;
- Deve ser utilizada uma braçadeira adequada, em que a bolsa insuflável ocupe pelo menos metade do braço;
- Deve ser avaliada com o indivíduo sentado, em ambiente homeotérmico e sem agressão por poluição sonora ou luminosa;
- As determinações em decúbito são por vezes importantes, particularmente nas pessoas idosas.

6.1 - Tabela de classificação dos valores de TA, por categorias:

CATEGORIA	TA sistólica		TA diastólica
Normal	120-129mmHg	e	80-84 mmHg
Normal Alto	130-139mmHg	ou	85-89 mmHg
Hipertensão, Estadio 1	140-159 mmHg	ou	90-99 mmHg
Hipertensão, Estadio2	>= 160 mmHg		>= 100 mmHg

A DGS, considera que existem 3 métodos possíveis, de medição e registo da Tensão Arterial:

- Avaliação de consultório;
- Monitorização ambulatória da Tensão Arterial durante 24 horas;
- Auto-medição da Tensão Arterial.

6.2 – Necessidades de intervenção em função dos valores de TA

6.2.1- Indivíduos com TA normal-alta (TAS 130-139 mmHg ou TAD 85-89 mmHg)

Em relação aos indivíduos que apresentem valores tensionais dentro destes parâmetros e encontrando-se já descritos os benefícios da redução da TA, considera-se no entanto fundamental abranger nesta fase os grupos de risco, no qual se incluam os doentes com AVC prévio, doença coronária e diabetes, recomendando-se que apenas devam iniciar terapêutica anti-hipertensora os indivíduos com situações de risco global elevado e muito elevado.

Para os restantes indivíduos que apresentem risco moderado ou baixo, preconiza-se a adopção de estilos de vida saudáveis, monitorização periódica da TA e correcção de outros actores de risco ⁽³⁾.

6.2.2-Indivíduos com HTA estágio 1 (TAS 140-159 mmHg ou TAD 90-99 mmHg)

Preconiza-se a confirmação dos valores da TA em pelo menos 2 registos de tempo diferentes e ao longo de um período máximo de 3 meses e a introdução imediata de atitudes e comportamentos de vida saudável. Uma vez confirmada a HTA, deverá ser iniciada terapêutica adequada para o efeito⁽³⁾.

6.2.3-Indivíduos com HTA estágio 2 (TAS ≥ 160 mmHg mmHg ou TAD ≥ 100 mmHg)

Este estágio, determina-se após a TA ser confirmada em 2 registos, num intervalo de 1 semana a 1 mês. A terapêutica deve ser logo iniciada não descurando a adopção de atitudes e estilos de vida saudáveis.

Simultaneamente com a introdução das medidas atrás referidas, devem ser também identificados outros factores de risco, lesão de órgãos alvo ou doença associada.

7 – CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE A OBESIDADE E SEUS PARAMETROS DE AVALIAÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS), define a obesidade como uma doença em que o excesso de gordura corporal acumulada pode atingir graus capazes de afectar a saúde. Existem diversos factores, dos quais se podem destacar os genéticos, metabólicos, ambientais e comportamentais, que favorecem o desenvolvimento da obesidade.

Na população portuguesa adulta, a prevalência da pré-obesidade e da obesidade, tem sido avaliada através do Índice de Massa corporal (IMC), com uma prevalência média de cerca de 34% para a pré-obesidade e de 12% para a obesidade. Destes valores, pode salientar-se que a maioria de pessoas pré-obesas e obesas, pertencem ao sexo masculino⁽⁴⁾.

De acordo com o PNCO⁽⁴⁾, os portugueses mais escolarizados apresentam cerca de metade da prevalência de pré-obesidade e um quarto da prevalência de obesidade, quando comparados com os de baixa escolaridade.

A pré-obesidade e obesidade, podem ser diagnosticadas, através do cálculo do IMC. O qual mede a corpulência e se determina dividindo o peso (Kg), pela altura (metros), elevado ao quadrado.

Quando avaliado o IMC, deve ter-se em consideração o contexto geral em que o individuo se insere (por ex.: se é atleta, ou se tem alguma patologia associada), pois caso contrario, considera-se excesso de peso, quando o IMC é \geq a 25, e que o individuo é obeso quando o IMC é \geq a 30.

Em relação à obesidade, também segundo a OMS, podemos classificá-la em três classes:

<i>Classe I</i>	IMC 30,0-34,9
<i>Classe II</i>	IMC 35,0-39,9
<i>Classe III</i>	IMC \geq 40,0

A distribuição da gordura corporal, é uma avaliação que se deve ter em conta, quando é avaliada a obesidade.

Existem diferentes formas de distribuição da gordura corporal. Quando o tecido adiposo se acumula na metade superior do corpo, principalmente a nível do abdómen, pode

dizer-se que a obesidade é andróide, abdominal ou visceral e é típica dos homens obesos. No caso de a gordura se distribuir sobretudo na região glútea e coxas, diz-se que é do tipo ginóide e é típica das mulheres obesas.

É de extrema importância caracterizar do ponto de vista morfológico o tipo de obesidade, pois é reconhecido que a obesidade visceral se encontra associada a complicações metabólicas, como a diabetes tipo 2, dislipidemia e doenças cardiovasculares como a HTA, a doença coronária e a doença cerebrovascular.

A obesidade abdominal é avaliada através da medição do perímetro da cintura, através da utilização de uma fita métrica, que se coloca no ponto médio entre o rebordo inferior da costela e a crista ilíaca. Considera-se que existe risco aumentado e que deve haver intervenção médica, quando o perímetro da cintura é ≥ 88 cm nas mulheres e ≥ 102 cm nos homens.

No caso dos idosos a avaliação do perímetro abdominal, é uma medida antropométrica mais importante do que o IMC, quando se pretende avaliar o risco de mortalidade.

8 - PAPEL DO ENFERMEIRO DE SAÚDE COMUNITÁRIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A promoção da saúde, tal como enuncia a Carta de Ottawa de 1986 ⁽¹²⁾, “é o processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controle sobre a sua saúde (e seus determinantes – sobretudo, comportamentais, psicossociais e ambientais”, ao que a Carta de Bangkok ⁽¹¹⁾ acrescentou em 2005 a noção de “saúde como um recurso” e de “empreendimento colectivo”.

Quando se dá início a um trabalho na área da enfermagem comunitária, é importante que os enfermeiros se consciencializem que a comunidade é mais do que a soma dos indivíduos, famílias e agregados, que se incluem dentro dela. Ao contrário do que é preconizado, continua a assistir-se frequentemente às práticas de enfermagem direccionadas para os indivíduos doentes que estão na comunidade, em vez de se desenvolverem trabalhos na área dos serviços comunitários.

Tal como foi referido no primeiro capítulo a população apresenta hoje comportamentos pouco saudáveis que contribuem em grande escala para o aparecimento de doenças crónicas das quais se destacam as doenças cardio e cérebro vasculares, que por sua vez conduzem às principais causas de morte.

Deve considerar-se como um dos principais papéis do enfermeiro, o de desenvolver continuamente actividades de promoção da saúde e prevenção das doenças, o que pode ser possível através de planos de promoção e educação para a saúde. Esta é uma tarefa complexa, na medida em que a maioria dos factores de risco já anteriormente abordados são de natureza comportamental, e portanto não basta informar sobre os malefícios de determinados tipos de comportamento para que se verifique uma verdadeira mudança⁽⁶⁾. Seguindo a teoria do Auto-Cuidado de Orem ⁽⁷⁾, considerou-se que o auto-cuidado são as actividades individuais que se praticam para favorecer a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Em virtude de nem sempre os indivíduos serem capazes de ser auto-suficientes nesta tarefa, os profissionais de enfermagem devem desenvolver nos indivíduos competências que os capacitem para o auto-cuidado. Observando esta teoria e direccionando para a saúde comunitária Goeppinger ⁽⁷⁾ salientou que as actividades de auto-cuidado podem levadas a cabo não só pelo individuo, mas também pela comunidade/sociedade, baseando-se em influências científicas, religiosas, filosóficas e culturais.

Para o trabalho de promoção da saúde em comunidade funcionar, é fundamental que se estabeleçam parcerias funcionais, de alianças e redes fortes, que tenham o objectivo de abranger os sectores público e privado e outros grupos da sociedade civil, que direccionem a sua actuação de promoção da saúde em diferentes locais (ex.: escolas, locais de recreação e lazer, estabelecimentos de saúde, prisões, etc.)

Desta forma, devem ser planeadas intervenções que tenham como alvo factores comportamentais de risco associados a comportamentos patogénicos dos indivíduos, que devem actuar sobre dois níveis básico e que consiste em por um lado “...*informar as pessoas sobre os meios de redução dos riscos comportamentais e, por outro, promover mudanças sociais e ambientais na comunidade que facilitem essas mesmas mudanças.*”⁽⁵⁾

O enfermeiro como agente de educação para a saúde, deve agir no sentido de incidir a sua actuação cada vez menos sobre o carácter preventivos de algumas doenças específicas e apostar cada vez mais na promoção de uma abordagem globalizante, ou seja, “... *deve levar o individuo a adoptar um estilo de vida saudável, capaz de desempenhar um papel apreciável na redução do risco de contrair doenças, proporcionando a vivência de sentimentos de bem-estar que acompanham esta mudança.*”⁽⁶⁾

Ao desenvolver este tipo de práticas de educação para a saúde, considero que os enfermeiros de saúde comunitária vão conseguir que os indivíduos e a comunidade se consciencializem sobre o impacto negativo que alguns aspectos do ambiente podem ter na sua saúde e nas origens psicossociais da doença, capacitando-os para no exercício da sua autonomia, poderem tomar decisões responsáveis a nível individual ou comunitário.

9 - CONSULTA DE ENFERMAGEM DE DOENÇAS CARDIOVASCULARES

9.1 – Objectivos da Consulta

Tendo em consideração o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares⁽²⁾ a existência de uma consulta de enfermagem de doenças cardiovasculares, têm em vista os seguintes objectivos:

- Melhorar o diagnóstico precoce das doenças cardiovasculares;
- Diminuir o número de hipertensos não controlados;
- Promover a autovigilância e autocontrolo da HTA;
- Prevenir o aparecimento de complicações, resultantes de indivíduos com HTA mantida;
- Promover a adesão ao regime terapêutico;
- Incentivar a implementação de hábitos de vida saudáveis;

9.2 – Estratégias de Intervenção

No sentido de dar continuidade às directivas propostas pela DGS em relação ao Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, actualizado em 06/02/06, pretende-se com a elaboração de um projecto de consulta de enfermagem para as doenças cardiovasculares, uma melhoria contínua da qualidade no controlo do risco cardiovascular.

Tendo em consideração que a HTA associada à doença cerebrovascular, constitui a primeira causa de incapacidade e morte em Portugal, o seu diagnóstico e controlo, têm de ser vistos como algo que tem uma importância fundamental.

Desta forma, ao realizar-se o controlo da TA pretende-se, que a curto prazo se verifique a redução e o controlo dos valores tensionais, de forma a que a médio prazo se verifique a não progressão da doença e consequentes repercussões, sendo que a longo prazo se perspectiva a diminuição da morbilidade e mortalidade por doença cardiovascular.

Observando esta problemática sob a perspectiva da importância do papel do enfermeiro, pode constatar-se que existem diversos factores sobre os quais o enfermeiro pode na sua

prática agir e que podem responder a algumas das necessidades sentidas pelos indivíduos. O enfermeiro deve ter um papel activo na vigilância do doente hipertenso, adesão terapêutica, bem como a auto vigilância e autocontrolo da HTA e dos riscos associados.

Relativamente à hiperlipidémia e suas consequências associadas que já foram diversas vezes descritas como estando associadas às várias manifestações clínicas da doença aterosclerótica, que pode ser potenciada por outros factores de risco associados como o tabagismo, diabetes mellitus ou HTA.

9.3 - Papel do Enfermeiro

- Detecção/Identificação de casos de forma oportunista, segundo a estratégia seguida pela equipa;
- Avaliação periódica do utente com patologia cardiovascular;
- Educação para a saúde.

9.4 - Critérios de diagnóstico de Doença Cardiovascular

- Tensão Arterial elevada;
- Dislipidémia;
- Hábitos Tabágicos;
- Alimentação inadequada (ex. excesso de sal, gordura e açúcar, ou carência de vegetais e leite);
- Excesso de peso / obesidade (considera-se ;
- Sedentarismo;
- Diabetes Mellitus;
- Stress excessivo.

9.5 - Critérios de Referência Interna

9.5.1 - Referência do Médico para Enfermagem:

- ◆ Após diagnóstico, para identificação no SAPE e 1.ª avaliação;
- ◆ Para melhoria do controlo dos factores de risco;

- ◆ Para melhoria da adesão terapêutica;

9.5.2 - *Referenciação de Enfermagem para o Médico:*

- ◆ Para avaliação inicial, após um diagnóstico oportunista;
- ◆ Quando se observa que mantém HTA não controlada;
- ◆ Quando se observa que apresenta outros factores de risco, que devem ser controlados.

9.6 - *População Alvo*

- Utentes que apresentem HTA não controlada;
- Utentes que apresentem HTA controlada, mas que tenham outros factores de risco associados;

9.7 - *Processos de encaminhamento para a consulta*

O Utente pode ter acesso a estas consultas, através de:

- *Iniciativa de enfermagem* (Deve ser elaborado pelo enfermeiro, uma justificação dos motivos pelos quais se encaminha o utente para a consulta);
- *Solicitação Médica* (Acrescentar na guia de tratamento o pedido de consulta de enfermagem).

9.8 - *Procedimentos para a marcação de consultas/seguimento dos utentes*

- ◆ As consultas de enfermagem de doenças cardiovasculares, decorrerão num gabinete do primeiro andar, às 3^{as} e 5^{as} feiras, no período entre as 10 horas e as 11 horas e 30 minutos;
- ◆ Para as consultas de primeira vez, deve prever-se cerca de 40 minutos para estar com o utente e para as consultas de seguimento, propõem-se que a sua duração não seja inferior a 20 minutos;
- ◆ Devem ser realizadas no mínimo 2 Consultas de enfermagem por ano, no entanto, este número pode aumentar, consoante as necessidades do utente;
- ◆ Se o utente faltar à consulta, deve remarcar uma próxima consulta.

9.9 – Plano de Cuidados

De modo a que os cuidados de enfermagem prestados possam ser adequados à especificidade e individualidade de cada utente, mas ao mesmo tempo uniformizados em relação a cada fenómeno, apresenta-se de seguida alguns dos Fenómenos de Enfermagem mais frequentes na área das patologias cardiovasculares e consequentes possibilidades de Acções de Enfermagem. O quadro que se segue, é apenas orientador, sendo possível introduzir outros factores específicos para cada indivíduo.

Fenómenos de Enfermagem	Acções de Enfermagem
Hipertensão Arterial	<ul style="list-style-type: none">- Monitorizar a tensão arterial;- Referir HTA/hTA ao médico;- Monitorizar a Frequência Cardíaca;- Ensinar sobre complicações da HTA;- Ensinar sobre medidas de prevenção das complicações da HTA;- Avaliar risco cardiovascular global;- Ensinar sobre estilos de vida saudáveis;
Dislipidémia	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar sobre estilos de vida saudáveis;- Referir para médico assistente;- Avaliar risco cardiovascular global;
Excesso de Peso	<ul style="list-style-type: none">- Monitorizar o peso corporal;- Monitorizar IMC;- Monitorizar o perímetro abdominal;- Ensinar sobre hábitos alimentares;- Ensinar sobre complicações da obesidade;- Ensinar sobre exercício físico;- Ensinar sobre estilos de vida saudáveis;- Referir para nutricionista;- Incentivar a actividade física;
Exercício	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar sobre exercício físico;- Incentivar a actividade física;- Educar sobre estilos de vida saudáveis;
Uso de Tabaco	<ul style="list-style-type: none">- Ensinar sobre estilos de vida saudáveis;

	- Encaminhar para consulta de cessação tabágica
Uso de Álcool	- Ensinar sobre os malefícios/benefícios das substâncias alcoólicas; - Ensinar sobre estilos de vida saudáveis;
Metabolismo Energético	- Monitorizar a glicemia capilar; - Educar sobre hábitos alimentares; - Referir para nutricionista; - Referir para médico assistente;
Conhecimento	- Identificar as necessidades/duvidas do utente; - Promover uma comunicação expressiva; - Promover o envolvimento da família; - Promover uma comunicação expressiva;
Ansiedade	- vigiar o auto-controlo: ansiedade; - Encorajar o auto-controlo: ansiedade; - Encorajar a comunicação expressiva de emoções; - Escutar o utente;
Adesão ao Regime Terapêutico	- Identificar os conhecimentos do utente; - Ensinar sobre a importância da adesão terapêutica; - Validar conhecimentos.

9.10 – Folhas de Registo

As folhas de registo, por serem o local onde se descreve a situação actual do utente, se define o planeamento de enfermagem e as estratégias que se pretendem seguir, constituem uma importante ferramenta que deve ser concisa, mas ao mesmo tempo muito completa.

Foram assim delineadas 3 folhas de registo (anexo 2). A primeira pertence à colheita de dados, e deve permitir uma avaliação inicial sobre o utente.

A segunda folha, ou folha de seguimento, é a folha que se deve preencher cada vez que o utente ai à consulta.

A terceira folha, corresponde a uma grelha para registo dos parâmetros avaliados, e pode ser feita uma copia para ser entregue ao utente que faz autocontrolo da TA no domicilio, de forma a que ele a preencha e a leve à consulta.

10- CONCLUSÃO

As doenças cardiovasculares, particularmente a doença isquémica cardíaca e os acidentes vasculares cerebrais, foram assim constituídas como fazendo parte das prioridades para o desenvolvimento de um programa de actuação, que tem como objectivos a gestão da doença e conduzir à implementação de uma abordagem sistematizada da prevenção destas doenças.

A educação para a saúde, é tal como já foi referido uma actividade essencial para a promoção da saúde da população. Esta actividade é muito abrangente, porque não está dependente apenas dos profissionais de saúde, mas também de muitos outros factores, tais como: estilos de vida, factores políticos, sociais, económicos, culturais, psicológicos entre outros.

O enfermeiro de saúde comunitária, deve ter um papel fundamental na avaliação da comunidade, das actividades de desenvolvimento comunitário e identificação de elementos chave (individuais ou grupos), com os quais se possam constituir parcerias para a constituição de acções de promoção da saúde.

Ao terminar este trabalho, posso concluir que considerarei muito importante abordar este tema, que faz parte da nossa actualidade, por motivos que não são felizes uma vez que as doenças cardiovasculares continuam a constituir uma elevada taxa de mortalidade e morbidade em Portugal. É importante que se encontrem estratégias e se movam todos os recursos possíveis para termos uma sociedade que viva feliz e saudável. Foi neste âmbito que procurei elaborar o projecto de intervenção para a consulta de enfermagem na área das doenças cardiovasculares, sensibilizando os profissionais de enfermagem para a importância que a mesma pode ter.

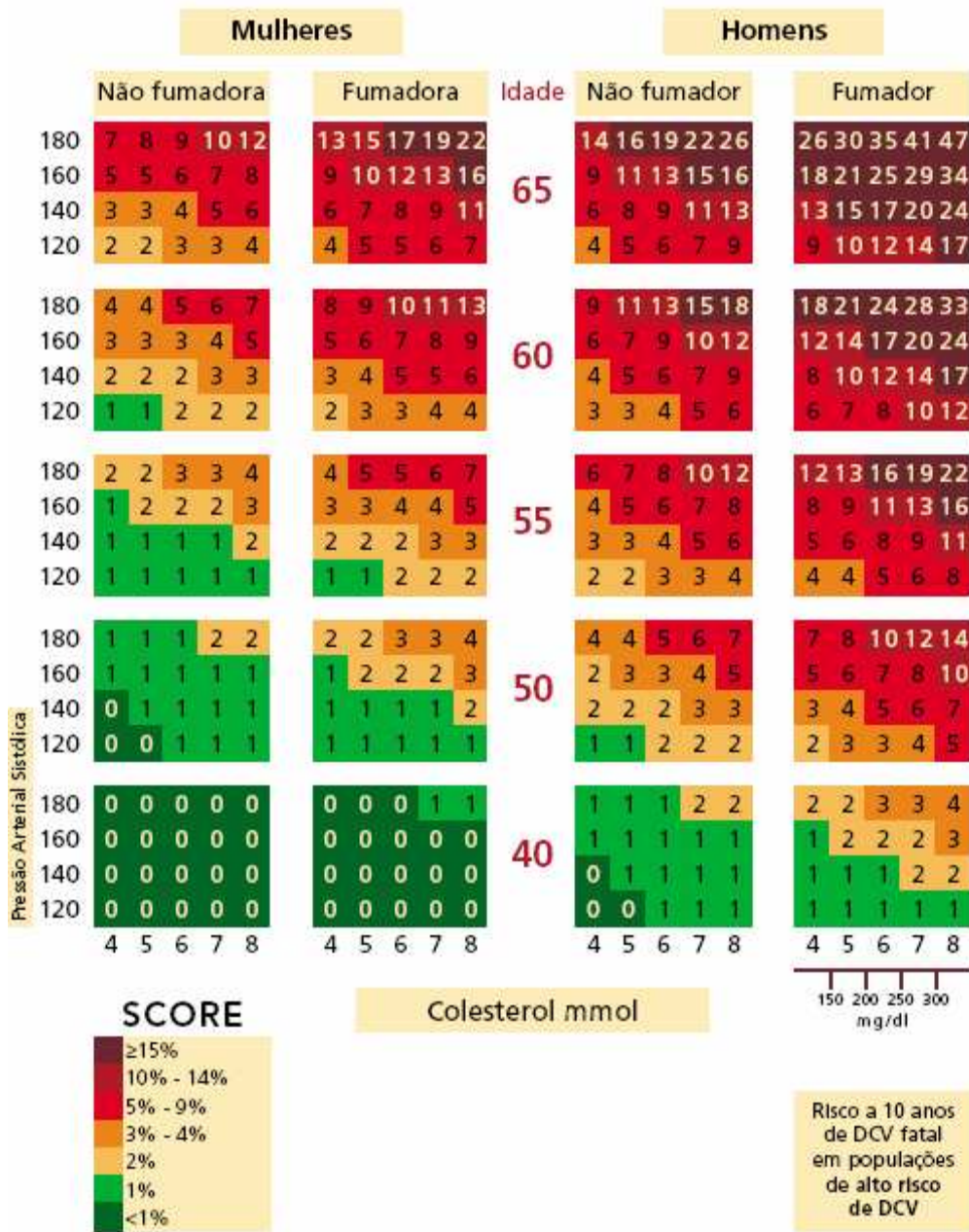
11 - BIBLIOGRAFIA

- 1 - Aehlert , Barbara ACLS – Advanced Cardiac Life Support – Emergências em Cardiologia, Rio de Janeiro, Brasil, 2007
- 2 - DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Atualização do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares** – N.º 03/DSPCS – 06/02/06
- 3 - DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Diagnóstico, tratamento e Controlo da Hipertensão Arterial** – N.º 2/DGCG – 31/03/04
- 4 - DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional De Combate à Obesidade**, Lisboa 2005
- 5 - DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE – **Risco Global Cardiovascular** – N.º 06/DSPCS – 18/04/07
- 6 – DIAS, Maria do Rosário – **Serão os Mass Média Estrategas de Saúde?** – ISBN: 972-796-183 – CLIMEPSI; Editores; 2005
- 7 – LANCASTER – **Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos** – ISBN: 972-8383-05-3 – Lusociência; 1999
- 8 – MOTA, Teresa Gomes – **Passaporte Para a Vida**; Editor Teresa Gomes Mota
- 9 – ALVARES-PEREIRA, Gabriela; ALMEIDA, Conceição; DOMINGOS, Manuel – “Stress e as doenças cardiovasculares”. **Ser Saúde**. Póvoa do Lanhoso. ISSN – 1646-5229.10 (Abril/Maio/Junho 2008), P.53-71.
- 10 - www.apmcg.pt – Avaliação do risco cardiovascular – metodologias e suas implicações na prática clínica
- 11 - www.cepis.ops-oms.org – carta de Bangkok
- 12 - www.opas.org – carta de Ottawa
- 13 - www.portaldasaude.pt – Doenças Cardiovasculares
- 14 - www.portaldasaude.pt – viver após um acidente vascular cerebral
- 15 – www.acs.min-saude.pt- Mortalidade por acidente vascular cerebral antes dos 65 anos
- 16 – www.acs.min-saude.pt- Mortalidade por doença isquémica cardíaca antes dos 65 anos

ANEXOS

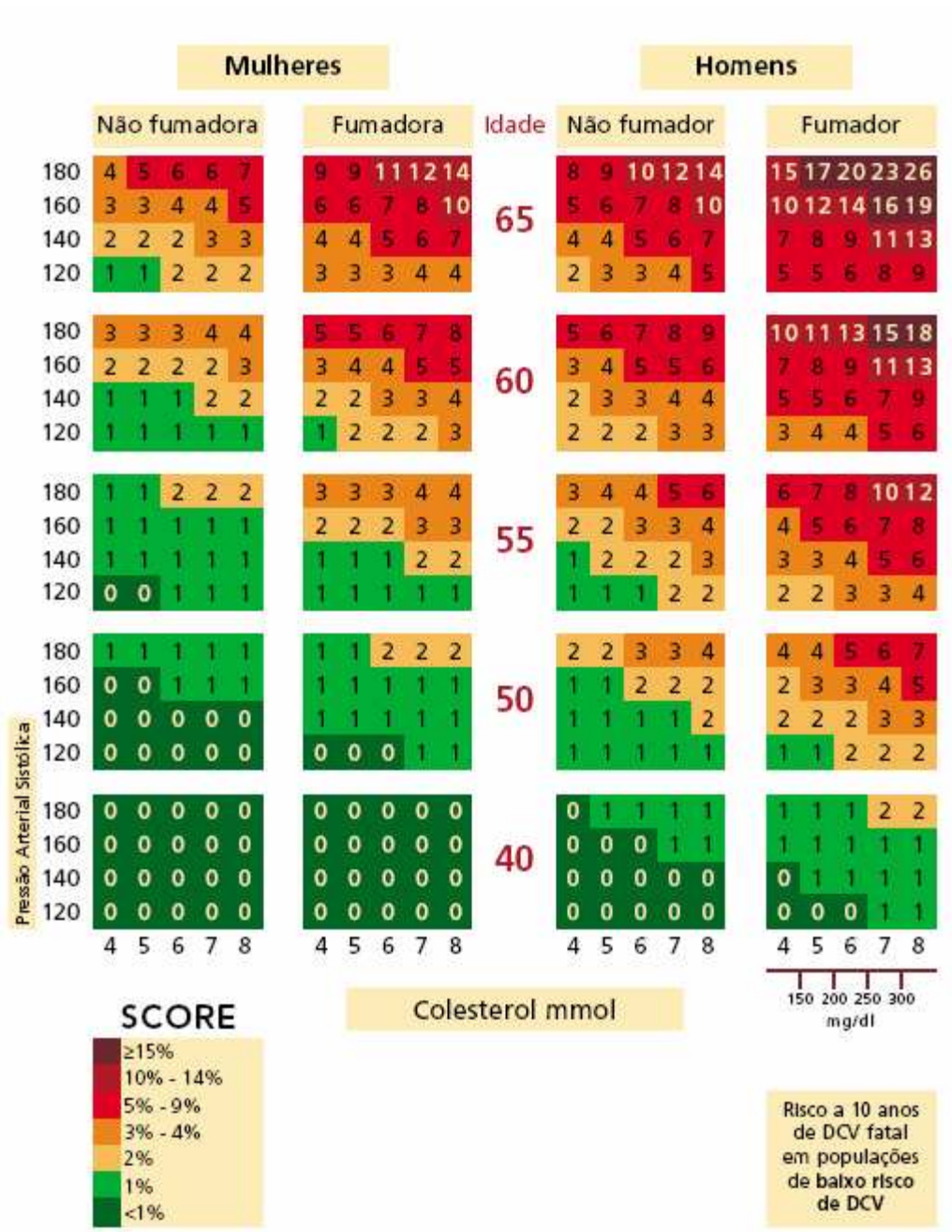
Anexo 1 - Tabelas de Risco Cardiovascular

Tabela de Alto Risco Cardiovascular³



³ Terceiro Grupo de Trabalho de Sociedades Europeias e outras Sociedades para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica (2003). **Recomendações para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica**

Tabela de Baixo Risco Cardiovascular⁴



⁴Terceiro Grupo de Trabalho de Sociedades Europeias e outras Sociedades para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica (2003). **Recomendações para a Prevenção da Doença Cardiovascular na Prática Clínica.**

Anexo 2 - Folhas de Registo de Enfermagem

Avaliação de Parâmetros:				
Tensão Arterial : ___/___ mmHg		Pulso : _____ c/min		
Altura : _____		Peso : _____		
IMC : _____		Classe: _____		
Perímetro Abdominal: _____		Avaliação do Risco Global		
Cardiovascular: _____				
<i>Distribuição do IMC por classes</i>		<i>Risco de complicações metabólicas segundo a avaliação do perímetro abdominal</i>		
<i>Classe I</i>	IMC 30,0-34,9	<i>Risco</i>	<i>Homem</i>	<i>Mulher</i>
<i>Classe II</i>	IMC 35,0-39,9	<i>Aumentado</i>	≥91	≥80
<i>Classe III</i>	IMC ≥ 40,0	<i>Muito Aumentado</i>	≥102	≥88

Identificação dos conhecimentos do utente relativamente às patologias CV e consequências para a sua saúde

→ O que são doenças CV?

→ Consegue identificar as principais complicações das doenças CV?

→ Qual a importância da adesão terapêutica?

PLANIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM

Fenómenos de Enfermagem	Acções de Enfermagem

Data da próxima consulta: ___/___/_____

FOLHA DE SEGUIMENTO

IDENTIFICAÇÃO Nome: _____	Data: __/__/____ Processo n.º _____
-------------------------------------	--

Identificação das necessidades sentidas pelo utente

Observações

PLANIFICAÇÃO DE ENFERMAGEM

Fenómenos de Enfermagem	Acções de Enfermagem
Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/> Monitorizar a tensão arterial; <input type="checkbox"/> Referir HTA/hTA ao médico; <input type="checkbox"/> Monitorizar a Frequência Cardíaca; <input type="checkbox"/> Ensinar sobre complicações da HTA; <input type="checkbox"/> Ensinar sobre medidas de prevenção das complicações da HTA; <input type="checkbox"/> Avaliar risco cardiovascular global; <input type="checkbox"/> Ensinar sobre estilos de vida saudáveis;
Dislipidémia	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estilos de vida saudáveis; <input type="checkbox"/> Referir para médico assistente; <input type="checkbox"/> Avaliar risco cardiovascular global;
Excesso de Peso	<input type="checkbox"/> Monitorizar o peso corporal; <input type="checkbox"/> Monitorizar IMC; <input type="checkbox"/> Monitorizar o perímetro abdominal; <input type="checkbox"/> Ensinar sobre hábitos alimentares; <input type="checkbox"/> Ensinar sobre complicações da obesidade; <input type="checkbox"/> Ensinar sobre exercício físico;

	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estilos de vida saudáveis; <input type="checkbox"/> Referir para nutricionista; <input type="checkbox"/> Incentivar a actividade física;
Exercício	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre exercício físico; <input type="checkbox"/> Incentivar a actividade física; <input type="checkbox"/> Educar sobre estilos de vida saudáveis;
Uso de Tabaco	<input type="checkbox"/> Ensinar sobre estilos de vida saudáveis; <input type="checkbox"/> Encaminhar para consulta de cessação tabágica
Uso de Álcool	<p>Ensinar sobre os malefícios/benefícios das substâncias alcoólicas;</p> <input type="checkbox"/> Ensinar sobre estilos de vida saudáveis;
Metabolismo Energético	<input type="checkbox"/> Monitorizar a glicemia capilar; <input type="checkbox"/> Educar sobre hábitos alimentares; <input type="checkbox"/> Referir para nutricionista; <input type="checkbox"/> Referir para médico assistente;
Conhecimento	<input type="checkbox"/> Identificar as necessidades/duvidas do utente; <input type="checkbox"/> Promover uma comunicação expressiva; <input type="checkbox"/> Promover o envolvimento da família; <input type="checkbox"/> Promover uma comunicação expressiva;
Ansiedade	<input type="checkbox"/> Vigiar o auto-controlo: ansiedade; <input type="checkbox"/> Encorajar o auto-controlo: ansiedade; <input type="checkbox"/> Encorajar a comunicação expressiva de emoções; <input type="checkbox"/> Escutar o utente;
Adesão ao Regime Terapêutico	<input type="checkbox"/> Identificar os conhecimentos do utente; <input type="checkbox"/> Ensinar sobre a importância da adesão terapêutica; <input type="checkbox"/> Validar conhecimentos.

Data da próxima consulta: ___/___/_____

Anexo VII. Acta da reunião da Comissão Social de Freguesia

REUNIÃO PARA DISCUSSÃO DE ESTATUTOS DA REDE SOCIAL

No dia 1/6/2009, cerca das 11 horas, decorreu uma reunião no espaço K´Cidade, destinada a analisar e discutir o Regulamento Interno da Comissão Social de Freguesia do Lumiar, que se encontra em situação de pré-aprovação e que deve consistir num documento, no qual sejam estabelecidas as regras mínimas de organização e de articulação, bem como a respectiva composição da Comissão Social de Freguesia.

O programa da Rede Social, foi criado através da Resolução do Conselho de Ministros n.º 197/97, de 18 de Novembro, tendo sido a sua implementação regulamentada, através do Despacho Normativo n.º 8/2002, de 12 de Fevereiro. Em 14 de Junho de 2006 foi publicado o Decreto-Lei n.º 115/2006, que veio definir o funcionamento da Rede Social e as competências dos seus órgãos.

A Rede Social, define-se como um fórum de articulação e congregação de esforços, baseados na adesão livre por parte das autarquias e das entidades públicas e privadas sem fins lucrativos, bem como entidades privadas com fins lucrativos e outras entidades e estruturas de p+parcerias locais que nela queiram participar.

Alguns dos principais objectivos da Rede Social, são o combate à pobreza e à exclusão social, promovendo a inclusão e coesão sociais, a promoção do desenvolvimento social integrado, promoção de um planeamento integrado e sistemático que potencie sinergias, competências e recursos.

Tendo em vista a concretização dos seus objectivos, a Rede Social, assenta no trabalho de parceria alargada, efectiva e dinâmica, visando o planeamento estratégico da intervenção social local, que articula a intervenção dos diferentes agentes locais para o desenvolvimento social.

Conforme vem explanado no Decreto-Lei n.º 115/2006, todas as acções desenvolvidas no âmbito da Rede Social, assim como o funcionamento de todos os seus órgãos devem ser orientados pelos princípios da subsidiariedade, integração, articulação, participação, inovação e igualdade de género.

Relativamente à área territorial as Comissões Sociais de Freguesia (CSF), correspondem geralmente ao âmbito territorial das freguesias e o âmbito territorial dos CLAS corresponde ao dos municípios.

A implementação do Programa da Rede Social no Conselho de Lisboa teve o seu início em 2006, quando a Câmara Municipal de Lisboa, o Centro Distrital de Segurança Social de Lisboa e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa assinaram o Protocolo de Colaboração, dando início à Rede Social de Lisboa. Em 18 de Abril de 2007, a Junta de Freguesia do Lumiar aderiu ao Conselho Local de Acção Social (CLAS).

A esta reunião, compareceram representantes do Centro de Saúde, CAJIL (Centro de Apoio a Jovens e Idosos do Lumiar, GEBALIS, K´Cidade. Desde o início da reunião, foram sendo lidos todos os artigos que compõem o Regulamento e foram-se realizando alterações, conforme se achou pertinente.

Devido ao facto de terem sido realizadas várias alterações, decidi expor aqui apenas as que considere mais relevantes.

No artigo 4.º, ponto 2, foi proposta a alteração da alínea b), passando a constar o seguinte: Promover a articulação das iniciativas em curso existentes na freguesia, em vez de: Promover a articulação entre as diversas instituições, pois conforme foi exposto, desta forma pode trabalhar-se sobre situações mais concretas e já experimentadas. Também, neste artigo, foram acrescentadas alíneas para que possam ser incentivadas as redes de apoio local, a importância da articulação com o CLAS, uma vez que pode pertencer-se ao CLAS, mas não ser representante na CSF (Comissão Social de Freguesia). Outra alínea que passou a constar, foi a alínea que dá importância ao facto de se elaborar, avaliar e acompanhar um plano de acção e não apenas a realização de um diagnóstico social de freguesia.

Relativamente ao artigo 6.º, foi focada a alínea e), na qual deve ser integrada a composição dos grupos comunitários organizados representativos de grupos da população, os grupos formais e não formais. Quanto à alínea f), deve acrescentar-se que devem existir dois procedimentos para a integração de novos elementos na CSF do

Lumiar, e que devem poder ser realizados por convite ou mediante apresentação de proposta, em função dos seus conhecimentos técnicos, intervenção comunitária ou amplitude económica,

Em relação ao artigo .º 8, foi decidido que as alíneas a),b), c) e e), deveriam ser englobadas num novo artigo, que fosse destinado ao funcionamento dos grupos de trabalho, pois todos esses pontos referem as funções dos grupos de trabalho e não dos elementos integrantes da CSF.

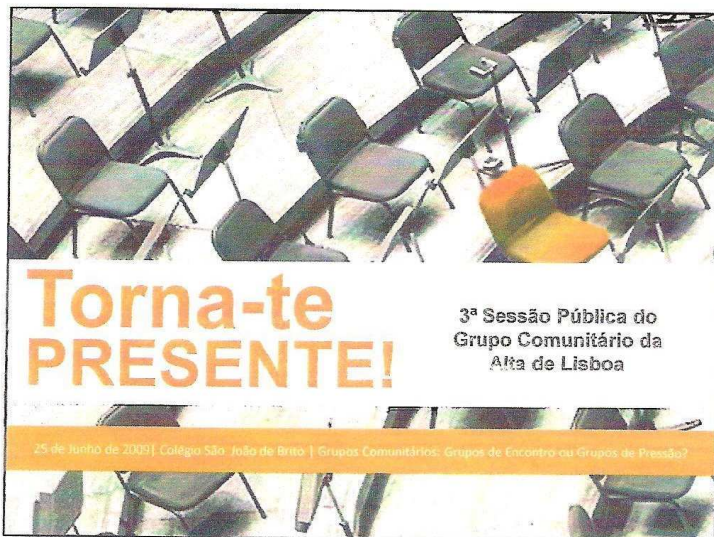
No capítulo II, artigo 9.º, considerou-se que as competências seriam as competências do plenário, e devem ser acrescentadas outras alíneas, nas quais seja dado enfoque à importância do diagnóstico social, formação, organização e constituição dos grupos de trabalho, elaboração do plano estratégico e avaliação periódica das actividades previstas no âmbito do plano estratégico.

Ao artigo 10.º, foi alterado o título de Presidência, para Competências do Núcleo. Foram retiradas as alíneas b), c) e d) para o artigo 11.º e realizados ajustamentos que dizem respeito à convocação e realização de reuniões. Sugeriu-se também que fosse criado um artigo destinado às competências do núcleo executivo.

Os artigos 12.º a 18.º, referem normas específicas sobre as reuniões, também tendo sido realizadas algumas alterações, assim como foram realizados alguns ajustes na Secção III e IV (artigo 19.º a 22.º)

A minha presença nesta reunião, proporcionou-me a experiência de sentir a importância que os cuidados de saúde têm junto da comunidade, e qual o seu papel como parceiros junto dos outros grupos de trabalho.

Anexo VIII. Programa da 3.^a Sessão Pública do Grupo Comunitário da Alta de Lisboa



Torna-te PRESENTE!

3ª Sessão Pública do
Grupo Comunitário da
Alta de Lisboa

25 de Junho de 2009 | Colégio São João de Brito | Grupos Comunitários: Grupos de Encontro ou Grupos de Pressão?



Programa da Sessão

- 9h00 – Recepção dos Participantes
- 9h30 – Apresentação do Grupo Comunitário da Alta de Lisboa
- 10h00 – Maestro Paulo Lourenço
- 10h30 – Coffee Break
- 11h00 – Investigadora Ana Melo
- 11h30 – Debate
- 12h30 – Encerramento

Torna-te
PRESENTE!

Anexo IX. Documentação elaborada para complemento do processo de enfermagem do utente em programa regular de Hemodiálise no Serviço de Nefrologia do Hospital Curry Cabral



UNIVERSIDADE
CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

Processo de Enfermagem destinado ao
Utente que realiza Hemodiálise em
Programa de Ambulatório

- SERVIÇO DE NEFROLOGIA DO HOSPITAL CURRY
CABRAL -

Ana Oliveira

Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza
Profissionalizante na área de Saúde Comunitária – ICS-UCP

Enf.^a tutora – Paula Luis

Janeiro de 2010

INDÍCE

	Pág.
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1.1. O ENFERMEIRO E O ACOMPANHAMENTO AO UTENTE EM HD.....	5
1.2. O PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	6
2. OS ACESSOS VASCULARES.....	7
2.1. FÍSTULA ARTERIO-VENOSA.....	7
2.2. ENXERTO ARTERIO-VENOSO.....	8
2.3. CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE.....	8
2.4. COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS NOS ACESSOS VASCULARES.....	9
3. ORIENTAÇÕES PARA O REGISTO DA AVALIAÇÃO DOS ACESSOS VASCULARES.....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12
Anexo 1. Documentos de registo.....	14

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O ENFERMEIRO E O ACOMPANHAMENTO AO UTENTE EM HD

A Hemodiálise (HD), é uma área complexa, na qual os enfermeiros possuem um papel de excelência, na relação estabelecida com os utentes, não apenas pelas horas de tratamento a que estes utentes estão sujeitos, mas fundamentalmente porque o enfermeiro quando presta cuidados a estes utentes aborda diversos factores, que podem ser identificativos do estado de saúde e das necessidades dos utentes.

Desta forma, os enfermeiros devem estar despertos para todos os sinais e sintomas que lhes sejam enviados pelo utente. Primeiramente, antes de iniciar HD em programa de ambulatório, cabe ao enfermeiro programar essa admissão do utente, reservando alguns momentos para o acolhimento ao serviço, onde irá realizar o seu tratamento de substituição renal. Desta forma, pode dar-lhe a conhecer os locais que passará a frequentar, como por ex. as instalações sanitárias e vestiários, o refeitório onde realizará a (s) suas refeições, e outros. Nesta fase, é também importante que o enfermeiro confirme com o utente as horas e os dias em que realizará tratamento, disponibilizando os contactos do serviço, para que o utente possa entrar em contacto com o serviço sempre que lhe surgir algum imprevisto ou necessitar de resolver alguma situação de saúde com a qual se tenha deparado.

Após esta primeira fase de acolhimento, prevê-se, que seja dedicado algum tempo a obter a história do utente, este tempo é sempre muito útil, na medida em que segundo Doenges e Moorhouse “... é um factor importante para posterior poupança de tempo na prestação de qualquer cuidado de saúde aos doentes e/ou pessoas significativas.”⁽¹⁾ Também para estas autoras “ a história é mais do que uma simples recolha de informação. A enfermeira tem que rever os dados, organizar e ponderar a relevância de cada item (valor dos dados), e documentar os factos.”. A falta de rigor na colheita de dados pode gerar confusão e desperdício de tempo com situações desnecessárias, em detrimento de outras situações mais importantes.

Antes de iniciar qualquer sessão de HD, existem certos aspectos específicos dos utentes, que devem ser abordados com os enfermeiros e têm como finalidade realizar uma

avaliação pré-diálise. Para THOMAS, nesta fase pode incluir-se “...discutir quaisquer preocupações que o doente possa ter em geral ou sobre a última sessão de diálise, ler as notas da última sessão de diálise e perguntar sobre quaisquer problemas intra-dialíticos.”⁽²⁾

Nesta avaliação inicial, pode avaliar-se o estado geral do utente desde a última diálise, perceber se o seu estado se agravou/melhorou, se lhe ocorreu algum tipo de complicações, como por ex: dor, câibras.

1.2. O PROCESSO DE ENFERMAGEM

A utilização do processo de enfermagem à muito que foi identificada como fazendo parte das necessidades de quem cuida dos utentes “*O processo de enfermagem é a base de todas as acções de enfermagem e a essência da enfermagem*”⁽¹⁾, considerando também estas autoras, que este, “*Pode ser aplicado em qualquer serviço de cuidados ou escola, em qualquer sistema teórico ou conceptual e no contexto de qualquer filosofia de enfermagem.*”, “*...é flexível e apesar disso suficientemente estruturado para proporcionar uma base às acções de enfermagem*”.⁽¹⁾

A abordagem da problemática do processo de enfermagem nesta fase, prende-se com o facto de os doentes integrados em programa regular de HD em regime de ambulatório no serviço de nefrologia do HCC, não possuírem um processo de enfermagem adaptado aos cuidados que lhes são prestados.

Ao organizar o processo de enfermagem pretende-se melhorar a prestação de cuidados aos utentes.

Deste modo, preconiza-se que no processo do utente, constem as folhas de colheita de dados, plano de cuidados de enfermagem, folha de terapêutica e folha de registo de sessão de Hemodiálise (já existentes no hospital), e que o mesmo seja complementado pelo registo do histórico de acessos vasculares.

2. OS ACESSOS VASCULARES

Para se obterem bons resultados através da realização de Hemodiálise, é imperioso que exista um fluxo de sangue adequado a passar através do dialisador. A filtração dos produtos do metabolismo, encontra-se associada ao fluxo do dialisante, à permeabilidade da membrana e sua área de superfície, com a duração do tempo de diálise, mas sobretudo com a taxa de fluxo de sangue.

No que respeita ao tratamento na sua generalidade, considera-se que o acesso deve ser uma prioridade, pois ao realizarem sessões de HD eficazes, pode diminuir-se a morbidade e mortalidade dos utentes.

Aos enfermeiros, entre outros, pertence o cuidado de assegurarem que é mantido um fluxo de sangue adequado.

Existem diferentes tipos de acessos para HD, mas frequentemente são utilizados três:

- Fístula Arterio-Venosa (FAV);
- Enxerto ou Prótese Arterio-Vascular (PTFE);
- Cateter de Hemodiálise de Duplo-Lúmen (CHDL).

Nos casos de insuficiência renal terminal, a FAV é por excelência o acesso vascular escolhido para HD, uma vez que vai de encontro ao preconizado, pois na generalidade, é através dela que se obtêm as melhores taxas de fluxo de sangue e apresentar as taxas mais baixas de complicações.

2.1. FÍSTULA ARTERIO-VENOSA

A FAV é construída através de intervenção cirúrgica, e o seu objectivo é criar uma comunicação entre uma artéria e uma veia periférica, de forma a que a veia quando sujeita a um aumento de fluxo e de pressão sofra uma dilatação e espessamento.

Frequentemente são escolhidas a artéria radial e a veia cefálica do antebraço não dominante do doente, mas quando não é possível, podem ser localizadas em outros locais, como: a artéria braquial com a veia cefálica, ou com a veia basílica.

Preferencialmente a fístula deve maturar durante 3-4 meses, antes de ser necessário o utente iniciar a HD, pois deste modo pode permitir-se uma cicatrização e maturação da FAV, evitando o risco de infecção inerente à colocação de um acesso temporário (CHD) de emergência.

Inclusivamente alguns autores consideram importante não puncionar para cateterização periférica os antebraços – braços, dos utentes aos quais se prevê a construção de um acesso vascular, de forma a diminuir o risco de flebotromboses ou qualquer outras lesões no membro e por conseguinte diminuir a taxa de sucesso da construção do acesso vascular.

2.2. ENXERTO ARTERIO-VENOSO

O princípio do seu funcionamento é semelhante ao da FAV. A diferença é que neste caso, geralmente por fragilidade vascular, o doente é sujeito à implantação de uma prótese em substituição da veia, através da junção de uma das extremidades a uma artéria e outra a uma veia.

O material sintético utilizado com maior frequência é o politetrafluoroetileno (PTFE), e quanto à sua configuração, podem ser apresentados em linha recta ou em ansa.

Requerem um menor tempo de maturação do que a FAV, podendo ser puncionados de preferência ao fim de 2 semanas, ou logo a seguir à sua colocação quando existe indicação para tal.

2.3 CATETER VENOSO CENTRAL PARA HEMODIÁLISE

O cateter venoso central (CVC) para realização de HD, é um dispositivo sintético, que é inserido numa veia de grande calibre. Geralmente é uma via de acesso vascular temporária, e destina-se aos casos em que é necessário um acesso imediato para um doente em fase aguda ou um doente com insuficiência renal crónica que espera a realização ou amadurecimento da FAV, ou mesmo a recuperação do acesso vascular que tenha deixado de funcionar.

Frequentemente, são localizados nas veias subclávia, femural e jugular interna. No caso da colocação na veia subclávia, esta está desaconselhada, nos casos de

insuficiência renal terminal, na medida em que a sua localização pode levar a uma estenose venosa central e comprometer a construção de uma FAV.

Os cateteres de HD, podem ser divididos em provisórios, ou de longa duração e podem ter um ou dois lúmens.

Em relação aos cuidados necessários por parte da enfermagem, preconiza-se que sejam mantidos os cuidados de prevenção da infecção. O local de inserção, deve ser examinado antes de cada diálise, despistando sinais de infecção (pele sensível ao toque, dor, eritema ou presença de exsudado).

Resumindo, as complicações mais frequentes resultantes da existência de um CHD, relacionam-se com: Infecção, Estenose venosa central.

2.4. COMPLICAÇÕES POSSÍVEIS NOS ACESSOS VASCULARES

● **Trombose**

Com possibilidade de ocorrência no período pós-operatório, encontra-se muitas vezes associado a episódio hipotensivos durante ou após a sessão de HD;

Enxertos cronicamente trombosados podem ser uma fonte de infecção.

● **Estenose**

Na FAV, a causa de estenose tende a ser mais variada e pode ser devido a turbulência, formação de pseudo-aneurisma e lesão pela agulha.

A detecção precoce permite a correção da estenose antes da trombose e aumenta a vida útil do acesso.

● **Aneurisma**

Pode ocorrer, mas o mais frequente, é o Pseudo-aneurisma da parte venosa. Resulta por vezes da punção repetida naquela região, e a pele vai adquirindo uma espessura mais fina e vai-se dilatando. Acontece também devido ao facto de haver um extravassamento de sangue para os tecidos contíguos, após ser retirada a agulha, ou durante a hemostase.

Desenvolvimento do Aneurisma, com grande dilatação e comprometimento da pele, podem provocar ruptura e consequente hemorragia.

- **Síndrome de Roubo**

As queixas mais frequentes referidas pelos utentes são: dor, sensação de frio, parestesias sem perdas sensórias ou motoras, que surgem devido ao facto de ser retirado sangue à mão. Quando necessário, é realizada uma intervenção cirúrgica, no sentido de restabelecer o fluxo de sangue.

- **Edema**

É importante ter em consideração que um pequeno aumento na circunferência (2-3cm) do braço do acesso é comum. Mas um aumento maior é indicativo de hipertensão venosa devido à estenose venosa de saída frequentemente secundária a uma veia subclávia parcialmente ocluída.

- **Infeção**

O principal microorganismo envolvido é o *Staphilococcus sp.* O diagnóstico baseia-se em sinais locais de inflamação, e deve realizar-se colheita de exudado para cultura, quando presente.

3. ORIENTAÇÕES PARA O REGISTO DA AVALIAÇÃO DOS ACESSOS VASCULARES

Com o objectivo de diminuir o risco de aparecimento de complicações relacionadas com os acessos vasculares, elaboraram-se documentos de registo (ver anexo 1), destinados a serem preenchidos pelos enfermeiros, de modo a permitir o registo e a avaliação dos acessos vasculares de forma periódica.

FOLHA DE REGISTO DE ACESSOS VASCULARES

Deve ser preenchido, sempre que o utente apresenta um novo acesso vascular, assim como deve ser registada a data de término do seu funcionamento.

FOLHA DE REGISTO DA AVALIAÇÃO CONTÍNUA DO CHD

- Realizar o registo de avaliação na primeira segunda ou terça-feira de cada mês;
- Realizar o registo de avaliação **sempre** que exista algum dado que deva ser assinalado (por ex: sinais inflamatórios);
- Iniciar o preenchimento de uma nova folha de registo, sempre que seja implantado outro CHD;

FOLHA DE REGISTO DE AVALIAÇÃO CONTÍNUA DO ACESSO VASCULAR - ENXERTO ARTÉRIO-VENOSO (PTFE) OU FISTULA ARTÉRIO-VENOSA (FAV)

- Realizar o registo de avaliação na primeira segunda ou terça-feira de cada mês;
- Realizar o registo de avaliação **sempre** que exista algum dado que deva ser assinalado (por ex: edema do membro, sinais inflamatórios);
- Iniciar o preenchimento de uma nova folha de registo, sempre que seja iniciado tratamento noutra acesso vascular.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 - DOENGES, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Frances – **A aplicação do PROCESSO DE ENFERMAGEM e do DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: Um texto interativo.** Lisboa: Lusodidacta Editora, 1992. ISBN 972-975399-4-4

- 2 - THOMAS, Nicola – **Enfermagem em Nefrologia.** 2.^a Edição. Loures: Lusociência Editora, 2005. ISBN 972-8383-85-1

Anexo 1. Documentos de registro



**Hospital Curry
Cabral**

Identificação do Utente (Colar Vinheta)

**REGISTO DE ACESSOS
VASCULARES**

Data de Início¹	Tipo de Acesso²	Localização	Data de Fim³	Observações	Enf.

1 - Data de implantação/
construção de Acesso Vascular

2 - Data de paragem/remoção de
Acesso Vascular

3 - *Tipo de Acesso Vascular*

CHDP - Cateter de Hemodiálise Provisório

CHDLLD - Cateter de Hemodiálise de Longa Duração

Fístula Arterio-venosa (FAV)

Enxerto Arterio-Vascular (PTFE)

Anexo X. Documentos informativos, relativos aos acessos vasculares e respectivas traduções

Cateter Venoso Central de Hemodiálise

Em caso de necessidade, pode contactar-nos para:

Serviço de Nefrologia – Hospital Curry Cabral

Telefone: 21 7924200 ext.4319



Cateter Venoso Central de Hemodiálise

O QUE É?

O cateter venoso central (CVC) para realização de hemodiálise é um dispositivo sintético, que é inserido numa veia de grande calibre. Geralmente é uma via de acesso vascular temporária, e destina-se aos casos em que é necessário um acesso imediato para um doente em fase aguda ou um doente com insuficiência renal crónica que espera a realização ou amadurecimento da fístula arterio-venosa, ou mesmo a recuperação do acesso vascular que tenha deixado de funcionar.

São necessários alguns cuidados para sua preservação e manutenção.

CUIDADOS A TER COM O CVC:

→ Use vestuário que permita um fácil acesso ao cateter;

→ Não molhe o penso. O penso molhado aumenta o risco de vir a ter uma infecção. Se esta situação lhe acontecer, procure no hospital ou na clínica um enfermeiro que possa realizar o penso novamente;

→ Não suje o penso;

→ Não administrar ou deixar administrar nada pelo cateter, fora do meio hospitalar ou do centro de hemodiálise;

→ Não puxar ou dobrar o cateter;

→ No caso de surgir hipertermia (febre) e/ou penso sujo de sangue e/ou pús, contacte de imediato o hospital ou centro de diálise onde realiza tratamento.

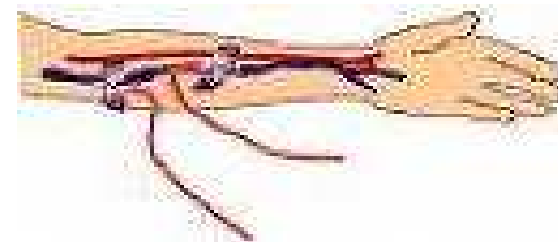
ACESSOS VENOSOS

Fistula Arterio-venosa (FAV)
Enxerto Artério-venoso (PTFE)

Em caso de necessidade, pode contactar-nos para:

Serviço de Nefrologia – Hospital Curry Cabral

Telefone: 21 7924200 ext.4319



Fistula Arterio-venosa (FAV)

O que é?

É por excelência o acesso vascular escolhido por para Hemodiálise. Ao construir uma FAV, o objectivo é criar uma comunicação entre uma artéria e uma veia periférica, de forma a que a veia quando sujeita a um aumento de fluxo e de pressão sofra uma dilatação e espessamento.

Enxerto Artério-venoso (PTFE)

O que é?

O princípio do seu funcionamento é semelhante ao da FAV. A diferença é que neste caso, geralmente por fragilidade vascular, o doente é sujeito à implantação de uma prótese em substituição da veia, através da junção de uma das extremidades a uma artéria e outra a uma veia.

Quando devem ser construídos?

Sempre que possível, a sua construção deve ser feita antes de o doente ter a necessidade absoluta de entrar em programa de hemodiálise. A localização mais frequente é no braço, mas pode também ser construída em outras partes do corpo.

CUIDADOS A TER COM OS ACESSOS VASCULARES

- Use vestuário que permita um fácil acesso ao acesso vascular;
- Mantenha o membro do acesso com boas condições de higiene;
- Evite dormir sobre o membro onde foi construído o acesso;
- Não carregue pesos com o braço do acesso vascular;
- Não permita que lhe avaliem a Tensão Arterial ou colham sangue no membro do acesso vascular;
- Evite usar relógios, pulseiras no membro do acesso vascular;
- Realize com frequência exercícios com a mão e braço, de forma a facilitar a maturação da FAV
- No caso de surgir hipertermia (febre), acesso parado (sem pulso), ou alguma alteração no membro do acesso vascular, contacte de imediato o hospital ou centro de diálise onde realiza tratamento.

Central Venous Catheter of Hemodialysis

In case of need, you can contact us to:
Nephrology service – Hospital Curry Cabral
Phone Number: 21 7924200 ext.4319



Central Venous Catheter of Hemodialysis

WHAT IS IT?

The central venous catheter (CVC) suggested to hemodialysis is a synthetic device, which is introduced into a great caliber blood vessel. It's usually a temporary vascular access way and it is used when it's necessary an immediate access to a patient in an acute state or a patient with chronic renal failure/insufficiency which awaits the accomplishment or maturing of the arterio-venous fistula, or even the recovery of the vascular access which had ceased to function

Some attentions are required to its preservation and maintenance.

ATTENTIONS TO HAVE WITH THE CVC:

→ Wear clothes which allow an easy access to the catheter;

→ Don't wet the dressing. A wet dressing increases the risk of infection. If this happens, look for a nurse in the hospital or clinic who may do the dressing again;

→ Don't stain the dressing;

→ Do not administer anything or let someone do it through the catheter, outside the hospital environment or the centre of hemodialysis;

→ Do not pull or bend the catheter;

→ In case of hyperthermia (fever) and/or a dressing stained with blood and/or pus, contact the hospital or the dialysis centre where the treatment is done at once.

VENOUS ACCESSES

Arterio-venous Fistula (AVF)

Arterio-venous Skin Graft (PTFE)

In case of need, you can contact us to:
Nephrology service – Hospital Curry Cabral
Phone Number: 21 7924200 ext.4319



Arterio-venous Fistula (AVF)

What is it?

It's the vascular Access chosen in hemodialysis.

When building an AVF, the goal is to create a communication between an artery and a peripheral vein so that the vein can suffer an expansion and thickness when subjected to an increase in flux and pressure.

Arterio-venous Skin Graft (PTFE)

What is it?

It's an operation similar to the AVF. The difference is that in this case, mainly due to vascular frailty, the patient is subjected to the implantation of a prosthesis replacing the vein, through the junction of one of the extremities to an artery and another one to a vein.

When should they be built?

As much as possible, its building must be done before the patient has the imperative need of entering a hemodialysis programme. The most usual position is in the arm. However, it can also be built in other parts of the body.

ATTENTIONS TO HAVE WITH VASCULAR ACCESSES

- wear clothes which allow an easy access to the vascular Access;
- Keep the Access limbs in good hygienic conditions;
- avoid sleeping over the limb where the Access was built;
- Do not carry any weights with the vascular access arm;
- Do not allow anyone to measure your blood pressure or collect blood in the vascular access limb;
- Avoid wearing bracelets, watches in the vascular access limb;
- Do regular exercises with your hand and arm, so as to facilitate the maturation of the AVF;
- In case of hyperthermia (fever), stopped access (no pulse) or any other change in the vascular Access limb, please, contact at once the hospital or the dialysis centre where the treatment is done.

Cathéter Veineux Central d`hémodialyse

En cas de nécessité vous pouvez entrer en contact avec:

Néphrologie service – Hospital Curry Cabral

Numéro de téléphone: 217924200 ext: 4319



Cathéter Veineux Central d`hémodialyse

QU`EST QUE C`EST?

Le cathéter veineux central (CVC) pour faire de l`hemodialyse est un dispositif synthétique qui est inséré dans une veine de grande capacité.

En général c`est un moyen d`accès vasculaire temporaire et il est désigné aux cas dont il est nécessaire un accès immediate à des malades qui sont dans une phase aigue ou des malades avec une insuffisance renal chronique qui attendent l`accomplissement ou la maturation de la fistule artério-veineux, ou même la récupération de l`accès vasculaire qui avait cessé de fonctionner.

Il y a de certains soins avec sa préservation et sa gestion.

DES ÉGARDS À FAIRE ATTENTION AVEC CVC:

- Porter des vêtements qui permettent un accès facile au cathéter;

- Ne pas moullier le pansement. Un pansement mouillé amplifie le danger de développer une infection. Quand ça arrive, appelez un infirmier qui puisse refaire le pansement;

- Ne pas salir le pansement;

- Rien appliquer ou le laisser faire par le cathéter, sauf à l`hôpital ou au centre de hémodialyse;

- Ne pas tirer ou plier le cathéter;

- En case de hyperthermie (de la fièvre) et/ou un pansement sale de sang et/ou de pus, contacter tout de suite l`hôpital où le centre de dialyse où le traitement est fait.

ACCÈS VEINEUX

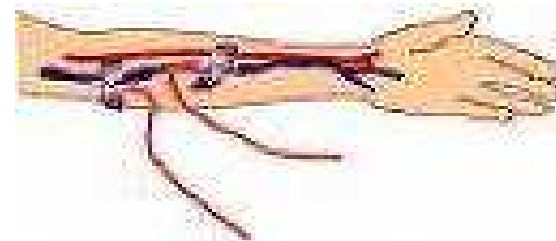
Fistule Artério-veineux (FAV)

Grefe Artério-veineux (PTFE)

En cas de nécessité vous pouvez entrer en contact avec:

Néphrologie service – Hospital Curry Cabral

Numéro de téléphone: 217924200 ext: 4319



Fistule Artério-veineux (FAV)

Qu'est que c'est?

C'est l'accès vasculaire choisi pour hémodialyse. Quand on fait une FAV, le but est créer une communication entre une artère et une veine périphérique, de façon que la veine quand est exposé à un agrandissement de fluide et de pression puisse souffrir une dilatation et épaissement.

Grefe Artério-veineux (PTFE)

Qu'est que c'est?

Son fonctionnement est pareil à celui de la FAV

La différence est que dans ce cas, en général à cause d'une fragilité vasculaire, le malade est soumis à l'implantation d'une prosthèse à la place de la veine, à travers l'accouplage d'une des extrémités à une artère et de l'autre à une veine.

Quand doivent-ils être fait?

Toutes le fois qu'il soit possible. Ils doivent être fait avant que le malade aie une nécessité absolue de joindre un programme de hémodialyse.

Le lieu plus fréquent est dans le bras mais il peut aussi être fait dans d'autres côtés du corps.

DE ATTENTIONS À AVOIR AVEC LES ACCÈS VASCULAIRES

- Porter de vêtements qui permettent un accès facile à l'accès vasculaire;
- Maintenir le membre d'accès en bonnes conditions d'hygiene;
- Éviter coucher sur le membre où l'accès a été fait;
- Ne pas charger de poids le bras où est l'accès vasculaire;
- Ne pas mesurer la tension artérielle ou prendre du sang dans le membre de l'accès vasculaire;
- Éviter porter des montres et des bracelets dans le membre de l'accès vasculaire;
- Faire fréquemment des exercices avec la main et le bras de façon à rendre facile la maturation de la FAV;
- En cas de hyperthermie (de la fièvre), accès cessé (sans pouls) ou quelque modification dans le membre de l'accès vasculaire, contactez tout de suite l'hôpital ou le centre de dialyse où le traitement est fait.

Anexo XI. Documento informativo relativo à alimentação e respectivas traduções

1 - A Alimentação na Doença Renal Crónica

A doença renal crónica (DRC) é uma situação que coloca inúmeras questões relativamente à alimentação.

O sucesso do tratamento vai depender de uma colaboração estreita de toda uma equipa, da qual o doente é a parte mais importante.

A alimentação implica quase sempre alterações de hábitos alimentares, por vezes difíceis de aceitar.

O rim normal tem a capacidade de excretar água e consegue manter constantes alguns elementos importantes à vida, como o sódio, o potássio e o fósforo eliminando-os através da urina quando presentes em excesso no organismo.

Paralelamente, tem outra função, a excretora, muito importante pois é responsável pela eliminação de substâncias como a ureia e a creatinina, entre outras, que resultam do metabolismo das proteínas.

Na DRC, os rins diminuem significativamente estas suas funções, pelo que a ingestão de água e minerais tem de ser controlada para que não ocorra acumulação patológica no organismo. É aqui que a alimentação desempenha um papel fundamental para evitar situações agravantes da DRC.

2 – Conselhos Gerais

- Deve procurar fazer 5 a 6 refeições por dia, não estando mais do que 3 horas sem comer durante o dia e 8 horas durante a noite. Não deve saltar refeições porque terá mais fome depois;
- Deve mastigar bem os alimentos e comer devagar;
- Deve evitar ver televisão ou ler durante a realização das refeições;
- Deve evitar colocar na mesa travessas de alimentos, para evitar repetições. Deve servir alimentos em pratos pequenos e em quantidade adequada;
- Ir as compras com uma lista de compras e após ter feito uma refeição completa, de modo a evitar levar para casa alimentos não adequados;
- As confecções recomendadas são cozidos, grelhados, assadas e estufados sem molho, devendo evitar os fritos e guisados;

- É importante evitar o uso de caldos de carne em cubo e o uso excessivo de sal, podendo ser substituídos por ervas e especiarias aromáticas;
- Evite a utilização de produtos industrializados e reduza ao mínimo as refeições “prontas a comer”;
- Para acompanhar com o pão deve preferir queijos e manteigas magras, evitando ingerir produtos de charcutaria como chouriço, mortadela, presunto, entre outros;
- Deve praticar diariamente actividade física, pelo menos caminhadas de 30 min por dia, podendo a duração das caminhadas ser aumentada com o decorrer do tempo.

3 – Conselhos relacionados com a DRC e com a hemodiálise

3.1. Líquidos

3.1.1. A quantidade de líquidos que pode ingerir diariamente corresponde a 500 mL + volume de urina.

3.1.2. As principais fontes de líquidos são:

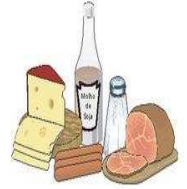
- **água;**
- **sopa;**
- **sumos/refrigerantes;**
- **bebidas alcoólicas;**
- **chá;**
- **leite/ iogurtes líquidos;**
- **café**

3.1.3. Conselhos/Técnicas que permitem diminuir a ingestão de líquidos:

1.2.1. Evitar ingerir alimentos muito condimentados (com muito sal ou picante);

1.2.2. Quando tiver muita sede, opte por chupar 1 cubo de gelo (ATENÇÃO – 1 cubo de gelo tem 5 mL).

3.2. Sódio



3.2.1. As principais fontes de sódio são:

- **Enchidos** (por exemplo, chouriço, farinheira, morcela)
- **Produtos de charcutaria** (por exemplo, fiambre, presunto)
- **Salgados** (rissóis, croquetes, empadas)
- **Bacalhau**
- **Produtos industrializados** (*pizzas, fast food*), **pré-confeccionados ou em conserva**
- **Molhos** (por exemplo, *Ketchup, maionese*)
- **Caldos de carne aromáticos em cubo**
- **Águas minerais ricas em sódio** (águas com gás)
- **Aperitivos** (por exemplo, azeitonas, tremoços, pistachios, amendoins)
- **Queijos** (excepto, queijo fresco, requeijão e queijo flamengo)

3.2.2. Conselhos/Técnicas que permitem diminuir a quantidade de sódio ingerida:

- Evitar consumir refeições pré-preparadas, preferindo confecções caseiras;
- Utilizar ervas aromáticas, especiarias e sumo de limão de forma a reduzir a quantidade de sal.

3.3. Potássio



3.3.1. As Principais fontes de potássio são:

- **Leguminosas** (por exemplo, feijão, grão, ervilhas, lentilhas, feijão frade, favas)
- **Legumes** (por exemplo, agrião, batata, aipo, beterraba, cogumelos, espinafres, couves, tomate, abóbora)
- **Frutas frescas e sumo de fruta** (por exemplo, banana, kiwi, melão, papaia, uvas, tangerina, citrinos, castanha)
- **Frutos secos** (por exemplo, figo, passas, ameixas)
- **Frutos oleaginosos** (por exemplo, amendoins, caju, nozes)
- **Produtos integrais** (por exemplo, bolachas integrais, cereais integrais, pão integral)
- **Substitutos de sal** (por exemplo, glutamato monossódico)

- **Alimentos com baixo teor de sal** (Por exemplo fiambre sem sal. O sal deste é substituído por potássio.)
- **Soja com casca**
- **Cacau**

3.3.2. Conselhos/Técnicas que permitem diminuir o conteúdo de potássio dos alimentos:

3.2.1. **Espoliação de potássio:**

A espoliação de potássio é uma técnica muito importante na confecção dos legumes e hortaliças (batata, cenoura, cebola, alho francês, nabo, couves, nabiças, alface).

A espoliação de potássio deve ser feita da seguinte forma:

- Descascar e cortar os alimentos em pedaços pequenos e coloca-los de molho durante pelo menos 8 horas antes da confecção, mudando a água pelo menos 2 vezes;
- Quando estiver a confeccionar os alimentos deve utilizar água em abundância de forma a cobrir a totalidade dos alimentos;
- Deve ainda substituir a água de cozedura por uma nova, quando a água levantar a fervura. Não deve adicionar sal ou outras substâncias às águas de cozedura dos alimentos.

3.2.2. Retirar a casca da fruta e preferir ingerir fruta cozida, em vez de fruta crua.

3.4. Fósforo

Se os valores analíticos de fósforo estiverem alterados é necessário fazer uma dieta restrita de fósforo. Contudo, dado que os alimentos ricos em fósforo são os alimentos que fornecem proteínas, não é comum fazer uma restrição destes alimentos.



3.4.1. As principais fontes de fósforo são:

- Carne/Peixe;
- Gema de ovo;
- Leite e derivados (Iogurtes e queijo).

	Recomendações
Leite e Derivados	Deve preferir leite magro, iogurte magro sem açúcar na composição (sem pedaços e sem cereais), queijo magro (até 30% de gordura). Podendo substituí-los entre si: 2dl de leite ou 1 Iogurte ou 1 fatia fina de queijo ou 1 Queijo fresco pequeno ou ¼ Requeijão.
Carne e Peixe Ovos	Deve preferir carne magra (coelho, frango, peru) em vez de carnes gordas, vísceras, panados, enchidos ou produtos de charcutaria. Deve evitar, no caso do peixe, rissóis, pastéis de bacalhau e filetes. No caso da carne deve retirar todas as gorduras visíveis e pele antes da confecção. Deve evitar o consumo de ovos, especialmente da gema do ovo.
Pão e cereais	Deve dar preferência a pão branco, tostas e bolachas simples (Maria). 1 Carcaça ou 2 fatias de pão caseiro finas ou 4 tostas ou 5 bolachas Maria.
Leguminosas e farináceos	Deve restringir ao máximo o consumo de leguminosas (feijão, grão, favas, ervilhas, lentilhas). 2 batatas do tamanho de um ovo ou 3 Colheres de sopa de arroz cozido ou 3 Colheres de sopa de massa cozida.
Fruta e Vegetais	Pode ingerir 2 peças de fruta por dia, de preferência cozidas e sem pele (à exceção das que estão assinaladas como ricas em potássio). Os legumes cozidos devem também ser confeccionados através da técnica de espoliação de potássio e devem ser consumidos em pouca quantidade. Deve evitar o consumo de saladas (legumes em cru), nomeadamente o consumo de tomate.
Bebidas	Deve <u>abolir</u> o consumo de refrigerantes, sumos naturais, néctares, bebidas gaseificadas e bebidas alcoólicas. Opte por ingerir água em pequenas quantidades (ver página ___).
Gorduras	Deve preferir azeite para temperar e cozinhar, em quantidade moderada, evitando os óleos, margarinas, manteigas, banha e molhos (como por exemplo, maionese, mostarda e ketchup).
Outros	Evite ingerir doces (chocolate, bolos de pastelaria), salgados (croquetes, folhados, chamuças, rissóis) e <i>fast-food</i> (hambúrguers, pizzas). Deve evitar ainda o consumo de pastilhas elásticas e rebuçados.

4 – Exemplo de Plano Alimentar

Pequeno-almoço:

1 copo pequeno de leite magro (150mL) com 1 pão branco com margarina magra sem sal OU queijo magro.

Meio da manhã:

1 iogurte aroma magro (sem adição de açúcar; sem pedaços e sem cereais).

Almoço:

Sopa de Legumes (sem feijão, grão, favas, ervilhas, lentilhas) → METADE de uma taça

Prato Principal:

- 100 a 150g de carne ou peixe,
- 3 colheres de sopa de arroz ou massa ou 2 batatas do tamanho de um ovo
- legumes cozidos em pequena quantidade (1/4 prato)

Sem pão e sem água.

2h depois do almoço:

1 peça de fruta cozida (por ex. maçã cozida)

Lanche:

1 Chávena pequena de chá de ervas (100 mL) com 1 pão branco com margarina magra sem sal ou queijo magro.

Jantar:

Sopa de Legumes (sem feijão, grão, favas, ervilhas, lentilhas) → METADE de uma taça

Prato Principal:

- 100 a 150g de carne ou peixe,
- 3 colheres de sopa de arroz ou massa ou 2 batatas do tamanho de um ovo
- legumes cozidos em pequena quantidade (1/4 prato)

Sem pão e sem água.

1h depois do jantar:

1 peça de fruta cozida (por ex. pêra cozida)

Ceia:

2 tostas

1 – Nourishment in the Chronic Renal Disease

The Chronic Renal Disease (CRD) is a situation which poses endless questions regarding nourishment.

The success of the treatment will depend of a closer colaboration of an entire team, of which the patient is the most important item.

Most of the times the nourishment implies changes in the feeding habits, which is sometimes difficult to accept.

The normal kidney has the ability to excrete/expel water and it is able to keep steady some vital elements to life, such as sodium, potassium and phosphorous, eliminating them through urine when they are in excess in the human body.

At the same time, it has another function, the excretory, a very important one as it is responsible for the elimination of substances such as urea and creatine, among others, which are the result of the protein metabolism.

In the CRD, kidneys significantly diminish these functions, so the ingestions of water and minerals has to be controlled so that it doesn't occur a pathological accumulation in the organism.

It's here that nourishment plays a vital role to avoid serious situations of the CRD.

2 – General Advices

- You should eat 5 to 6 times a day. Avoid being more than 3 hours without eating during the day and 8 hours during the night. You should not skip meals because you are going to be hungrier later on;
- You should chew the food well and eat slowly;
- You should avoid watching TV or reading during meals;
- You should avoid placing on the table vessels of food, to avoid eating more. You should serve food in small plates and in suitable quantities;
- Go shopping with a list of groceries after having eaten a complete meal, so as to avoid buying unsuitable food;

- Food should be boiled, grilled, roasted and stewed without gravies and fries and ragouts avoided;
- It's important to avoid the use of cubes of meat stock and too much salt. They may be replaced by herbs and spices;
- Avoid the use of manufactured products and reduce to the minimum the "ready-made" meals;
- You should eat bread with low fat butter and cheese, trying not to ingest ham, boloney, sausages, among others;
- You should do some physical exercise every day, at least 30 min walks a day at the beginning and increase its length little by little.

3 – Advices related to the CRD and Hemodialysis

3.1. Fluids

3.1.1. The amount of fluids which a person can drink daily corresponds to 500ml + urine volume.

3.1.2. The main fluid sources are:

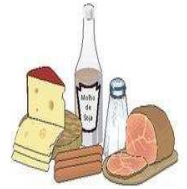
- **water;**
- **soup;**
- **juices/refreshments;**
- **alcoholic beverages;**
- **tea;**
- **milk/ liquid yoghurts;**
- **coffee.**
-

3.1.3. Advices/ Techniques which allow to diminish the ingestion of fluids:

1.2.1. Avoid eating spicy food (with lots of salt and chili);

1.2.2. When thirsty. Choose sucking an icecube(pay attention – 1 ice cube has got 5ml)

3.2. Sodium



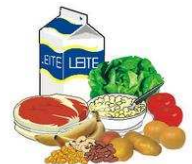
3.2.1. Main sodium sources are:

- **Sausage** (such as chorizo, pork sausages, sweet sausages)
- **Smoked Meat Products** (ham, prosciutto)
- **Salty** (fried meat balls, meat pies)
- **Codfish**
- **Manufactured products** (*pizzas, fast food*), **ready-made or canned**
- **Sauces**(for example, *Ketchup, mayonaise*)
- **Flavoured meat stock in cubes**
- **Mineral water rich in sodium** (fizzy water)
- **Appetizers** (such as olives, peanuts, pistachio)
- **Cheese** (except for new cheese, curd cheese and flemish cheese)

3.2.2. Advices/Techniques which allow to diminish the amount of ingested sodium:

- Avoid eating ready-made meals. Go for homemade ones;
- Use herbs, spices and lemon juice so as to reduce the amount of salt;

3.3. Potassium



3.3.1. Main potassium sources are:

- **Leguminosae** (such as beans, peas, chickpea, cowpea, broad beans, lentils)
- **Vegetables** (such as watercrest, potato, mushrooms, spinach, cabbage, tomato, pumpkin, celery, beet-root)
- **Fresh fruit and juices** (for example, banana, kiwi, melon, grapes, chestnuts, citrines, papaya, mandarines)
- **Dried fruits** (figs, prunes, raisins)
- **Oily fruits** (peanuts, nuts, cashew-nuts)
- **Integral products** (integral crackers, cereals and bread)
- **Salt substitutes** (for example, monosodic glutamate)
- **Food with low salt levels** (ham without salt. Here the salt is replaced by potassium)

- **Soya beans with pod**
- **Cocoa**

3.3.2. Advices/Techniques which allow to decrease the contents of potassium in food:

3.2.3. Potassium spoliation:

The potassium spoliation is a very important technic in the cooking of vegetables and greens (potatoes, carrots, onions, cabbage, lettuce, turnip, leek, turnip greens.)

The potassium spoliation should be done as follows:

- Peel and cut the food into small pieces and put them in water at least for 8 hours before cooking them , and changing it at least 2 times;
- When cooking the food, you should use plenty of water so as to fully cover the food;
- You should also replace the cooking water for a new one, when it starts to boil. Salt or any other substance shouldn't be added to the cooking.

3.2.4. Do not eat fruit with skin. Instead eat it boiled and not raw.

3.4. Phosphorous

If the analytic values of phosphorous aren't normal it's necessary to go on a diet phosphorous restrictions. However, as food rich in phosphorous is the ones which provides proteins, it's not very usual to do a restriction of these foods.



3.4.1. Main phosphorous sources are:

- Meat/Fish;
- Egg yolk;
- Milk, yoghurt and cheese.

	Advices/Instructions
Milk and other dairy products	You should prefer low fat milk, low fat yohurt with no sugar (no cereals or fruit pieces), low fat cheese (until 30% fat). You may replace them among themselves: 2dl milk or 1 yoghurt or 1 thin slice of cheese or 1 small new cheese or ¼ curd cheese.
Meat and Fish Eggs	You should choose low fat meat (rabbit, chicken, turkey) instead of fat meat, viscera, breaded, sausage or smoked products. As fish is concerned you should avoid codfish pastry and fillets. You should take off all the visible fatness and skin of the meat before cooking it. You should avoid the consumption of eggs, specially the egg yolk.
Bread and Cereals	You should prefer white bread, toasts and simple biscuits (Maria). 1 small bread or 2 slices of home-made bread or 4 toasts or 3 Maria biscuits.
Leguminosae and farinaceous	You should confine to the fullest the consumption of leguminosae (beans, peas, broad beans, lentils, chickpeas). 2 potatoes the size of an egg or 3 soup spoons of boiled rice or 3 soup spoons of pasta.
Fruit and Vegetables	You can eat 2 pieces of fruit a day, cooked and skinless (except for those which are rich in potassium). Boiled vegetables should be cooked following the method of potassium spoliation and should be eaten in small quantities. The consumption of salads should be avoided (raw vegetables), specially tomatoes.
Drinks	Fizzy drinks, fresh juices, nectars (pulpy drinks) and alcoholic drinks should be avoided. Instead drink water in small amonts (see page ____).
Fats	You should use olive oil to cook and season/spice in average quantities, avoiding oil, butter, lard, margarine, sauces (such as mayonnaise, ketchup and mustard).
Others	Avoid eating sweets (chocolate, pastry, fried meat balls, puffpastry) and fast-food (burguers, pizzas). You should also avoid the consumption of bubblegum and candies.

4 – Food Plan Example

Breakfast:

1 small glass of low fat milk (150mL) with 1 white bread with low fat no salt, margarine or low fat cheese.

Before lunch snack (mid-morning):

1 low fat flavour yoghurt (no sugar, cereals and fruit pieces).

Lunch:

Vegetable soup (no beans, chickpeas, peas, lentils, broad beans) → HALF a bowl

Main dish:

- 100/150g of meat or fish,
- 3 soup spoons of rice or pasta or 2 potatoes the size of an egg
- boiled greens in small quantity (1/4 of a plate)

No bread or water.

2h after lunch:

1 piece of cooked fruit (i.e. apple)

Tea:

1 small cup of herbal tea (100 mL) with 1 white bread with low fat no salt margarine or low fat cheese.

Dinner:

Green soup (no beans, chickpeas, broad beans, peas, lentils) → HALF a bowl

Main dish:

- 100/150g of meat or fish,
- 3 soup spoons of rice or pasta or 2 potatoes the size of an egg
- boiled greens in small quantity (1/4 of a plate)

No bread or water.

1h after dinner:

1 piece of cooked fruit (such as pear)

Supper:

2 toasts

1 - L'alimentation dans la maladie rénale chronique.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une situation qui apporte de nombreuses questions par rapport à l'alimentation.

Le succès du traitement va dépendre d'une ferme collaboration de toute une équipe dans laquelle le patient est la partie la plus importante.

L'alimentation implique Presque toujours des changements dans les habitudes alimentaires, parfois difficiles à accepter.

Le rythme normal a la capacité d'excréter de l'eau et arrive à maintenir constants certains éléments importants à la vie comme le sodium, le potassium et le phosphore, en les éliminant à travers l'urine, quand ils sont en excès dans l'organisme. Parallèlement, il a une autre fonction très importante: l'excrétion Il est responsable de l'élimination des substances comme l'urée et la créatinine entre autres, qui résultant du métabolisme des protéines.

Dans l'IRC, les reins diminuent significativement leur fonction, ce qui fait que l'ingestion d'eau et minéraux doit être contrôlés afin qu'une accumulation pathologique dans l'organisme ne se produise pas. C'est dans ce contexte que l'alimentation joue un rôle très important pour éviter des situations aggravantes de l'IRC.

2 - Conseils généraux

- Vous devez chercher à faire 5 à 6 repas par jour, ne restant pas plus de 3 heures sans manger pendant la journée et 8 heures pendant la nuit. Vous ne devez pas sauter de repas car vous aurez davantage faim après.
- Vous devez bien mâcher les aliments et manger doucement.
- Vous devez éviter de regarder la télé ou lire pendant les repas.
- Vous devez éviter de mettre sur la table des plateaux d'aliments, pour éviter la tentation. Vous devez servir les aliments dans de petites assiettes et en petite quantités.
- Faire les courses avec une liste déjà programmée et après avoir fait un repas complet de façon à éviter de ramener des aliments pas appropriés.
- Les préparations recommandées sont : cuisson à l'eau, rôtie, et ragouts sans sauce. Eviter les aliments frits.
- Il est important d'éviter l'utilisation des bouillons de viandes et l'excès de sel qui peuvent être remplacés par des herbes aromatiques.

- Pour accompagner le pain vous devez préférer le fromage et le beurre maigre, en évitant d'ingérer des produits comme le "pepperoni," saucisson, jambon fumé et autres.
- Vous devez pratiquer des activités physiques quotidiennement: au moins 30 minutes de marche par jour, la durée pouvant augmenter avec le temps.

3 - Conseils relatifs à l'IRC et Hémodialyse.

3.1. Liquides

3.1.1. La quantité de liquide que vous pouvez ingérer quotidiennement correspond à 500 ml + volume d'urine.

3.1.2. Les principales sources de liquides sont :

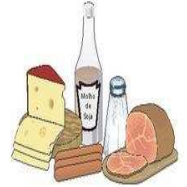
- Eau
- Soupes
- Jus de fruits, eaux gazeuses
- Boissons alcoolisées
- Thé
- Lait, yaourg liquide
- Café

3.1.3. Conseils techniques qui permettent de diminuer l'ingestion de liquides

3.2.4. Eviter de manger des aliments très condimentés (avec trop de sel ou picant)

3.2.5. Quand vous avez très soif, choisissez de sucer un glaçon (ATTENTION - 1 glaçon = 5ml)

3.2. Sodium



3.2.1. Les principales sources de sodium sont:

- **Produits de charcuterie** (saucisse et saucisson, jambon normal et fumé)
- **Beignets, tartes, petits fours et vols- au- vent**
- **Morue**
- **Produits industrialisés** (*pizzas, fast food*), **près confectionnés ou en conserve**
- **Sauces** (par exemple Ketchup et mayonnaise)
- **Bouillons de viande aromatisés en cube**
- **Eaux minérales riches en sodium** (eau gazeuse)
- **Amuses – gueles apéritifs** (par exemple Olives, lupins, pistaches, cacahuètes)
- **Queijos** (excepto, queijo fresco, requeijão e queijo flamengo)
- **Fromages** (à l'exception de fromages frais, fromage caillé et fromage flamengo)

3.2.2. Conseils techniques qui permettent de diminuer la quantité de sodium ingérée:

- Eviter de consommer des repas pré-préparés en préférant des repas faits maison ;
- Utiliser des herbes aromatiques, épices et jus de citron de façon à réduire la quantité de sel;



3.3. Potassium

3.3.1. Les principales sources de potassium sont :

- **Les légumineuses** (par exemple haricots, pois chiches, petits pois, lentilles, haricots secs, fèves)
- **Les légumes** (par exemple cresson, pommes de terre, céleri, betteraves, champignons, épinards, choux, tomates et citrouilles)
- **Fruits frais et jus de fruits**(par exemple bananes, kiwis, melons, papaye, raisin, tangerine, agrumes, marrons)
- **Fruits secs** (par exemple figues, raisins secs, pruneaux)
- **Fruits huileux** (par exemple cacahuètes, noix de cajou)
- **Produits intégrales** (par exemple gateaux, céréales et pain complet)
- **Substitus du sel** (par exemple glutamate monosodique)

- **Aliments avec un taux de sel bas** (par exemple le jambon sans sel: (dans celui-ci le sel est remplacé par du potassium))
- **Soja avec écorce**
- **cacao**

3.3.2. Conseilles/techniques qui permettent diminuer le contenu de potassium des aliments:

3.2.5. Spoliation de potassium:

La spoliation de potassium est une technique très importante dans la confection des légumes (patate, carotte, oignon, poireaux, navet, choux, feuille de navets, salads_)

La spoliation doit être de la suivante façon:

- Peler et coupe les aliments en petits morceaux et les mettre à tremper au moins 8 heures avant la confection, en changeant l'eau au moins deux fois. Descascar e cortar os alimentos em pedaços pequenos e coloca-los de molho durante pelo menos 8 horas antes da confecção, mudando a água pelo menos 2 vezes;
- Quand vous serez en train de confectiner les aliments vous devez utiliser de l'eau en abondance de façon à les recouvrir totalement.
- Vous devez aussi changer l'eau de cuisson quand elle se met à bouillir. Vous ne devez pas ajouter du sel ou autres substances aux eaux de cuisson.

3.2.6. Peler les fruits et mangez-les de préférence cuits plutôt que nature
a casca da fruta e preferir ingerir fruta cozida, em vez de fruta cru



3.4. Phosphore

Si les valeurs analytiques de phosphore sont altérées il est nécessaire de faire une diète avec restriction de phosphore. Cependant, comme les aliments riches en phosphore sont les aliments qui fournissent des protéines, il n'est pas commun d'en faire une restriction

3.4.1. Les principales sources de phosphore sont:

- Viande/Poisson
- Jaune d'oeuf
- Lait et dérivés (Yaourt et fromage)

	Recomendations
Lait et dérivés	Vous devez préférer le lait écrémé, yaourt maigre sans sucre , sans morceaux de fruits et sans céréales) fromage maigre (jusqu'à 30 pour cent de matière grasse). Pouvant se remplacer entre eux: 2 dl de lait ou 1 yaourt ou une tranche fine de fromage ou 1 petit fromage frais ou ¼ de fromage caillé.
Viande et poisson	Vous devez préférer la viande maigre (lapin, poulet, dinde,) à la viande rouge, viscères, panes ou produits de charcuterie. Vous devez éviter le poisson frit, beignets de morue et filets panés.
Oeufs	Vous devez éviter la consommation d'oeufs, surtout le jaune d'oeuf.
Pain et Céréals	Vous devez préférer le pain blanc, biscottes et biscuits secs (Maria). 1 petit pain ou 2 tranches fines de pain de campagne ou 4 biscottes ou 5 biscuits secs
Legumineuses Et Farineux	Vous devez réduire au maximum la consommation de légumineux(haricots, pois chiches, fèves, petits pois, lentilles) 2 patates de la taille d'un oeuf ou 3 cuillerées à soupe de riz cuit ou 3 cuillerées à soupe de pâtes cuites.
Fruits et vegetaux	Vous pouvez ingérer deux fruits par jour, de préférence cuits et sans la peau(à l'exception de ceux signalés comme riches en potassium) Les légumes cuits doivent être confectionnés à travers la technique de spoliation de potassium et doivent être consommés en petites quantités. Vous devez éviter la consommation de salades(légumes crus) particulièrement les tomates.
Boissons	Vous devez supprimer la consommation de réfrigérants, jus de fruits naturels, nectares, boissons gazeuses et boissons alcoolisées. Optez pour boire de l'eau en petites quantités (voire page _)
Graisse	Vous devez préférer l'huile d'olive pour cuisiner, Utiliser les matières grasses en quantités modérées, en évitant les huiles, margarines, beurres, graisse de porc et sauces(par exemple, mayonnaise, moutarde ,ketchup).
Autres	Eviter ingéré sucrerie (chocolat et gateaux), salées (croquettes, feuilletées, chamousses, baignet au crevettes) et fast-food (hamburguers, pizzas.). Vous devez eviter aussi la consommation de chewing-gum et bonbons.

4 – EXEMPLE DE MENU ALIMENTAIRE

Petit- déjeuner:

1 petit verre de lait maigre(150 ml) avec 1 petit pain blanc avec de la margarine maigre sans sel, OU 1 petit fromage maigre.

Milieu de la matinée:

1 yaourt maigre sans sucre (sans morceaux de fruits et sans céréales)

Déjeuner:

Soupe de légumes (sans haricots, pois chiches, fèves, petits pois, lentilles) - MOITIE d'une tasse.

Plat principal

100 à 150 grammes de viande ou poisson

- 2 patates de la taille d'un oeuf ou 3 cuillerées à soupe de riz ou 3 cuillerées à soupe de pâtes cuites

- légumes cuits en petites quantités(1/4 de l'assiette)

2 heures après le déjeuner:

- 1 fruit cuit (par exemple pomme cuite)

Gouter

1 petite tasse d'infusion (100 ml) avec 1 pain blanc avec de la margarine sans sel OU 1 petit fromage maigre

1 heure après le dîner

1 fruit cuit (par exemple poir cuite)

Souper:

2 biscottes

