

Guia de Boas Práticas para Cuidadores

Coordenação

Marília Dourado / Liliana Henriques / Rita Taipina Marques



GUIA DE BOAS PRÁTICAS PARA CUIDADORES

Coordenação:

Marília Dourado

Liliana Henriques

Rita Taipina Marques



Lidel – edições técnicas, lda.
www.lidel.pt

ÍNDICE

Autores.....	IX
Introdução	XIII
<i>Marília Dourado, Lílana Henriques, Rita Taipina Marques</i>	
Siglas, Abreviaturas e Acrónimos	XV
1. Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas: Lugares de Vida <i>Amélia Martins, Rosa Cândida Melo, Lílana Henriques</i>	
Cuidar envolvendo a pessoa, com zero cuidados em força.....	2
Respeito pela singularidade e intimidade: a preservação do sono	5
Viver e morrer de pé: promoção da verticalidade	8
Abertura da estrutura ao exterior	10
Lugar de vida, lugar de vontades e onde se deseja viver	12
2. Confidencialidade e Privacidade	
2.1 Confidencialidade e Privacidade na Prática do Cuidado.....	19
<i>Rita Taipina Marques, Lílana Henriques, Marília Dourado</i>	
2.2 Questões Legais e Éticas	23
<i>André Dias Pereira, Carla Barbosa</i>	
3. Independência e Autonomia <i>Rita Taipina Marques, Lílana Henriques, Marília Dourado</i>	
Negociar como estratégia	36
4. Comunicação na Prática do Cuidar <i>Marília Dourado, Anabela Araújo Pedrosa</i>	
Comunicação	41
Qual a importância da comunicação?.....	42
Como fazer?	43
Atenção à comunicação verbal.....	44

Atenção à comunicação não verbal.....	46
Barreiras à comunicação	47
5. Promoção do Autocuidado: Situações de Dependência <i>Marília Dourado, Hugo Neves</i>	
Promoção do autocuidado.....	52
Implicações éticas e na imagem de si como pessoa.....	59
Cuidar da higiene pessoal e uso da casa de banho	60
Alimentação	65
Mobilidade: virar-se, transferir-se, erguer-se, andar.....	67
6. Abuso e Violência <i>Marília Dourado, Hugo Ribeiro</i>	
Abuso e violência institucional	74
Abuso e violência sobre idosos e vulneráveis.....	84
7. Dependência e Reabilitação <i>João Páscoa Pinheiro, Jorge Laíns, João Paulo Branco, Pedro Figueiredo, Joana Santos-Costa, João Santos Faria, João Nuno Malta, António Azenha</i>	
O que é a medicina física e de reabilitação?	89
Quais as áreas de intervenção no âmbito da dependência do doente?.....	90
O que fazer perante o aumento de pessoas com deficiências e incapacidade?	92
Quais as consequências das alterações na funcionalidade (da dependência) ao nível pessoal, familiar e da sociedade?.....	93
Quais as formas de incapacidade funcional na pessoa com acidente vascular cerebral?.....	96
Como planear o regresso à instituição?.....	96
Quais as competências e o papel do cuidador?	97
A imobilidade é benéfica ou prejudicial?	99

Quais os principais efeitos da imobilidade prolongada?	99
Como prevenir ou reverter as sequelas de imobilidade?	100
Como identificar e valorizar a dor no indivíduo dependente?	100
Como estimular as atividades de vida diária no doente que sofreu um acidente vascular cerebral?	102
Como identificar sinais de disfagia no doente dependente?	103
O que é um produto de apoio?	104
Como obter apoio financeiro para custos com produtos de apoio?	105
Em que contexto e com que objetivo realizar uma visita domiciliária? O que deve ser avaliado?	106
8. Atenção aos Pormenores	
<i>Marília Dourado, Rita Taipina Marques, Liliana Henriques</i>	
Para melhorar o cuidado aos utentes com dificuldades visuais...	112
Para melhor cuidar e comunicar com utentes com dificuldades auditivas	113
Para melhor cuidar e comunicar com utentes com sequelas de acidente vascular cerebral	114
Dificuldades de comunicação e do cuidar utentes com demência	115
Índice Remissivo	119

AUTORES

Coordenadoras/Autoras

Marília Dourado

Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC); Coordenadora do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos da FMUC; Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Medicina da Dor da FMUC; Diretora do Centro de Estudos e Desenvolvimento de Cuidados Continuados e Paliativos (FMUC).

Liliana Henriques

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Mestre em Cuidados Continuados e Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Assistente Convidada da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Formadora na área da Metodologia de Cuidado Humanidade, no Instituto Gineste-Marescotti (IGM) Portugal, Via Hominis, CRL; Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de Lisboa em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Rita Taipina Marques

Gerontóloga em contexto institucional e na comunidade; Mestre em Cuidados Continuados e Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Formadora e Consultora em Gerontologia.

Autores

Amélia Martins

Licenciada em Serviço Social; Doutorada em Psicologia Cognitiva pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Investigadora no Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Humano e Social da Universidade de Coimbra; Formadora em Snoezelen e em/na área da Metodologia de Cuidado Humanidade no Instituto Gineste-Marescotti (IGM) Portugal, Via Hominis, CRL.

Anabela Araújo Pedrosa

Psicóloga Clínica do Serviço de Psicologia Clínica do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; Investigadora no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCE/UC).

André Dias Pereira

Professor Auxiliar da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Presidente da Direção do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Vice-Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

António Azenha

Assistente Hospitalar Graduado do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Carla Barbosa

Licenciada em Direito; Pós-graduada em Direito da Medicina; Investigadora e Associada do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Investigadora do Instituto Jurídico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Membro da Comissão de Ética da Administração Regional de Saúde – Centro; Membro do Conselho Redatorial da *Lex Medicinæ* – Revista Portuguesa de Direito da Saúde.

Hugo Neves

Professor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Mestre em Enfermagem; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Investigador da The Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E).

Hugo Ribeiro

Médico e Coordenador da Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos do ACeS Gaia; Assistente Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Investigador do Centro de Investigação em Meio

Ambiente, Genética e Oncobiologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Doutorando em Cuidados Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Joana Santos-Costa

Assistente Hospitalar do Serviço de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

João Santos Faria

Médico Interno de Formação Específica em Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

João Nuno Malta

Médico Interno de Formação Específica em Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE.

João Páscoa Pinheiro

Assistente Hospitalar Graduado Sênior de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

João Paulo Branco

Assistente Hospitalar Graduado em Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; Professor Auxiliar Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Jorge Laíns

Diretor do Departamento de Medicina Física e de Reabilitação e Diretor do Internato Médico do Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro – Rovisco Pais; Professor Convidado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Diretor Clínico da Clínica de Medicina Física e de Reabilitação da Associação de Beneficência Popular de Gouveia.

Pedro Figueiredo

Assistente Hospitalar de Medicina Física e de Reabilitação do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE; Assistente Convidado da Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra.

Rosa Cândida Melo

Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC); Investigadora na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E) da ESEnfC; Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem – Gestão de Unidades de Cuidados e do Curso de Pós-Graduação em Gestão de Unidades de Saúde.

INTRODUÇÃO

O presente *Guia de Boas Práticas para Cuidadores* é o resultado do interesse e da motivação de um grupo de profissionais de várias áreas que se dedicam a partilhar conhecimento e experiências de cuidar de pessoas idosas/dependentes e vulneráveis.

A ideia surgiu quando uma das Coordenadoras se viu confrontada, no seu dia a dia numa estrutura residencial para pessoas idosas (ERPI), com algumas atitudes que, sem serem propositadas, configuravam, na sua interpretação, atropelos à dignidade do ser humano.

O envelhecimento, cada vez mais marcado, da população impõe desafios a vários níveis, como é exemplo a crescente procura de instituições de apoio e de prestação de cuidados por uma população cada vez mais idosa e que, por isso, se encontra em risco de perder a independência e/ou a autonomia. As estruturas prestadoras de cuidados de saúde e apoio social, em particular as ERPI, veem-se, assim, confrontadas com a necessidade de dar resposta e de refletir sobre esta realidade. Parece claro que a prestação de cuidados formais a uma população cada vez mais idosa será necessária por períodos de tempo cada vez mais longos, pelo que as ERPI terão de se preparar para responder adequadamente a esta procura.

Conhecendo algumas realidades institucionais deste tipo de respostas, a principal motivação para elaborar este guia foi a vontade de partilhar saberes e, desta maneira, ajudar os seus trabalhadores e os cuidadores formais a cuidar melhor dos seus utentes/idosos, a humanizar os seus gestos de cuidar e a valorizar as boas práticas.

Consideramos que a promoção do bem-estar “total” dos residentes em ERPI passa, necessariamente, por dotar os seus cuidadores formais de bons conhecimentos técnico-científicos e práticos, que devem ser permanentemente atualizados, sobre todos os aspetos que influenciam a vida do indivíduo. É essencial que conheçam melhor a realidade dos seus utentes. O motor da sua ação terá de ser o saber quem é, no mais fundo da sua singular complexidade, aquele ser humano cujo bem-estar e conforto está sob a sua responsabilidade, respeitá-lo em todos os seus direitos e procurar responder, adequadamente, às necessidades.

Nas próximas páginas encontra-se uma reflexão sobre a importância de cada cuidador formal numa ERPI e a relevância de cuidar de forma digna aqueles que estão sob a sua responsabilidade. Serão também fornecidas algumas informações úteis de como prestar estes serviços, a partir das necessidades reais de utentes que vivem em ERPI, e a importância dos mesmos para a melhoria da qualidade de vida do utente.

Em suma, o objetivo deste guia é providenciar orientações práticas e simples, mas úteis, para os cuidadores formais que trabalham no contexto de ERPI.

Marília Dourado

Liliana Henriques

Rita Taipina Marques

(Coordenadoras)

1

ESTRUTURAS RESIDENCIAIS PARA PESSOAS IDOSAS: LUGARES DE VIDA

Amélia Martins, Rosa Cândida Melo, Liliana Henriques

INTRODUÇÃO

No sentido da dignificação da pessoa institucionalizada em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) é fundamental realizar mudanças na cultura organizacional, ainda muito centrada no cumprimento de normas e nas tarefas a executar, de forma a transformar-se num cuidado integral e integrado, cuidando da pessoa e respeitando as suas particularidades como ser humano.

Neste capítulo, pretende-se analisar e refletir, de modo simples, sobre os princípios orientadores de boas práticas do cuidar preservando a dignidade da pessoa idosa.

O texto está estruturado com base nos princípios da filosofia de cuidado humanidade, orientadores das boas práticas, nomeadamente:

- Cuidar envolvendo a pessoa, com zero cuidados em força;
- Respeito pela singularidade e intimidade;
- Viver e morrer de pé;
- Abertura da estrutura ao exterior;
- Lugar de vida, lugar de vontades e onde se deseja viver.

Temos diante de nós um capítulo simples, mas útil, escrito por profissionais de cuidados com experiência em cuidar de pessoas idosas. É um texto orientado para os cuidadores em ERPI que, por vezes, se vêm confrontados com vários desafios no cuidar, necessitando de sugestões e estratégias para minimizar as dificuldades sentidas e facilitar o seu trabalho.

Ao longo dos diferentes pontos deste capítulo são analisadas algumas das situações mais comuns no dia a dia institucional. Todos os aspetos técnicos mais diretamente ligados às questões de saúde, como causas, diagnósticos

2.2 QUESTÕES LEGAIS E ÉTICAS

André Dias Pereira, Carla Barbosa

ENQUADRAMENTO LEGAL E ÉTICO

A privacidade entendida como um direito fundamental existe na ordem jurídica portuguesa desde a década de 60 do século xx, momento em que se reconhece um direito geral à proteção da vida privada, no Código Civil de 1966.

Com a Constituição da República Portuguesa (CRP), já na versão de 1976, emerge o direito à autodeterminação informacional enquanto direito fundamental autónomo.

O reconhecimento do direito à reserva da intimidade da vida privada (artigo 26.º da CRP), bem como a sua efetiva consagração legislativa, é um fenómeno relativamente recente, fruto de uma sociedade de informação contemporânea que colocou na ordem do dia a falta de intimidade e de privacidade dos cidadãos.

O direito à autodeterminação informacional é, pois, tutelado como um direito fundamental previsto no artigo 35.º da CRP, sendo a otimização de um outro direito fundamental – o direito à reserva da intimidade da vida privada (artigo 26.º da CRP).

Este direito implica a concretização de uma série de outros pequenos direitos, dos quais os mais relevantes são o direito ao controlo de dados (que engloba o direito de retificação, de atualização, de conhecimento da finalidade), o direito à não difusão (impedindo o acesso de terceiros e a interconexão de ficheiros) e o direito ao não tratamento de dados sensíveis sem consentimento ou autorização legal. Os dados relativos à vida privada (que englobam os dados de saúde) só poderão ser objeto de tratamento caso o titular desses dados o tenha previamente consentido (artigo 35.º, n.º 3, da CRP) ou a lei autorize o seu tratamento.

De referir, ainda, que de acordo com o artigo 35.º, n.º 4, da CRP, é proibido o acesso a dados pessoais de terceiros, salvo em casos excecionais previstos na lei.

São vários os diplomas que, em Portugal, regulamentam o tratamento de informação de saúde. Os principais são, sem dúvida, o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD), a Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução do RGPD em Portugal, e a Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro (e a respetiva regulamentação – Decreto-Lei n.º 131/2014, de 29 de agosto).

Os dados pessoais de saúde pertencem às denominadas categorias especiais de dados, os quais, por esse motivo, merecem uma tutela reforçada da legislação. Desde logo, há uma proibição do tratamento destes dados. Proibição que não é, no entanto, absoluta.

A licitude do tratamento dos dados pessoais pertencentes a estas categorias especiais pode assentar em vários fundamentos, que estão elencados no artigo 9.º do RGPD.

Quando falamos de dados pessoais de saúde, o respetivo tratamento será lícito se, por um lado, existir o **consentimento do titular dos dados pessoais** ou, por outro, **se existir uma autorização legal** ou estivermos perante um dos outros fundamentos de licitude previstos no RGPD.

Quando falamos de tratamento de dados pessoais para fins assistenciais, não há lugar à obtenção do consentimento, porquanto a lei estabelece uma autorização legal.

QUESTÕES PRÁTICAS

Questão 1:

Os profissionais envolvidos nos cuidados de saúde de um utente podem conversar entre si sobre os dados de saúde e fazer circular a informação de saúde?

Resposta: **Depende, atualmente podemos falar no conceito de segredo partilhado.**

A prestação de cuidados de saúde evoluiu e hoje deixámos de ter presente a tradicional relação de um paciente com um profissional de saúde,

Lembre-se:

- Mesmo que os utentes estejam fisicamente muito dependentes, não é por isso que perdem a sua autonomia;
- O exercício da autonomia está relacionado com a capacidade de tomar decisões ou, pelo menos, poder opinar sobre “o que quero/gosto” ou o que “não quero/não gosto”;
- As pessoas com demência ou outras doenças que afetem a sua capacidade de decidir devem ser estimuladas a tomar decisões, por pequenas que sejam, sobre como gostam de ser cuidadas;
- **O não faz-se sempre ouvir!** A pessoa pode não conseguir transmitir verbalmente o que quer, ou como gosta de ser cuidada, mas as manifestações de desconforto, como agitação, gemidos, gritos ou recusa de cuidados, são uma forma de dizer que não estão a gostar de algo ou da forma como estão a ser cuidadas. Vamos todos estar atentos ao não verbal dos idosos, porque também essa é uma forma de respeitar a sua vontade;
- **Dê tempo** para a pessoa poder expressar a sua opinião;
- **Não obrigue** o residente a participar em atividades lúdicas, religiosas ou desportivas contra a sua vontade.

NOTA FINAL

Um aspeto particularmente desafiante no cuidado ao idoso é olhar para a pessoa para além da doença, da fragilidade ou da limitação que esta possa ter. Relembrar que por trás de um corpo frágil e com limitações pode estar uma pessoa capaz de tomar decisões sobre a sua vida e sobre a forma como gosta de ser cuidada. O inverso também pode acontecer, podemos ter idosos ainda com muita funcionalidade e independentes, mas com comprometimento na tomada de decisão e, conseqüentemente, no exercício da sua autonomia. Aos cuidadores é, por isso, solicitada a avaliação de cada utente com a constante preocupação em promover a independência da pessoa e em permitir o exercício da sua autonomia.

4 COMUNICAÇÃO NA PRÁTICA DO CUIDAR

Marília Dourado, Anabela Araújo Pedrosa

INTRODUÇÃO

É essencial consciencializarmo-nos acerca da importância da comunicação, e que a mesma não depende apenas das palavras. De forma mais ou menos consciente, mesmo sem querermos, o nosso corpo também “fala”.

Em qualquer instituição prestadora de cuidados ao outro, a comunicação é um instrumento de trabalho que, quando bem utilizado, contribui para maior bem-estar e qualidade de vida dos utentes, assim como para ganhos em saúde.

Podemos afirmar que, de um modo geral, os utentes avaliam a qualidade dos cuidados que recebem a partir da sua experiência comunicacional direta com aqueles (prestadores/técnicos de saúde) que lhes prestam.

COMUNICAÇÃO

A comunicação eficaz acontece quando as informações e significados que o emissor procura partilhar são percebidos pelo recetor com distorção mínima, ou seja, o mais próximos possível do pretendido. Uma informação mal transmitida ou mal recebida pode influenciar negativamente o utente e interferir nas relações com colegas de trabalho (Figura 4.1).



Figura 4.1 – Componentes básicas do processo de comunicação, verbal e não verbal.

Lembre-se:

- É impossível não comunicar;
- Todo o nosso comportamento funciona como comunicação e toda a comunicação afeta o nosso comportamento;
- A comunicação como conjunto de competências é essencial para os profissionais de saúde e para os cuidadores;
- É fundamental que comunique de forma eficaz;
- Parte considerável da insatisfação dos utentes com a qualidade dos serviços que lhe são prestados está diretamente relacionada com o desempenho comunicacional dos profissionais;
- A eficácia da comunicação é central aos cuidados que presta aos “seus utentes”. Promova-a desde o primeiro contacto, pois dela dependem as interações futuras.

QUAL A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO?

A comunicação pode ter efeitos benéficos em qualquer organização, mas para isso é essencial que seja eficaz. Em estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI), de qualquer tipologia, não é possível prestar bem os cuidados necessários sem conhecer os sentimentos, os desejos, as necessidades e as preocupações dos residentes.

Por isso, antes de prestar qualquer cuidado, ou em qualquer atividade com o residente, deve informá-lo de maneira clara sobre o que vai fazer, assim como sobre o que espera da participação/colaboração do mesmo para

Exercício para refletir:

Desafiamo-lo a pensar em todos os gestos que executa quando toma banho: os movimentos que necessita de realizar, o equilíbrio que tem de manter, a coordenação que terá de existir entre os vários movimentos, o ajuste da temperatura da água, etc.

Refleta também como se sente quando usa um produto de higiene (por exemplo, champô) que tem um odor diferente do que está habituado, um perfume que não é o seu, quando não se barbeia há mais dias do que o habitual.

Pense como se sente quando se olha ao espelho e, ao ver-se com uma roupa que não gosta, a troca imediatamente.

E se a partir de agora fosse outro a selecionar e a fazer tudo isto por si?

Cuidar da higiene pessoal é claramente a atividade em que a pessoa cuidada se encontra mais vulnerável, em que existe a maior invasão da privacidade. É, porventura, o momento que requer maior sensibilidade por parte do cuidador e no qual o conceito de "auto" ou seja, do próprio, tem de ser mais integrado na prestação de cuidados.

Exercitar o tomar banho implica que a pessoa deve ser estimulada para plenamente se cuidar e, neste sentido, selecionar e obter os objetos para o banho (sabonete/gel de banho, champô, cremes hidratantes e outros) e a roupa para depois usar. Implica também treinar e ser capaz de abrir a torneira, regular a temperatura e fluxo da água, e secar a superfície corporal. Também deverá exercitar e ser estimulada a pentear o cabelo, a barbear-se (se aplicável) e a fazer a higiene oral, assim como a cortar as unhas.

Um dos primeiros fatores a ser considerado será qual o momento e o local para a higiene:

- A higiene no leito está relacionada com um aumento significativo da dependência, apresenta limitações ao nível da mobilidade;
- A higiene no chuveiro permite uma posição promotora de maior mobilidade e, conseqüentemente, de menor dependência.

mecânico, pode diminuir para níveis patológicos (osteoporose) com a inatividade muscular e a eliminação da gravidade.

Do ponto de vista cardiorrespiratório, destaca-se a redução do débito cardíaco, com diminuição da capacidade aeróbia e hipotensão ortostática.

A imobilidade predispõe ainda a um aumento do risco tromboembólico, relacionado com a redução do volume plasmático, aumento da viscosidade do sangue e estase venosa.

COMO PREVENIR OU REVERTER AS SEQUELAS DA IMOBILIDADE?

É fundamental intervir precocemente, já que os efeitos da imobilidade estimulam um ciclo de incapacidade e inatividade adicional que acelera a perda funcional, aumenta a morbimortalidade e atrasa a recuperação.

Antes de mais, importa reduzir o período de imobilidade ao mínimo tempo necessário. Medidas simples, como o correto posicionamento e a alternância de zonas de pressão, têm um papel preventivo essencial, não devendo ser descuradas. O levantar progressivo e a deambulação devem ser iniciados precocemente (desde que reunidas as condições de segurança) e um programa cinesiológico funcional, que inclua mobilização articular, fortalecimento muscular, flexibilidade, equilíbrio e marcha, deve ser prescrito sempre que indicado.

A autonomia nas AVD deve ser incentivada e/ou treinada, garantindo as adaptações eventualmente necessárias, como estratégias de conservação de energia ou utilização de produtos de apoio (por exemplo, auxiliar de marcha ou cadeira de banho).

COMO IDENTIFICAR E VALORIZAR A DOR NO INDIVÍDUO DEPENDENTE?

A dor é um dos sintomas mais frequentes e de maior impacto negativo nos doentes dependentes. Existem diferenças na abordagem e gestão

Guia de Boas Práticas para Cuidadores

As estruturas residenciais para pessoas idosas (ERPI) são essenciais na prestação do cuidado à população idosa, num contexto em que tanto o suporte social como o familiar não conseguem oferecer os cuidados necessários a esta população.

Devem, por isso, ser estruturas preparadas para este exigente desafio, e os seus colaboradores necessitam de ter a devida formação, para que se encontrem mais aptos para desempenhar o nobre papel a que se propõem. Este guia propõe-se a contribuir para o enriquecimento dos conhecimentos acerca do cuidar e como cuidar bem, no pleno respeito pelo outro. É um livro de consulta simples, com orientações acessíveis sobre algumas estratégias a adotar na prestação de cuidados e intervenções de qualidade, que preservem a dignidade e os direitos da pessoa idosa e/ou dependente, divulgando conhecimento centrado na prática.

O Guia de Boas Práticas para Cuidadores destina-se a todas as pessoas envolvidas no processo de cuidar de pessoas idosas ou dependentes, pelo que será útil para todos os interessados nesta área, sejam cuidadores formais ou não.

Coordenação:

Marília Dourado

Professora Associada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC); Coordenadora do Mestrado em Cuidados Continuados e Paliativos da FMUC; Coordenadora do Curso de Pós-graduação em Medicina da Dor da FMUC; Diretora do Centro de Estudos e Desenvolvimento de Cuidados Continuados e Paliativos (FMUC).

Liliana Henriques

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação; Mestre em Cuidados Continuados e Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Assistente Convidada da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra; Formadora na área da Metodologia de Cuidado Humanidade no Instituto Gineste-Marescotti (IGM) Portugal, Via Hominis, CRL; Doutoranda em Enfermagem na Universidade de Lisboa, em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Rita Taipina Marques

Gerontóloga em contexto institucional e na comunidade; Mestre em Cuidados Continuados e Paliativos pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Formadora e Consultora em Gerontologia.

