

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

**A Saúde dos Cuidadores Familiares de Idosos
Dependentes: Um Projeto de Intervenção de Enfermagem
Comunitária na UCC de Vila Franca de Xira**

Susana Patrícia Faustino

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária
Relatório de Estágio

**A Saúde dos Cuidadores Familiares de Idosos
Dependentes: Um Projeto de Intervenção de Enfermagem
Comunitária na UCC de Vila Franca de Xira**

Susana Patrícia Faustino

Orientador: Professora Doutora Maria Manuel Quintela

Co-Orientador: sem Co-Orientador

Lisboa

2017

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À professora Doutora Maria Manuel Quintela, que me incentivou e orientou na elaboração desta dissertação de mestrado. O seu apoio, disponibilidade e dedicação foram determinantes para a conclusão deste trabalho;

À enfermeira Susana Pires, pela sua orientação no contexto clínico que ao envolver-se neste projeto permitiu a realização deste estágio de forma enriquecedora;

À equipa multidisciplinar da UCC de VFX, pelo acolhimento, incentivo e disponibilidade;

A todos os cuidadores familiares e idosos dependentes que durante o meu percurso enquanto mestranda deram-me a conhecer a sua realidade e partilharam comigo as suas necessidades e dificuldades;

À minha família, e em especial ao meu companheiro Miguel, pelo seu apoio e compreensão;

Aos meus colegas e amigas pela amizade, carinho e apoio.

A todos, os meus mais sinceros agradecimentos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

AVD'S - Atividades de Vida Diária

ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CADI - Índice para Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CCI - Cuidados Continuados Integrados

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

INE - Instituto Nacional de Estatística

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

VFX - Vila Franca de Xira

RESUMO

O acentuado envelhecimento da população portuguesa (INE 2015), reflete-se no aumento de necessidades de saúde específicas da população idosa, designadamente na prestação de cuidados no domicílio. Para tal é necessário existirem pessoas que prestem esses cuidados, sendo o cuidador familiar uma figura fundamental na prestação de cuidados a essas pessoas, sendo necessário incluí-los no planeamento dos cuidados das equipas de saúde.

Este projecto foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade de Vila Franca de Xira, Equipa de Cuidados Continuados Integrados com 19 cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes, tendo como objetivo identificar as dificuldades sentidas por esses cuidadores, com a finalidade de capacitá-los para minimizar essas dificuldades e promover a saúde. Tivemos como principal referencial teórico a teoria geral do *déficit* do auto-cuidado Dorothea Orem (Orem, 1993) e como metodologia o Planeamento em Saúde (Tavares, 1990). Para realizar o diagnóstico da situação, foi feita a colheita de dados através da aplicação do CADI - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (Brito, 2000 e Sequeira, 2010). De acordo com o diagnóstico de situação os cuidadores indicaram como as principais dificuldades quatro tipos de problemas relativos às categorias “Restrições Sociais”; “Exigências do Cuidar”, “Reações ao Cuidar” e “Problemas Relacionais”. De acordo com o referencial teórico de Dorothea Orem (1993) e com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), o diagnóstico de enfermagem revelou *défice* de autocuidado. Assim, foram desenvolvidas estratégias para que os cuidadores familiares de idosos dependentes acompanhados pela ECCI melhorassem o seu autocuidado. Como estratégia central de intervenção optou-se pela realização de Sessões de Educação para a Saúde, em grupo e individuais. Após a implementação destas estratégias verificou-se que os cuidadores melhoraram o seu “sentir” relativamente às categorias do CADI que tinham sido anteriormente identificadas como problemas prioritários, enfatizando a importância do suporte da enfermagem comunitária a estes cuidadores.

Palavras-chave: Cuidadores Familiares; Autocuidado; Planeamento em Saúde; Enfermagem Comunitária.

ABSTRACT

The marked aging of the Portuguese population (INE 2015) is reflected in the increase of specific health needs of the elderly population, namely in the provision of home care. For doing this it is necessary to have people who provide such care with the family caregiver being a fundamental figure in the care of these people and it is necessary to include these family caregivers in the care planning of the health teams. Thus, the project chosen for the community nursing intervention stage were the family caregivers of dependent elderly people who are part of the Integrated Care Team of the Community Care Unit of Vila Franca de Xira, which is the target population for this study. The project aimed to identify the difficulties experienced by these family caregivers of dependent elderly people, in order to enable them to reduce these difficulties. The methodology of Health Planning (Tavares, 1990) was used, having applied the CADI - Caregiver Difficulty Assessment Index (Brito, 2000 and Sequeira, 2010). Participants in this project were 19 family caregivers who identified as main difficulties four types of problems related to the categories "social restrictions"; "Caring requirements", "caring reactions" and "relational problems". According to the theoretical reference of Dorothea Orem (1993) and the International Classification for Nursing Practice (CIPE), the nursing diagnosis was a self-care deficit. Thus, strategies were developed so that family caregivers of elderly dependent with ECCI improved their self-care. As a central intervention strategy, it was decided to hold Health Education Sessions in groups and individuals. After the implementation of these strategies, it was verified that caregivers improved their "sensitivity" and knowledge for the categories of CADI that had previously been identified as priority problems, emphasizing the importance of community nursing support to these caregivers.

Keywords: Family caregiver; Self-care; Health Planning; Community Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENVELHECIMENTO E CUIDADORES FAMILIARES	13
2. AUTOUIDADO E ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	22
3. METODOLOGIA: PLANEAMENTO EM SAÚDE	26
3.1. Diagnóstico de situação	26
3.1.1. Caracterização da ECCI de VFX	27
3.1.2. População Alvo e Amostra.....	29
3.1.3. Procedimento de Colheita de Dados	30
3.1.4. Questões Éticas.....	32
3.2. Apresentação e Análise dos Resultados	34
3.2.1. Caracterização do Utente Idoso no Domicílio.....	34
3.2.2. Caracterização dos Cuidadores Familiares e da Prestação de Cuidados ..	35
3.2.3. As Dificuldades Sentidas pelos Cuidadores Familiares	40
3.3. Determinação de Prioridades e Seleção de Estratégias	42
3.4. Fixação de Objetivos	44
3.5. Selecção de Estratégias	45
3.6. Preparação Operacional	47
3.7. Avaliação	51
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60

APÊNDICES

APÊNDICE I - Revisão *Scoping* da Literatura

APÊNDICE II - 1º Pedido de autorização ao Director do ACES Estuário do Tejo

APÊNDICE III - 2º Pedido de autorização à Directora do ACES Estuário do Tejo

APÊNDICE IV - Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador e da prestação de cuidados

APÊNDICE V - Pedido de autorização à professora Doutora Maria Luísa Brito

APÊNDICE VI - Consentimento Informado

APÊNDICE VII - Caracterização do utente idoso dependente no domicílio

APÊNDICE VIII - Determinação de prioridades dos problemas dos cuidadores familiares dos utentes da ECCI de VFX - Técnica de Comparação por Pares

APÊNDICE IX - Diagnósticos de Enfermagem

APÊNDICE X - Preparação Operacional 1ª sessão “Cuidar de um Familiar e Cuidar de Mim - Apoio ao Cuidador Familiar”

APÊNDICE XI - Preparação Operacional 2ª sessão “Manutenção Física e Relaxamento do Cuidador”

APÊNDICE XII - Preparação Operacional Calendário de Apoio ao Cuidador Familiar

APÊNDICE XIII - Convites para as Sessões de Educação para a Saúde

APÊNDICE XIV - Plano da 1ª Sessão “Cuidar de um Familiar e Cuidar de Mim - Apoio ao Cuidador Familiar”

APÊNDICE XV - Power Point 1ª Sessão “Cuidar de um Familiar e Cuidar de Mim - Apoio ao Cuidador Familiar”

APÊNDICE XVI - Questionário de Satisfação da 1ª Sessão “Cuidar de um Familiar e Cuidar de Mim - Apoio ao Cuidador Familiar”

APÊNDICE XVII - Calendário de Apoio ao Cuidador Familiar

APÊNDICE XVIII - Plano da 2ª Sessão “Manutenção Física e Relaxamento do Cuidador”

APÊNDICE XIX - Power Point 2ª Sessão “Manutenção Física e Relaxamento do Cuidador”

APÊNDICE XX - Questionário de Satisfação da 2ª Sessão "Manutenção Física e Relaxamento do Cuidador"

APÊNDICE XXI - Indicadores de processo das actividades desenvolvidas no projeto

APÊNDICE XXII - Satisfação dos cuidadores com a 1ª Sessão “Cuidar de um Familiar e Cuidar de Mim - Apoio ao Cuidador Familiar”

APÊNDICE XXIII - Satisfação dos cuidadores com a 2ª Sessão “Manutenção Física e Relaxamento do Cuidador”

ANEXOS

ANEXO I - Autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados

ANEXO II - Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)

ANEXO III - Índice de Barthel

ANEXO IV - Autorização da professora Doutora Maria Luísa Brito

ÍNDICE QUADROS

Quadro 1 - Caraterização dos Cuidadores segundo a idade, estado civil, escolariedade e profissão.....	37
Quadro 2 - Caraterização da prestação de cuidados dos Cuidadores Familiares de pessoas idosas acompanhadas pela ECCI VFX.	39
Quadro 3 - As principais afirmações em que os Cuidadores sentem mais dificuldades	42
Quadro 4 - O “sentir” dos Cuidadores relativamente às afirmações do CADl das categorias de intervenção prioritária na fase de diagnóstico e avaliação.....	52
Quadro 5 – Síntese de narrativas dos Cuidadores Familiares	54

INTRODUÇÃO

Aos progressos técnicos e científicos das sociedades contemporâneas está associado um aumento da esperança média de vida e conseqüentemente alterações no estado de saúde de cada indivíduo. Esta realidade demográfica reflete-se no aumento de necessidades de saúde específicas da população idosa.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE 2015) entre 2009 e 2014 observou-se, em Portugal, o decréscimo da população jovem (dos 0 aos 14 anos de idade) e da população em idade ativa (dos 15 aos 64 anos de idade), e simultaneamente o aumento da população idosa (com 65 e mais anos de idade). Estas alterações demográficas refletiram-se no aumento do índice de envelhecimento da população residente em Portugal (de 119 para 141 idosos por cada 100 jovens) e um aumento da idade média da população residente em Portugal de 42 para 43 anos de acordo com INE (2015). Estes valores podem aumentar até 2060 para 307 idosos por cada 100 jovens e a idade média da população pode aumentar para 51 anos.

Analisando os dados do INE (2015), verifica-se que, em Portugal, o Índice de Dependência dos idosos em 2014 era de 31,1%, mais 3,6% do que no ano de 2009. Esta conjuntura torna este grupo social como um dos maiores consumidores dos cuidados de saúde, pelo que tem surgido a necessidade de diferentes instituições sociais se reajustarem a esta realidade, bem como a necessidade da redefinição de políticas públicas.

Estes dados são um desafio e uma responsabilidade para os serviços de saúde, nomeadamente para os Cuidados de Saúde Primários (CSP), na implementação e melhoria de estratégias de intervenção comunitária, que mobilizem respostas que satisfaçam as necessidades específicas desta população (Direção Geral de Saúde, 2006). A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE, 2013) refere que em Portugal as pessoas com 75 e mais anos de idade são as mais dependentes em relação às suas atividades de vida diária. Para além disso, é referido o baixo nível de investimento nos cuidados aos idosos, onde o nosso país ocupa o 25º lugar dos países da OCDE, em número de cuidadores por cada mil pessoas com 65 e mais anos de idade.

Em Portugal o aumento do número de idosos e a incapacidade das instituições darem resposta às necessidades desta faixa etária leva à manutenção do idoso no domicílio.

Neste sentido, existe a necessidade de apoiar e de cuidar da família, que adquire neste contexto um papel preponderante na prestação de cuidados ao familiar idoso (Sequeira, 2010) através da identificação das dificuldades sentidas de modo a promover a autonomia dos cuidadores familiares; implementando intervenções adequadas que se possam traduzir em ganhos para quem cuida e para quem é cuidado (Martins et. al., 2014).

Foi sobre esta problemática que desenvolvemos este projeto, integrado no âmbito do 7º curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, na Unidade Curricular (UC) de Opção II – Estágio de Intervenção Comunitária. O objetivo principal deste estágio foi realizar um projeto de intervenção comunitária, com a finalidade de desenvolver competências para intervir junto de famílias, grupos e/ou comunidades.

De forma a delimitar o problema que pretendo estudar, foi realizada uma revisão *scoping* da literatura, que teve como finalidade procurar a evidência científica disponível sobre a temática do projeto.

Partindo do tema “Saúde dos cuidadores familiares de idosos dependentes” foi formulada a pergunta de investigação em formato de **PCC**, de acordo com o que é sugerida no protocolo Joanna Briggs Institute (2015) (Apêndice I).

O diagnóstico de situação inciou-se no mês de fevereiro 2016, tendo sido concluído em dezembro do mesmo ano, na ECCL de Vila Franca de Xira (VFX).

Este projeto seguiu a metodologia do Planeamento em Saúde (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldes, 1993), baseando a sua intervenção sobre a saúde dos cuidadores familiares de pessoas idosas e na sua capacitação para o autocuidado, contrariamente à maioria dos estudos desta temática (Brito 2000; Figueiredo 2007; Azevedo 2010; Araújo 2010, Sequeira 2010; Ferreira 2013) em que o foco de intervenção se baseia na capacitação dos cuidadores familiares para as competências associadas ao papel de cuidador.

Embora sejam “ainda escassos, embora existentes, os estudos sobre as estratégias de intervenção, em particular dos enfermeiros, (...) na minimização do impacto negativo da prestação de cuidados” (Lourenço et. al., 2015, p.7). Há a

referir alguns estudos de enfermagem comunitária sobre a mesma temática: Paguia (2014), Proença (2015), Ferreira (2016) entre outros.

Neste sentido, este projecto foi importante para os cuidadores familiares porque demonstrou a importância do seu autocuidado, e ao mesmo tempo incentivou-os a desenvolverem competências neste âmbito procurando prevenir as complicações associadas ao papel de cuidador.

Este relatório encontra-se organizado em três capítulos: o primeiro intitulado Envelhecimento e Cuidadores Familiares aborda de forma sucinta a pertinência deste projeto face ao envelhecimento demográfico e explica de que forma a família adopta o papel de cuidador e as consequências que lhe estão associadas, destacando o défice de autocuidado; o segundo capítulo aborda a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (1993) e a relação com a Enfermagem Comunitária focando no papel privilegiado do enfermeiro de saúde comunitária no apoio e promoção na saúde dos cuidadores familiares.

O terceiro capítulo refere-se à metodologia utilizada, o qual é apresentado de acordo com as etapas da metodologia do Planeamento em Saúde de Tavares (1990) e de Imperatori e Giraldes (1993).

Por último, as considerações finais, onde se expõem as mais-valias e limitações do projeto, as competências desenvolvidas e uma reflexão sobre o estágio.

1. ENVELHECIMENTO E CUIDADORES FAMILIARES

Envelhecer é algo único, diferente de pessoa para pessoa, de sociedade para sociedade, é um processo complexo que depende de várias condicionantes e acontecimentos pessoais, sociais e culturais.

O envelhecimento como etapa de vida é um processo biológico inevitável, mas não é único, pois implica modificações somáticas e psicossociais, “as dimensões biológicas, sociais, e psicológicas interagem de forma ininterrupta de acordo com a interação humana, onde cada uma afecta e é afectada” (Sequeira, 2007, p.43).

As estatísticas a nível mundial vêm demonstrar como o envelhecimento é uma realidade crescente e transversal a todos os países. A idade que determina a velhice tem vindo a sofrer algumas alterações, pelo que uniformizar a idade que estabelece o início da velhice não tem sido possível, devido à diversidade das características específicas de cada população. Na literatura consultada não há consensualidade no que respeita à idade em que uma pessoa se torna “idosa”. Tanto a Organização das Nações Unidas (ONU) como a Organização Mundial da Saúde (OMS) assumem como critério etário para classificar a população idosa, a idade a partir dos 60 anos (OMS, 2014).

A OMS (2014) menciona que os países desenvolvidos aceitaram a idade cronológica de pessoas idosas a partir dos 65 anos e nos países em desenvolvimento a partir dos 60 anos. A classificação cronológica dos Censos Norte Americanos classificam cronologicamente os indivíduos como: “idosos jovens”, idade igual ou superior a 65 anos e inferior a 74 anos; “Idosos”, idade igual ou superior a 75 anos e inferior a 84 anos, e “Muito Idosos”, os indivíduos com idade igual ou superior a 85 anos (U. S. Census Bureau 1995). Paulette T. Beatty e Maria Alice Wolf (1996) classificam a idade cronológica nestas três categorias.

Nos países em desenvolvimento o limite da idade da reforma é frequentemente utilizado pelos governos para estabelecer um padrão para a definição de idoso, embora podendo ser variável, em função da profissão, país, sistema social ou cultura (OMS, 2014).

A DGS (2006) afirma que cada indivíduo reage, convive e encara o avanço da idade de maneira diferente. Em Portugal, a DGS (2006) define envelhecimento humano como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica,

psicológica e social dos indivíduos que se inicia antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida, onde cada uma das estruturas na sua singularidade é implicada e infere implicações nas outras (DGS, 2006; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010).

No âmbito deste projeto adoptamos a definição de idoso com idade igual ou superior de 65 anos, como a idade que determina o início da velhice.

A OMS (2015) refere que muitas vezes é assumido que o aumento da longevidade está a ser acompanhado por um período prolongado de boa saúde, sugerindo que os adultos de hoje apresentam uma saúde melhor do que os seus pais quando tinham a mesma idade. Para Lourenço, Figueiredo e Octávio de Sá (2015) “ainda não se conseguiu atingir a meta de adicionar qualidade aos últimos anos de vida de cada ser humano” (Lourenço, Figueiredo e Octávio de Sá, 2015, p. 3). A OMS chama atenção para a necessidade de investir num “envelhecimento activo”, definindo-o como “um processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (OMS, 2002, p.13), implicando uma ação não apenas do idoso, mas também da sua família e da sociedade geral.

Assim nem todas as pessoas envelhecem da mesma forma, nem o envelhecimento é sinónimo de doença, porém pode ser agravado ou acelerado por esta.

O envelhecimento e as suas consequências em termos sociais e de saúde, implicam intervenção da família, uma vez que esta se apresenta como uma entidade passível de prestação de cuidados, através do cuidador familiar.

Historicamente, a família tem sido nos países desenvolvidos, a principal responsável pela manutenção da autonomia dos seus membros, o que implica a prestação de cuidados em determinados contextos, nomeadamente no enfoque na manutenção dos idosos que necessitam de cuidados no domicílio, como estratégia para a promoção da sua autonomia e da sua dignidade (Figueiredo 2007, Lage 2007, Imaginário 2008, Andrade 2009, Sarmento et al. 2010 e Sequeira 2010).

O conceito de família tem sofrido alterações, tal como as funções de cada indivíduo que a compõe. As transformações que ocorrem nas famílias são devido à mudanças sócio-culturais e tecnológicas, cujas variáveis ambientais, sociais, económicas, culturais, políticas e/ou religiosas, têm vindo a determinar distintas estruturas e composições familiares (Sarmento, Pinto e Monteiro, 2010).

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2008) refere que já em 1994 a OMS afirmava que o “conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção” e que esta “é o grupo cujas relações são baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum” (OE, 2008, p.1).

As alterações na estrutura, na dinâmica da família na sua organização interna refletem-se na “diminuição do número médio de filhos, diminuição da fecundidade, aumento do número de pessoas sós, diminuição das famílias numerosas, aumento das famílias recompostas, em virtude do aumento do número de divórcios, aumento das uniões de facto e uniões livres, e o aparecimento das famílias homossexuais (Dias, 2011, p.142). As tendências demográficas estão também associadas a um forte crescimento dos agregados de pessoas a viverem sozinhas em alojamentos unipessoais, concorrem para alguma inversão da tendência de nuclearização, notando-se, sobretudo um recuo substancial dos casais com filhos (Delgado & Wall, 2014, p.58).

Estas transformações são sinónimas de manifestações atuais de um novo estilo de vida, em que se observa frequentemente a existência de variadas formas de viver e de existir. Para São José e Karin Wall (2006) a elevada participação feminina no mercado de trabalho, é igualmente uma consequência das alterações do conceito de família e do papel de cada membro.

Apesar das alterações na família, Martins (2014) afirma que esta continua a assumir o centro da solidariedade interpessoal assegurando o bem-estar e os cuidados necessários dos familiares idosos dependentes. Acrescenta ainda o autor que a família é, por excelência, um suporte da realização afetiva do indivíduo e, deste modo, não se pode descurar a importância indiscutível dos cuidados informais prestados em contexto domiciliário. Neste sentido a Assembleia da República, nos termos nº 136/2016 recomenda ao Governo que dê especial relevo ao papel da família na sociedade, com melhoria das condições e do bem-estar dos cuidadores familiares, de modo a garantir um maior poder de decisão e qualidade nos cuidados domiciliários para pessoas com défice de autocuidado.

Para Dias (2011) seja qual for “o modelo de família, ela é sempre um conjunto de pessoas consideradas como unidade social, como um todo sistémico onde se estabelecem relações entre os seus membros e o meio exterior” (Dias, 2011, p.141).

A família pode ser analisada num contexto global desde que envolva todos os conceitos que lhe concernem dentro das suas conjunturas, as quais envolvem várias

perspectivas disciplinares como o histórico, sociológico, antropológico e psicológico. Na perspectiva de autores como Relvas (1996), Alarcão (2000) e Figueiredo (2012) a família é sinónimo de uma coesão somente passível de ser analisada de uma forma holística, através de factores histórico e sociais, o qual perfaz uma unidade onde o todo é maior que a soma das partes. Para estes autores, o todo correspondente à família enquanto sistema integrante dentro de outros mais abrangentes, evoluindo em simultâneo com estes, onde a família se insere dentro das respectivas sociedades e comunidades.

O papel da família é reconhecido no contexto da sociedade-providência, sendo crucial ter atenção aos condicionalismos que envolvem as famílias atuais para se perceber em que medida podem ser responsabilizadas pela solidariedade para com os familiares em situação de dependência (Lage, 2007).

Para Lage “hoje, mais do que nunca, é necessário identificar as características das famílias, uma vez que são um factor importante para determinar as necessidades dos cuidados dos seus membros” (Lage, 2007, p.62).

Cuidar, segundo Honoré é “uma maneira de se ocupar de alguém, tendo em consideração o que é necessário para que ele realmente exista segundo a sua própria natureza, ou seja, segundo as suas necessidades, os seus desejos, os seus projectos” (Honoré, 2004, p. 17). Já para Collière (1999) o acto de cuidar é:

“um acto individual que prestamos a nós próprios desde que adquirimos autonomia, mas é igualmente um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporariamente ou definitivamente tem necessidade de ajuda, para assumir as suas necessidades vitais” (Collière, 1999, p. 235).

Cada pessoa é convidada a cuidar em numerosas circunstâncias, em determinado momento da sua vida quotidiana, sobretudo entre os mais próximos (Honoré, 2004). Para que as pessoas idosas possam ser cuidadas no seu meio domiciliário, com a melhor qualidade de vida possível, é necessário que alguém preste estes cuidados.

A família, enquanto principal responsável pela formação pessoal e social dos indivíduos desempenha um importante papel para a pessoa, pelo que é considerada um sistema social primário, dentro do qual o indivíduo é cuidado e se desenvolve a nível físico, pessoal e emocional (Sarmiento et al., 2010).

Neste contexto, a família desempenha uma função essencial no acompanhamento e apoio aos seus membros incapacitados e dependentes de

terceiros, por doença ou velhice, constituindo-se como o grupo primário de apoio e tendo um papel primordial no cuidado a longo prazo (Sequeira, 2010). Quando a família é confrontada com a necessidade de cuidar de um dos seus elementos que manifeste dependência nas suas atividades diárias, o que acontece frequentemente, as tarefas que advêm da atividade de cuidar não são distribuídas equitativamente por todos os seus elementos. Nesse contexto surge a figura do cuidador informal como resposta à manutenção da satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa com dependência (Melo et.al., 2014).

A prestação de cuidados pode traduzir-se num trabalho desgastante e exigente, tanto do ponto de vista físico, psíquico e afectivo. Requer uma grande disponibilidade de tempo e energia do cuidador o que poderá afectar a sua saúde e bem estar (Melo et.al., 2014).

Também São José e Karin Wall (2006) afirmam que "cuidar de uma pessoa idosa dependente pode traduzir-se num trabalho árduo e exigente, tanto do ponto de vista físico e afetivo" (São José e Karin Wall, 2006, p.128). Para Anderson (2017) os cuidadores familiares são vulneráveis ao surgimento de problemas, tanto ao nível da sua saúde física quanto mental, manifestando-se muitas vezes por lesões nas costas e no pescoço; ansiedade, depressão e stress (expressado através de queixas físicas tais como: dores de cabeça e sintomas no estômago), acabando por, manifestar um sentimento de incapacidade de lidar com a prestação de cuidados de saúde necessários ao seu familiar dependente.

Os cuidadores familiares necessitam ajuda para promover a sua qualidade de vida, saúde e bem estar (Figueiredo, Lima & Sousa, 2009). Na literatura consultada existem várias denominações utilizadas para designar os cuidadores.

Sequeira (2007) caracteriza o cuidador informal, como sendo habitualmente um membro da família que se responsabiliza diretamente pela totalidade dos cuidados, cuidando de forma sistemática, e por vezes solitária, já que não possui ajuda de outros membros da família. No estudo realizado por Lage (2007) referente ao impacto dos cuidados nos cuidadores informais, alerta "que na realidade, existe um cuidador principal que dá resposta às necessidades derivadas dos problemas" (Lage, 2007, p.74).

Para uma melhor clarificação da terminologia associada aos prestadores de cuidados importa distinguir as categorias de prestação de cuidados usadas, por alguns autores, nomeadamente a do cuidador formal e a do cuidador informal.

O cuidado formal corresponde à atividade profissional, que “é realizada por profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais)” (Sequeira, 2010, p.156). Estes são designados por cuidadores formais, uma vez que existe uma preparação específica para o desempenho do papel, podendo ser remunerados e/ou voluntários em hospitais, lares, instituições comunitárias, entre outras. Os cuidadores informais são definidos como pessoas, habitualmente da família, amigos, vizinhos e outros que têm a responsabilidade da prestação de cuidados, preferencialmente no domicílio (Lage, 2007; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010; Martins 2014).

Na generalidade, quando surge uma situação de dependência no seio familiar, um dos seus membros assume o papel de cuidador principal, ou seja assume a responsabilidade pela totalidade dos cuidados. Segundo Sequeira (2010) “em muitas situações, cuida de forma sistemática e por vezes solitária sem ajuda directa de outros membros da família” (Sequeira, 2010, p.161). Martins (2014), também afirma que, embora esteja “a cargo da família a função de cuidar do idoso dependente, a prestação de cuidados não se reparte dentro da família equitativamente, uma vez que existe um cuidador principal, denominado por cuidador informal” (Martins, 2014, p. 32).

Para Sequeira (2010) na maioria das famílias, o cuidador principal surge de forma muito subtil, esta escolha é influenciada pelas características e experiências de vida e pela estrutura das relações familiares.

No âmbito do cuidado informal, Sequeira (2010) diferencia o cuidador informal ao grau de compromisso e de responsabilidade na prestação de cuidados, sugerindo a existência de uma rede de cuidadores e não apenas um único cuidador.

Neste sentido, Neri e Carvalho (2002) categorizam os cuidadores informais em primários, secundários e terciários mediante a colaboração que estes dão à prestação de cuidados. Os primários ou principais estão em contacto directo com o idoso dependente assumindo a responsabilidade de supervisionar, orientar, acompanhar e/ou substituir a pessoa idosa no autocuidado. Os cuidadores secundários prestam cuidado ao idoso em colaboração com o cuidador principal. Esta colaboração é de forma regular, dando apoio económico, apoio nas atividades de lazer e nas atividades de âmbito social. Por último, os cuidadores terciários assumem o cuidado do idoso em situações de emergência, não possuindo qualquer responsabilidade na prestação de cuidados.

No estudo realizado por Figueiredo et. al. (2012), os autores evidenciam que a existência de uma rede de cuidadores minimiza a sobrecarga do cuidar, constituindo um apoio social para os cuidadores primários proporcionando-lhes maior disponibilidade para se dedicar aos restantes membros da família e a si mesmos. Desta forma, a partilha de tarefas atenua o impacto no novo papel desempenhado pelo cuidador primário. Muitas vezes estes cuidadores procuram esse auxílio nos vizinhos, amigos e em certas instituições que os possam ajudar no desempenho do papel de cuidador (Fernandes et. al., 2015, p.20).

O desempenho do papel de cuidador familiar tem um elevado impacto na vida do indivíduo (tanto a nível psicológico, social, familiar, financeiro e laboral), acarretando um conjunto de necessidades e de dificuldades, mas podem, também, existir alguns aspectos gratificantes. O equilíbrio entre os aspectos positivos e negativos inerentes ao papel de cuidador familiar é determinante na maior ou menor sobrecarga do cuidador (Lourenço, Figueiredo e Octávio de Sá, 2015).

O termo de “sobrecarga” (“burden”) segundo Sequeira (2010) refere-se às consequências físicas, psicológicas e sociais que resulta do acto de cuidar continuamente de uma pessoa dependente e da prestação ininterrupta de cuidados. Para o autor este termo é indicativo das consequências negativas correspondentes às alterações ou mudanças específicas na vida de quem cuida de um familiar idoso, pois esta tarefa compromete a saúde e bem estar dos cuidadores. Por isso, a aposta em programas para os cuidadores familiares deve ser uma prioridade, tal como a sensibilização dos profissionais de saúde e de apoio social para uma intervenção em rede (Alves et. al., 2015).

No âmbito deste projeto predominará a designação de cuidador familiar, para definir cuidador principal uma vez que na literatura consultada refere que a maioria dos prestadores de cuidados são familiares (Lage, 2007; Sequeira, 2010; International Council of Nursing, 2011) e a função do cuidar ao longo dos tempos tem estado vinculada essencialmente à família. O papel de cuidador informal é, maioritariamente assumido por familiares, pelo que é compreensível designá-lo por cuidador familiar, “o responsável pela prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade e organização de prestação de cuidados” (International Council of Nursing, 2011).

A literatura retrata que este papel recai habitualmente no membro da família que é do sexo feminino, habitualmente as esposas, seguindo-se as filhas e

posteriormente as noras (Lage 2007; Figueiredo 2007; Andrade 2009; Sequeira 2010, São José e Wall K. 2006, Brown 2010, Melo et. al. 2014, Alves et. al., 2015).

Os dados apresentados por algumas enfermeiras no âmbito do mestrado em enfermagem comunitária reforçam este facto: Pagueia (2014), Proença (2015), Ferreira (2016).

No entanto, o homem começa também a assumi-lo, surgindo uma realidade e visão diferente de cuidado. De acordo com Figueiredo (2007), “tradicionalmente, a tarefa de cuidar de um idoso recai sobre o elemento feminino mais próximo, porém, o papel de cuidador é assumido cada vez mais por elementos do sexo masculino” (Figueiredo, 2007, p.109).

Tornar-se cuidador é muitas vezes uma transição desprovida de planeamento, acontecendo inclusivamente muitas vezes de forma inesperada perante a necessidade de assumir este papel sendo este um processo complexo e que abrange inúmeras variáveis. Estas irão sempre desenvolver-se em torno do cuidador, idoso dependente e do contexto em que a relação da prestação de cuidados se desenvolve (Sequeira, 2010).

Desta forma, através de um momento de crise, como é a prestação de cuidados a um idoso, a adaptação ao papel do cuidador resulta de um processo de transição. Neste contexto, as transições são o objeto da disciplina de enfermagem quando relacionada com a saúde e a doença, bem como quando as respostas se manifestam através de comportamentos pautados por questões relacionadas com a saúde (Meleis, 2000).

Os profissionais de saúde que acompanham as exigências e mudanças que surgem das necessidades dos cuidadores familiares na tarefa da prestação de cuidados são os enfermeiros especialistas em saúde comunitária. Estes profissionais de saúde, além de seguirem estas necessidades, preparam os cuidadores para esta nova etapa, através da promoção e incentivo na aquisição de novos conhecimentos e aprendizagem de métodos e aptidões relacionadas com a situação vivenciada, para facilitarem todo o processo e facultarem uma melhor adaptação (Meleis, 2010).

Neste sentido, no contexto da avaliação familiar é preponderante identificar o cuidador responsável pela prestação de cuidados ao idoso dependente porque o desempenho deste novo papel implica um processo de interação e reestruturação familiar em que a identificação das dificuldades no desempenho das suas funções

de prestador de cuidados, estimulará o desenvolvimento de estratégias para o autocuidado (Figueiredo, 2012).

No estudo realizado por Michelle Laing e Sally Sprung (2014), os autores alertam para a necessidade de se desenvolverem estratégias eficazes para fornecer informação e apoio aos cuidadores familiares como uma questão prioritária para os enfermeiros, de modo a garantir a saúde e o bem-estar dos cuidadores.

Nesta perspectiva, é imprescindível que o cuidador familiar desenvolva competências para minimizar as consequências físicas e psicológicas a que está submetido de modo a promover a sua saúde e bem estar.

2. AUTOCUIDADO E ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

A Teoria do Autocuidado (1993) de Dorothea Orem é um dos referenciais teóricos que optámos para o desenvolvimento do presente projeto. Esta teoria é composta por três eixos: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Défice do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Para Orem (1993), o conceito do autocuidado define-se como a “prática de atividades feitas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, saúde e bem estar” (Orem, 1993, p. 131).

A autora (1993) defende que cada pessoa é agente de si própria, pois cada indivíduo possui capacidades que lhe permitem cuidar de si próprio. Contudo, quando o indivíduo apresenta dificuldades ou uma dependência, o papel de agente é transferido para outrem (família e/ou enfermeiro cujos conhecimentos específicos permitem facultar uma resposta adequada e personalizada).

A Teoria do Autocuidado, para Orem (1993) tem uma abordagem orientada para a saúde, possuindo como base a permissa de que o ser humano é detentor de habilidades intelectuais e práticas, de forma a que estas se desenvolvam no sentido de manter o seu bem-estar e satisfazer as suas próprias necessidades.

Dorothea Orem (1993) acrescenta que os fatores que interferem no autocuidado são: a idade, o estado mental, a sociedade e cultura, bem como o estado emocional.

Para Dorothea Orem (2001), sempre que as necessidades superam a capacidade de autocuidado do indivíduo, surge um défice de autocuidado. A Teoria do Défice do Autocuidado representa a essência de toda a teoria de Orem, uma vez que é ela que estabelece a necessidade da intervenção de enfermagem. Sempre que o indivíduo não se encontra capacitado para promover e manter o seu autocuidado, surge a necessidade da intervenção da enfermagem (Orem, 2001). A autora acrescenta que o enfermeiro adapta a sua intervenção, no sentido de minimizar as consequências do défice do autocuidado.

No contexto de idosos com autonomia comprometida, com a necessidade para a realização das suas Atividades de Vida Diárias (AVD`S), o cuidador familiar, torna-se o seu agente de cuidados. No entanto, a tarefa de prestar cuidados, pela sua especificidade e cargas física e psicológica, leva por vezes ao abandono das

próprias necessidades por parte do cuidador, transferindo-as para segundo plano de prioridades, e tornando o cuidador familiar incapaz de ser agente de cuidados de si mesmo.

No âmbito da Teoria do Déficit de Autocuidado, Orem (1993) considera três requisitos do Autocuidado para ser possível desenvolver ações para a concretização do mesmo. Estes são denominados: requisitos de autocuidado “universais”, requisitos associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano; requisitos de autocuidado “de desenvolvimento” relacionados com as etapas do ciclo vital e por último requisitos de autocuidado “desvio de saúde” relacionados com os processos de doença, como o surgimento de uma determinada patologia ou intervenções médicas e tratamentos. Segundo Orem (1993), “quando existe um desvio de saúde normalmente está associado uma exigência de autocuidado” (Orem,1993, p. 49), no sentido de recuperar ou controlar a saúde e bem-estar.

A Teoria dos Sistemas de Enfermagem, é definida como a relação estabelecida entre a enfermeira e o utente. As três classificações de sistema de enfermagem proposto por Orem (1993) são: o Sistema Totalmente Compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e a enfermeira o assiste, substituindo-o. O Sistema Parcialmente Compensatório, quando a enfermeira e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado; e o Sistema de Apoio e Educação, quando o indivíduo necessita de ajuda na forma de apoio, orientação e ensino.

No que concerne ao Sistema de Apoio e Educação, Orem (1993) refere que o cuidador familiar “é capaz de realizar, pode e deve aprender a realizar as medidas requeridas de autocuidado terapêutico interna ou externamente, mas não pode fazê-lo sem ajuda” (Orem, 1993, p.325).

Como identificado anteriormente, nas situações em que o autocuidado não é passível de ser realizado, a pessoa pode beneficiar da colaboração da equipa de saúde para a satisfação das suas necessidades. Orem (1993) identifica cinco métodos de ajuda: “agir ou fazer para o outro”, “orientar o outro”, “apoiar o outro, física ou psicologicamente”, “proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal” ou “ensinar o outro” (Orem, 1993, p.10).

Segundo a OE (2014) é fundamental a inclusão da família como alvo dos cuidados de Enfermagem, com o objetivo de a capacitar para o desenvolvimento de

competências que permitam uma vivência saudável nos seus constantes processos de mudança.

Neste contexto, os cuidadores familiares com idosos dependentes vão ser agentes de autocuidado e necessitam da intervenção dos Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária no âmbito do Sistema de Apoio e Educação. Este é o sistema privilegiado na intervenção para o presente projeto, tentando assim prevenir que os cuidadores familiares não abandonem as suas próprias necessidades.

Baseando-me na perspectiva de Orem (1993), onde a família constitui o agente de autocuidado, “as enfermeiras encontram-se numa posição privilegiada para trabalhar com as famílias e selecionar quais, de entre os membros da família, são mais capazes para prestar cuidados ao familiar dependente” (Orem, 1993, p.197).

Como resultado desta afirmação é fundamental que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária direcionem a sua atenção aos prestadores de cuidados informais das pessoas idosas dependentes em contexto domiciliário, desempenhando a sua função de educadores para a saúde junto da díade pessoa idosa dependente – cuidador familiar. Desta forma, poderão ser criadas situações de aprendizagem de acordo com a realidade do dia a dia dos cuidadores, com o intuito de os motivar e aumentar as suas aprendizagens.

O regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (2011) enfatiza o lugar privilegiado que estes enfermeiros têm junto da comunidade, que lhes permite obter um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, assim como uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde.

Desta forma, é esperado que os enfermeiros tenham a capacidade de olhar para a família como um importante aliado na prestação de cuidados à pessoa idosa, com especial enfoque no cuidador familiar, devendo este ser considerado como passível de foco de intervenção a contemplar no plano de cuidados (Sequeira, 2007). Também o Plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados (2016-2019) atendendo a esta problemática reforça a necessidade dos cuidadores familiares serem considerados no processo de cuidados, simultaneamente, como utentes e como parceiros. Esta parceria entre estas duas

realidades que se complementam, irá subsidiar a satisfação das necessidades tanto do que é cuidado, como daquele que cuida.

Alison Jarvis (2010), o autor reconhece que deve ser disponibilizado o que o cuidador precisa e não o que os enfermeiros decidem fornecer, de forma a que exista uma correspondente satisfação das necessidades destes.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária é um interveniente privilegiado na área da saúde pela sua proximidade com o público-alvo (indivíduo, família e comunidade). Anderson (2017), corrobora que os Enfermeiros Especialistas em Saúde Comunitária estão frequentemente em contato com os cuidadores familiares e portanto, melhor posicionados para reconhecer quando eles próprios precisam de apoio. Martins (2014) salienta que o Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária deve ser capaz de aplicar os seus conhecimentos especializados no sentido de compreender as respostas dos idosos e seus cuidadores aos processos de vida e aos seus problemas, responder de forma eficaz às suas necessidades e capacitá-los para a adopção de estratégias que contribuam para a obtenção de ganhos efetivos na sua saúde e bem estar.

Neste sentido, desenvolvemos este projeto, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, Tavares (1990), Imperatori e Geraldés (1993), junto dos cuidadores familiares de pessoas idosas.

3. METODOLOGIA: PLANEAMENTO EM SAÚDE

Em saúde, planejar apresenta-se como um “processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados, segundo a ordem de prioridade estabelecida, permitindo escolher a(s) solução (ões) óptima (s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990, p.29).

O Planeamento em Saúde procura alcançar um estado de saúde através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, através da introdução de mudanças no comportamento das populações (Tavares, 1990).

Para Imperatori e Giraldes (1993), o Planeamento em Saúde compreende três fases fundamentais: a elaboração do plano, a sua execução e a avaliação.

Na fase da elaboração do plano consistem as seguintes etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução do plano.

3.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação é para Tavares (1990) a primeira etapa no processo de planeamento, devendo corresponder às necessidades da população em estudo. Esta etapa para Imperatori e Giraldes (1993) deve ser extensível aos sectores económicos e sociais para permitir identificar os principais problemas de saúde e respetivos factores condicionantes; profunda, para explicar as causas desses problemas e sucinta para que seja de fácil compreensão.

O Diagnóstico de Situação iniciou-se numa primeira fase em junho de 2016, que por ausência de resposta do Diretor Executivo da Administração Regional da Saúde Lisboa Vale do Tejo (ARSLVT) face ao pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados realizado pela mestranda, levou à necessidade de que em setembro de 2016 a mestranda realizasse um novo pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados (Apêndice II e Apêndice III).

O novo pedido realizado pela mestranda foi reencaminhado pela Diretora Executiva da ARS LVT à Comissão Ética da ARS LVT para solicitar o seu Parecer.

O parecer definitivo da Comissão Ética da ARS LVT foi dado a 30 de novembro de 2016 com conhecimento para a mestranda no dia 5 de dezembro de 2016 (Anexo I).

Para escolher a população alvo, foi realizada uma reunião com o Coordenador da UCC de VFX, com a Enfermeira Orientadora do contexto clínico e com a Orientadora Pedagógica, onde face às características apresentadas pelos utentes da UCC VFX, se justificava estudar os cuidadores familiares de pessoas idosas acompanhadas pela ECCI.

Durante o período de estágio e principalmente nesta etapa do projeto foram tidas em consideração aspectos como a validação dos instrumentos de colheita de dados e as respetivas questões éticas associadas a qualquer projeto de investigação ou de intervenção.

3.1.1. Caraterização da ECCI de VFX

Atendendo à problemática do envelhecimento em Portugal surgiu a necessidade de criar um novo paradigma de cuidados. No sentido de enquadrar soluções para esta problemática, em 2006, foi criada pelo DL n.º 101/2006, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), no âmbito dos Ministérios de Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, a prestação de cuidados continuados integrados (CCI) a pessoas que se encontrem em situação de dependência.

A RNCCI veio permitir a criação de novas tipologias de resposta de CCI: unidades de internamento e de ambulatório. Nestas últimas são constituídas as equipas domiciliárias, das quais fazem parte as ECCI's.

A ECCI VFX pertence ao município de Vila Franca de Xira, cuja área abrange 317,7 Km², possuindo na sua composição 6 freguesias (União das Freguesias de Alhandra, São João dos Montes e Calhandriz, União das Freguesias de Alverca do Ribatejo e Sobralinho, União das Freguesias da Castanheira do Ribatejo e Cachoeiras, União das Freguesias da Póvoa de Santa Iria e Forte da Casa, Freguesia de Vialonga e Freguesia de Vila Franca de Xira). Este município situa-se na Região de Lisboa e Vale do Tejo, na Sub-Região da Grande Lisboa, no Distrito de Lisboa, Grande Área Metropolitana de Lisboa.

O concelho de Vila Franca de Xira possui 136 886 residentes dos quais 18 493 contam com mais de 65 anos (Censos, 2011), encontrando-se a população de Vila Franca a envelhecer, uma vez que em 2001 o seu índice de envelhecimento era de 66,4% e atingiu em 2015 um valor de 95,1% (INE, 2016).

Também o índice de dependência de idosos sofreu um aumento, passando de 15,5% em 2001, para 23,2% em 2015 (INE, 2016).

A ECCI VFX está integrada na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de VFX. Em 2009 com a reforma dos CSP, as UCC's passam a constituir-se como uma das unidades funcionais do ACES, competindo-lhes constituir as ECCI's. Uma das áreas prioritárias da carteira de serviços das UCC's, no âmbito da RNCCI, são os projetos de intervenção domiciliária a pessoas dependentes e cuidadores/famílias, em intercooperação com as outras unidades funcionais do ACES e instituições parceiras da comunidade (Despacho n.º 10143/2009).

A UCC de VFX pertence ao ACES Estuário do Tejo, estando sediada atualmente no edifício da Unidade Funcional de Alhandra. Neste edifício encontra-se também a Unidade dos Cuidados de Saúde Personalizados de Alhandra. A UCC abrange todas as freguesias do concelho de VFX anteriormente descritas. Nas unidades de saúde de VFX encontram-se inscritos 21 061 utentes que têm mais de 65 anos. (Plano de Ação de Vila Franca de Xira, 2014-2016).

A ECCI é

“(...) uma equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e dos recursos sociais, para a prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação, e de apoio social ou outros a pessoas (...) com rede de suporte social cuja situação não requer internamento, mas que não se podem deslocar de forma autónoma” (artigo 27º, DL n.º 101/2006 p. 3862).

A área de intervenção da ECCI de VFX respeita aos utentes residentes no concelho de VFX, que preencham os critérios que se encontram legislados. Esta equipa tem capacidade para acompanhar 40 utentes. Os utentes são referenciados através do aplicativo GESTCARE da RNCCI por duas vias, a partir do domicílio, após a avaliação da equipa de família ou a partir de um serviço de internamento hospitalar, através da Equipa de Gestão de Altas Hospitalar.

Os processos são a *posteriori* analisados pela Equipa de Coordenação Local, com o objetivo de serem encaminhados para a ECCI, uma vez que existem critérios para integrar os utentes nesta tipologia de cuidados.

A ECCI VFX é constituída por 10 Enfermeiros, 1 Terapeuta ocupacional, 3 Assistentes Sociais, 3 Psicólogos, 3 Assistentes Operacionais e uma Assistente Técnica. O horário de funcionamento da UCC VFX é das 8 horas às 20 horas nos dias úteis e das 8 horas às 15 horas aos fins de semana e feriados.

Os utentes que estão a ser acompanhados pela equipa são distribuídos por duas zonas geográficas: a zona norte que corresponde às freguesias de Castanheira do Ribatejo, VFX, Alhandra e Sobralinho e a zona sul que corresponde a Vialonga, Póvoa, Forte da Casa, Alverca e Arcena.

3.1.2. População Alvo e Amostra

A população alvo deste projeto é constituída pelos cuidadores familiares de idosos dependentes acompanhados pela ECCI VFX. Integraram inicialmente esta população 30 cuidadores familiares que após aplicação dos critérios de inclusão, obtivemos uma amostra de 16 cuidadores familiares (junho 2016). Como não houve uma resposta, tal como anteriormente mencionámos, ao pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados, foi necessário efectuarmos em setembro de 2016 um novo pedido de autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados.

Este segundo pedido foi reencaminhado pelo novo Diretor Executivo da ARS LVT à Comissão Ética da ARS LVT, solicitando o seu Parecer.

A Comissão de Ética solicitou algumas clarificações acerca da modalidade de recrutamento dos participantes, da metodologia de recolha de dados e da modalidade de tradução para a língua portuguesa da escala de Barthel. Esta autorização para a implementação dos instrumentos de colheita de dados foi consagrada somente a 30 de novembro de 2016 (Anexo I).

Durante este intervalo, existiram as férias curriculares e houve necessidade da mestrandia voltar a participar nas visitas domiciliárias com a ECCI de forma a poder reestabelecer as relações com os cuidadores familiares, anteriormente existentes. Aquando da recepção da autorização para aplicação dos instrumentos de

colheita de dados a amostra inicialmente selecionada referente a 16 cuidadores familiares já tinha sido reduzida para seis cuidadores familiares (dois utentes ingressaram na Unidade Média Duração e Reabilitação, três faleceram e cinco obtiveram alta).

Os Cuidadores Familiares que responderam aos instrumentos de recolha de informação foram recrutados, entre aqueles que eram cuidadores no mês de dezembro de 2016 e a quem foram previamente explicados os objetivos do estudo, tendo sido os critérios de inclusão:

- * Possuírem laços de parentesco com o idoso dependente;
- * Ser o cuidador principal (quando houvesse mais do que um cuidador familiar por utente, sendo neste caso inquirido apenas um cuidador, considerando-se aquele que a família designasse por cuidador principal);
- * O cuidador ter idade superior a 18 anos;
- * O utente alvo dos cuidados pela equipa ter idade igual ou superior a 65 anos;
- * Aceitarem participar no estudo, assinando o consentimento informado.

Como critérios de exclusão definiram-se cuidadores familiares cujo idoso teve alta por parte da equipa ou foi internado (hospitalar ou outro).

Assim dos 27 cuidadores familiares que integram a população alvo, no mês de Dezembro de 2016, foi selecionada uma amostra de 19 cuidadores familiares, por amostragem de conveniência.

3.1.3. Procedimento de Colheita de Dados

Segundo Tavares (1990), o diagnóstico de situação pode adoptar diversos métodos e técnicas de identificação de problemas e necessidades. As técnicas, segundo, o mesmo autor, podem ser quantitativas e/ou qualitativas, variando da mesma forma os dados obtidos, em objetivos (acontecimentos observáveis) ou subjetivos (percepcionáveis pelos indivíduos).

O processo de colheita de dados foi realizado através de instrumentos de colheita de dados aplicados aos cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes acompanhadas pela ECCI VFX.

Estes instrumentos foram aplicados no domicílio do cuidador pela mestranda, após agendamento telefónico e registo de consentimento informado pelo cuidador.

A aplicação dos instrumentos teve a duração de aproximadamente 45 minutos e decorreu no período de 5 a 9 de dezembro de 2016. Também durante as visitas domiciliárias foram registadas notas de campo como complemento ao diagnóstico de situação.

A colheita de dados iniciou-se com a aplicação de um questionário de caracterização do cuidador e da prestação de cuidados (Apêndice IV), seguido do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) de Brito (2000) (Anexo II). Posteriormente foi aplicado o Índice de Barthel (Anexo III). Este índice teve como finalidade a determinação do grau de dependência dos utentes idosos, optando-se por este índice em detrimento de outros, visto este ser utilizado pela equipa e desta forma contribuir para a atualização dos dados.

O questionário de caracterização do cuidador familiar e dos cuidados é composto por 6 perguntas de caracterização sóciodemográfica do cuidador familiar e onze questões que caracterizam o contexto e a situação de prestação de cuidados, nomeadamente: relações de parentesco, tipologia e duração da prestação de cuidados.

O Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (tradução de *Cares Assessment of Difficulties Index – CADI*) foi desenvolvido no Reino Unido por Nolan e colaboradores (Nolan e Grant, 1989; Nolan, Grantne Keady, 1996, 1998), e traduzido e adaptado para a população portuguesa por João Barreto e Luísa Brito, em 2000 sendo posteriormente validado para a população portuguesa por Carlos Sequeira (2010).

Segundo Sequeira (2010), o CADI “é um instrumento muito útil para identificar as necessidades/dificuldades dos cuidadores relacionadas com o cuidar, possibilitando a adequação das respostas formais a implementar a cada caso em concreto” (Sequeira, 2010, p.204).

O conjunto das potenciais dificuldades listadas no CADI inclui questões acerca das implicações da prestação de cuidados na vida social do cuidador, sobre a sua saúde, as repercussões económicas da situação, os problemas de relacionamento com a pessoa dependente e outros membros da família e também sobre a forma como o apoio profissional e da família são encarados pelo prestador de cuidados (Brito, 2002).

Através do registo das notas de campo decorrentes da observação realizada no domicílio foi possível conhecer a realidade do cuidador e do idoso cuidado no domicílio.

3.1.4. Questões Éticas

No desenvolvimento deste estágio as questões éticas tiveram como preocupação principal a proteção dos direitos e liberdade dos cuidadores familiares que participaram no estudo.

Na realização de um projeto de investigação devem ser respeitados os princípios éticos devendo ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais (Declaração de Helsínquia, 2013). Pelo que, a informação recolhida pela mestranda em suporte de papel ficou guardada e armazenada em armário da UCC devidamente fechado, e atribuído um número de codificação, que só a mestranda e orientadora pedagógica tiveram conhecimento.

Uma vez que os participantes do estudo são familiares que cuidam do idoso dependente no domicílio e, salvaguardando os seus direitos e possíveis danos, foram solicitadas as seguintes autorizações: Autorização à professora Doutora Maria Luísa Brito, por correio eletrónico, para a utilização do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) (Apêndice V) e recebida respetiva autorização (Anexo IV); Autorização à Direção do ACES Estuário do Tejo, em ofício próprio para aplicação dos instrumentos de colheita de dados e a utilização do nome do ACES Estuário do Tejo e da UCC VFX (Apêndice II e III).

Os profissionais de saúde devem procurar o consentimento informado da pessoa que a eles recorre, respeitando “o princípio ético do respeito pela autonomia, em que se reconhece a capacidade da pessoa em assumir livremente as suas próprias decisões sobre a sua saúde e os cuidados que lhe são propostos” (DGS, 2013, p.7). De acordo com este princípio foi elaborado o consentimento informado (Apêndice VI) para os cuidadores familiares que fazem parte da amostra, em duplicado, ficando um destes documentos na posse do participante e outro na posse da mestranda.

Aos cuidadores foi apresentado o projeto e esclarecidas dúvidas que surgiram. Foi garantida a confidencialidade do anonimato dos dados, bem como da decisão livre de participar e a possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento.

3.2. Apresentação e Análise dos Resultados

Para o tratamento dos resultados obtidos foi utilizado estatística descritiva (Microsoft Office Excel, 2010).

3.2.1. Caracterização do Utente Idoso no Domicílio

No que concerne ao utente idoso no domicílio, a maioria tem mais de 75 anos, sendo que 5 utentes compreendem a faixa etária superior ou igual de 65 a 74 anos, 11 situam-se na faixa etária dos 75 aos 84 anos e três utentes com idade superior a 85 anos.

Analisando as idades, de acordo com a tipologia dos censos Norte Americanos (U.S. Census Bureau, 1995) estas idades correspondem a 5 idosos jovens (idade igual ou superior a 65 anos e inferior a 74 anos), 11 idosos (idade igual ou superior a 75 e inferior a 85 anos) e 3 muito idosos (idade igual ou superior a 85 anos).

Relativamente ao sexo verifica-se um equilíbrio em que 10 idosos dependentes são do sexo masculino e 9 são do sexo feminino. A maioria dos utentes são muito dependentes, em que 6 utentes são severamente dependentes, 4 utentes são totalmente dependente e 3 moderadamente dependentes, sendo restantes seis ligeiramente dependente, segundo o Índice de Barthel.

A escala de avaliação de dependência para caracterização dos idosos foi como referido anteriormente, o índice de Barthel (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007).

Este índice é um instrumento que avalia a capacidade funcional do idoso e determina o grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada atividade. Por não se conhecerem estudos de validação para a população portuguesa, Sequeira (2007) analisou este índice, a fim de se verificar a sua consistência interna, tendo verificado que este índice se divide em três domínios – mobilidade, higiene e controlo de esfínteres.

Relativamente às actividades de vida onde os utentes revelam necessitar de mais ajuda são: no banho (dezoito utentes); subir as escadas (dezassete utentes); vestir, transferência cadeira-cama e deambulação (dezasseis utentes).

Constata-se pela análise dos dados (Apêndice VII) que este grupo de cuidadores tem a seu cargo pessoas, na sua maioria com elevado grau de dependência, pelo que se infere que apresentem dificuldades que advêm do acto do cuidar.

3.2.2. Caracterização dos Cuidadores Familiares e da Prestação de Cuidados

Como referido anteriormente, a amostra deste projeto é constituída por 19 cuidadores familiares e pela análise dos resultados onde, conforme apresentado no quadro 1, se pode constatar que a maioria dos cuidadores é do sexo feminino (n=15), sendo quatro cuidadores do sexo masculino (n=4). A idade compreendida da amostra incide entre 51-60 anos (n=6) e 71-80 anos (n=6) comparativamente às idades 61-70 anos (n=4), 81-90 anos (n=2) e 31-40 anos (n=1). Tratando-se sobretudo de esposas (n=8) dos idosos cuidados mas também das filhas (n=4), dos filhos (n=2), sobrinha (n=1), nora (n=1) e neta (n=1).

Quanto ao estado civil do cuidador, catorze são casados, três são solteiros e dois divorciados. A maioria dos cuidadores reside com o cônjuge (n=12), embora também residam com os filhos (n=4) e outros (n=3).

O grau de frequência do ensino mais elevado é o “1º ciclo do ensino básico” (n=10), existindo dois cuidadores com “2º ciclo do ensino básico”, três cuidadores com o “3º ciclo do ensino básico”, dois cuidadores que não frequentaram o sistema de ensino e dois cuidadores frequentaram o ensino secundário.

Quanto à situação profissional 10 cuidadores são reformados, três são domésticas, dois são empregados e quatro desempregados. Questionados acerca da sua saúde maioritariamente definem-se com uma saúde razoável (n=9), havendo sete cuidadores que assumem possuir uma “fraca saúde”, afirmando os restantes cuidadores possuírem “boa saúde” (n=3).

Os resultados obtidos relativamente à caracterização dos cuidadores desta amostra vão ao encontro com o que Sequeira (2010) refere: “os dados mais consensuais sugerem que o cuidador se faz essencialmente no feminino e por familiares próximos do idoso, que habitualmente vivem em co-residência (...)” (Sequeira, 2010, p. 257). O mesmo autor refere ainda que a idade desses cuidadores é, em mais de metade dos casos superiores a 60 anos.

Brito (2002) afirma que grande parte dos cuidadores “são pessoas casadas (...), com baixo nível de escolaridade, sem emprego remunerado e vivendo no mesmo domicílio da pessoa dependente” (Brito, 2002, p. 32).

Quadro 1 - Caracterização dos cuidadores segundo a idade, estado civil, escolaridade e profissão.

Caraterização do Cuidador Familiar		Nº de cuidadores	
Sexo	Feminino	15	
	Masculino	4	
Idade	31-40	1	
	51-60	6	
	61-70	4	
	71-80	6	
	81-90	2	
Estado Civil	Casado (a)	14	
	Solteiro (a)	3	
	Divorciado (a)	2	
Escolaridade	Não frequentou o sistema de ensino	2	
	1º ciclo do ensino básico	10	
	2º ciclo do ensino básico	2	
	3º ciclo do ensino básico	3	
	Ensino secundário	2	
Situação profissional	Desempregado (a)	4	
	Doméstico (a)	3	
	Empregado (a)	2	
	Reformado	Telefonista	1
		Engarrafador	1
		Vigilante de infância	1
		Operário secção de farmácia	1
		Moldadora	1
		Operária fabril	1
		Bancária	1
		Emp. Balcão	1
		Pasteleira	1
		Funcionário Público	1

Relativamente à duração de prestação de cuidados, doze dos cuidadores inquiridos prestam cuidados há menos de um ano, quatro cuidadores prestam cuidados há mais de três anos e três dos cuidadores prestam cuidados entre um ano e dois anos. Estes cuidados diários têm duração média de 18 a 24 horas em catorze casos, de 12 a 18 horas em dois casos assim como de 6 a 12 horas e menos de 6 horas num do caso.

Os utentes de quem estes cuidam estão a viver nas suas casas (n=17), um está a viver na mesma cidade (n=1) e outro na mesma rua (n=1).

Questionados os cuidadores sobre o prazer que retiram da prestação dos cuidados ao familiar, a maioria dos cuidadores (n=16) respondem afirmativamente, no entanto três cuidadores afirmam que “não”têm prazer.

Para Andrade (2009) a prestação de cuidados apresenta benefícios a nível psicológico e sócio afetivo, o cuidador manifesta satisfação pessoal, sentimento de dever cumprido, aumenta os laços de vinculação e afetividade, desenvolve ainda capacidades pessoais e de resolução de problemas.

No que concerne à necessidade de faltar ao trabalho por razões de doença do familiar de quem cuidam, verifica-se que em dezassete casos não houve esta necessidade, uma vez que dez cuidadores são reformados, quatro são desempregados e três são domésticas pelo que só dois cuidadores estão empregados, tendo estes afirmado que faltaram ao trabalho para “acompanhar o familiar às consultas”.

Relativamente às razões apresentadas para as situações em que a família foi afectada pela situação de prestação de cuidados, dois casos responderam que é um “impedimento para procurar trabalho”, quatro casos responderam que “não podem fazer férias com a família ou fins-de-semana” pela necessidade de ficar a cuidar do (a) idoso (a) dependente, três casos responderam que “têm menos tempo para estar com os familiares” e a maioria dos cuidadores (n=10) refere que a família não foi afectada pela situação de prestação de cuidados.

Inquiridos sobre a colaboração de outras pessoas na prestação de cuidados, doze cuidadores afirmam contar com a colaboração de cuidadores secundários, nomeadamente filhos (n=5), neta (n=1), tia (n=1), irmã (n=2), vizinha (n=1), prima (n=1), seis destes cuidadores também recebem o Apoio Domiciliário e um cuidador contratou uma empregada doméstica, contudo sete dos cuidadores da amostra não recebem atualmente ajuda. Estes cuidadores referem “não considerar necessário visto o (a) utente ainda colaborar”, os cuidadores se “sentirem capazes de prestar os cuidados sem ajuda”, tendo sido também referidas questões financeiras.

Os apoios prestados pelos cuidadores secundários e pelas equipas de apoio domiciliárias aos cuidadores que recebem esta ajuda são “cuidados pessoais” (n=12). No entanto, os cuidadores secundários também colaboram “auxiliar na mobilidade” (n=1), “transporte para consultas” (n=1), “gerir dinheiro/pagamentos” (n=1), “realizar tarefas domésticas” (n=1), “ir às compras” (n=2), “companhia” (n=4), “alimentação” (n=1) existindo um cuidador secundário responsável pela

“continuidade dos cuidados de reabilitação” apreendidos com a enfermeira especialista em reabilitação da ECCI.

Em média por semana os cuidadores recebem apoio durante cerca de sete horas (n=4) a catorze horas (n=4), existindo três cuidadores que recebem 3 horas por semana e um cuidador que recebe 21 horas por semana. Os resultados descritos estão apresentados no quadro seguinte.

Quadro 2 - Caracterização da prestação de cuidados dos cuidadores familiares de pessoas idosas acompanhadas pela ECCI VFX.

Caraterização da Prestação de Cuidados		Número de cuidadores	
Relação com a pessoa que cuida	Cônjuge	Mulher	8
		Marido	2
		Filha	4
		Filho	2
		Sobrinha	1
		Neta	1
		Nora	1
Distância da sua residência do familiar de quem cuida		Vivem na mesma casa	17
		Vivem na mesma cidade	1
		Vivem na mesma rua	1
Durante quanto tempo cuida do seu familiar		Menos de 1 ano	12
		Entre 1 ano e 2 anos	3
		Mais de três anos	4
Diariamente quanto tempo presta cuidados ao seu familiar		Menos de 6 horas	1
		Entre 6 a 12 horas	2
		Entre 12 a 18 horas	2
		Entre 18 a 24 horas	14
Prazer na prestação de cuidados		Sim	16
		Não	3
Faltou ao trabalho por motivos de doença do familiar de quem cuida	Sim	Acompanhamento de consultas	2
		Não	17
A família foi afetada por cuidar do seu familiar	Sim	Não posso procurar trabalho	2
		Incapacidade de fazer férias em família ou fim-de-semana	4
		Tenho menos tempo para estar com os familiares	3
		Não	10
Colaboração na prestação de cuidados		Ninguém	7
		Filho (a)	5
		AD	6
		Neto (a)	1
		Empregada doméstica	1
		Tia	1
		Irmã	2
		Vizinha	1
	Prima	1	

Tipo de apoio que recebe	Nenhum	7
	Cuidados pessoais	12
	Continuidade dos cuidados de reabilitação	1
	Auxiliar na mobilidade	1
	Transporte para as consultas	1
	Gerir dinheiro/pagamentos	1
	Efetuar trabalhos domésticos	1
	Ir às compras	2
	Companhia	4
	Alimentação	1
Quantas horas em média por semana recebe apoio	Zero	7
	3 horas	3
	7 horas	4
	14 horas	4
	21 Horas	1
O seu estado de saúde	Bom	3
	Razoável	9
	Fraco	7

3.2.3. As Dificuldades Sentidas dos Cuidadores Familiares

O Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (no original, *Cares' Assessment of Difficulties Index - CADI*) é um instrumento constituído por um conjunto de 30 itens, ou seja, um conjunto de potenciais dificuldades, que incluem frases relacionadas com o cuidar e suas implicações na vida social, na saúde, na situação económica, no relacionamento com a pessoa dependente e com outros membros da família, assim como a percepção que os cuidadores têm sobre o apoio que dispõem, tanto dos profissionais como de familiares e amigos (Sequeira, 2010).

Neste sentido para avaliar as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares foi utilizado Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador.

As diferentes afirmações que compõem a escala estão organizadas em seis categorias: “Restrições Sociais”, “Problemas Relacionais”, “Exigências do Cuidar”, “Reacções ao Cuidar”, “Apoio familiar” e “Apoio Profissional”. Para avaliação de cada dificuldade o índice apresenta quatro possibilidades de resposta: “Não Acontece no meu caso”, “Acontece, mas não me perturba”, “Acontece e causa-me alguma perturbação” e “Acontece e perturba-me muito” (Sequeira, 2010, p.205 e 206).

Na avaliação realizada aos 19 cuidadores familiares foram identificadas dificuldades nas seis categorias mencionadas anteriormente.

Na categoria Restrições Sociais a principal dificuldade referida pelos cuidadores (n=17) foi “não consigo ter um tempo de descanso nem uns dias de férias”.

Nos Problemas Relacionais o que mais afecta os cuidadores (n=11) é: “a pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim”.

Na categoria “Exigências do Cuidar” as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores (n=17) são “a pessoa de que cuido depende de mim para se movimentar”, “deixa-me muito cansado fisicamente” e “a pessoa de quem eu cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados” o que se reflete na saúde dos cuidadores, onde dezasseis dos cuidadores afirmaram que “a minha saúde ficou abalada” (quadro 2).

Na categoria “Reacções ao Cuidar” a principal dificuldade sentida pelos cuidadores (n=14) foi: “por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação”. O item que não é avaliado negativamente pela maioria dos cuidadores (n=17), é o cuidador não se sentir culpado pela situação.

Na categoria Apoio Familiar o item “as pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria” e no item “alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam” revelou que a maioria dos cuidadores (n=13) não sentem dificuldades nestes itens, assim esta categoria não é percebida na maioria dos cuidadores como uma dificuldade sentida.

Na categoria Apoio Profissional a principal dificuldade sentida pelos cuidadores familiares (n=10) é: “parece-me que os técnicos de saúde e acção social não fazem bem a ideia dos problemas que os cuidadores enfrentam”, causando-lhes alguma perturbação.

Após a análise das respostas ao questionário, na escala de CADI é possível identificar as principais dificuldades que os cuidadores sentem, como se apresentam no quadro seguinte.

Quadro 3 - Principais afirmações em que os cuidadores sentem mais dificuldades

Afirmações em que os cuidadores sentem dificuldades	Categoria	Não acontece	Acontece e sinto que			Nº de cuidadores com dificuldades	Frequência Relativa (%)
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito		
"Não consigo ter um tempo de descanso nem um dia de férias".	Restrições Sociais	2	7	8	2	17	89%
"A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim".	Problemas relacionais	8	2	8	1	11	58%
"Deixa-me muito cansado fisicamente".	Exigências de ordem física da prestação de cuidados	2	1	11	5	17	89%
"Por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação".	Reacções à prestação de cuidados	5	2	10	2	14	74 %
"Parece-me que os técnicos de saúde e acção social não fazem bem a ideia dos problemas que os cuidadores enfrentam".	Apoio profissional	9	2	8	0	10	53%

Mediante os resultados obtidos no Quadro 3, verificamos que as principais dificuldades indicadas pelos cuidadores no processo de cuidar remetem para o tipo de cuidados prestados, sendo os mesmos variáveis em torno das necessidades do idoso dependente e respectivo apoio externo que o cuidador recebe.

3.3. Determinação de Prioridades e Seleção de Estratégias

A determinação de prioridades é a segunda etapa no processo de Planeamento em Saúde de acordo com Tavares (1990), tratando-se de um método de "tomada de decisão" (Tavares, 1990, p.81) em que se têm de seleccionar prioridades.

Assim, foi utilizada uma das técnicas gerais de ordenação, a comparação por pares. Esta técnica, segundo Tavares (1990), permite concentrarmo-nos sobre dois problemas de cada vez, sendo que cada problema é comparado com todos os outros. A escolha desta técnica prendeu-se pela sua simplicidade e objetividade.

Através da análise das respostas ao questionário na escala de CADI verifica-se que as categorias em que os cuidadores apresentaram respostas mais negativas, isto é, que evidenciaram mais dificuldades, foram: Restrições na Vida Social (89%), Problemas Relacionais (58%), Exigências de Ordem Física da Prestação de Cuidados (89%), Reações à Prestação de Cuidados (74%) e Apoio Profissional (53%).

Após a aplicação da técnica de comparação por pares (Apêndice VIII) é possível constatar que os quatro principais problemas apresentados de acordo com CADI são: “Deixa-me muito cansado fisicamente”; “Não consigo ter um tempo de descanso nem um dia de férias”; “Por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação”; “A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim”. Assim, é possível notar que as principais dificuldades destes cuidadores, estão relacionadas, com as Restrições na Vida Social, Problemas Relacionais, Exigências de Ordem Física da Prestação de Cuidados e Reações à Prestação de Cuidados.

Nesta etapa, segundo Tavares (1990), deve-se procurar “a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a optimização dos resultados a atingir pela implementação de um projeto” (Tavares, 1990, p.83). Optámos, assim, pela intervenção em quatro problemas prioritários de acordo com a escala de CADI.

Os diagnósticos de enfermagem foram formulados a partir do referencial teórico de Dorothea Orem (1993), da análise de resultados obtidos durante o processo de diagnóstico de situação e definidos de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

A CIPE é um programa do Conselho Internacional de Enfermeiros (*International Council of Nurses*, ICN) que permite a padronização dos cuidados de enfermagem prestados aos utentes. Os dados e informação obtidos através desta classificação podem ser utilizados para o planeamento e gestão dos cuidados de enfermagem, nas previsões financeiras, na análise dos resultados dos utentes e no desenvolvimento de políticas (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Um diagnóstico de enfermagem, segundo a CIPE é um “rótulo atribuído por um enfermeiro à decisão sobre um fenômeno que constitui o foco das intervenções de enfermagem” (CIPE versão 2015, 2016, p.17).

Da análise dos dados constatamos um déficit de autocuidado nos problemas identificados de acordo com a escala de CADI.

Tal como descrito por Orem (1993), a CIPE define autocuidado como uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais, básicas e íntimas e as atividades de vida diárias” (CIPE versão 2015, 2016, p.42).

Conforme apresentado no Apêndice IX, os problemas identificados através do CADI demonstram segundo o referencial teórico de Dorothea Orem (1993) um “déficit de autocuidado relacionado com a incapacidade de desenvolver atividades em seu benefício para manter a sua saúde e o bem-estar”, traduzindo em linguagem CIPE como “déficit no autocuidado”.

De acordo com Orem (1993), após o diagnóstico de um déficit de autocuidado, o enfermeiro pode utilizar cinco intervenções: agir ou fazer por, orientar, apoiar, promover o ambiente propício ao desenvolvimento e ensinar. E de acordo com a metodologia do Planejamento em Saúde, fixam-se os objetivos que permitem a operacionalização das intervenções.

3.4. Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos é a terceira etapa no processo de Planejamento em Saúde de acordo com Tavares (1990). Para este autor os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. Os objetivos devem corresponder aos resultados que se pretendem atingir através da implementação do projeto.

Imperatori (1993) alerta sobre a necessidade de uma correta definição de objetivos para que se possa fazer uma correta avaliação dos resultados obtidos, com a execução do plano em causa.

Esta etapa foi desenvolvida, tendo em conta os recursos e o tempo disponível para a implementação do projeto. Assim, foi definido como **objetivo geral**: capacitar pelo menos seis cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes acompanhados pela ECCI, para o autocuidado, de forma a desenvolverem

estratégias que previnam ou reduzam as dificuldades associadas ao papel do cuidador.

De acordo com Imperatori (1993, p. 80) “o objetivo operacional, ou meta, é o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzindo em termos de indicadores de atividade”. Tavares (1990) refere ainda que os objetivos operacionais ou metas possibilitam mensuração a curto prazo. Assim, fixaram-se como **objetivos operacionais** deste projeto de intervenção:

- Motivar pelo menos seis cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes a assistirem às sessões de Educação para a Saúde;
- Estimular pelo menos seis cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes para o desempenho de atividades que os beneficiem de forma a manter a sua saúde e bem-estar;
- Informar pelo menos seis cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes sobre os recursos existentes na comunidade que colaborem no desempenho do papel de cuidadores e os ajudem na melhoria do seu autocuidado.

De acordo com Tavares (1990), após se definir a direcção para onde se pretende ir através da formulação dos objetivos, torna-se essencial seleccionar estratégias a utilizar para os mesmos serem alcançados.

3.5. Selecção de Estratégias

Segundo Imperatori (1993) a etapa de selecção de estratégias apresenta-se como uma das mais fundamentais do processo do Planeamento em Saúde, uma vez que a utilização de estratégias adequadas vai permitir reduzir os problemas de saúde prioritários. Esta etapa foi desenvolvida, tendo em conta aspetos relacionados com os recursos humanos e materiais, com os objetivos fixados e as especificidades da amostra.

O diagnóstico de situação indica a necessidade de actuar ao nível da prevenção secundária, uma vez que foram identificados na amostra casos onde já existe um défice no autocuidado.

Na teoria geral de Dorothea Orem (1993) é estabelecida uma ligação entre a prevenção dos fatores de risco associados à doença e a promoção da saúde e do bem-estar.

Na fase de seleção de estratégias e após discussão com a Orientadora Pedagógica e Enfermeira Orientadora do contexto clínico optou-se pela criação de um sistema de “apoio-educação” utilizando como métodos de ajuda o apoio, a alteração do ambiente e o ensino (Orem, 1993).

O sistema apoio-educação abrange a aprendizagem ou apoio que o indivíduo requer para execução do autocuidado. Neste sistema, o indivíduo tem o poder de escolha nas suas decisões, possui o controlo do seu comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades para o autocuidado (Orem, 1993).

Como estratégia principal da intervenção optou-se pela realização de sessões de educação para a saúde, a fim de capacitar os cuidadores familiares para o autocuidado. A educação para a saúde constitui uma estratégia fundamental para a enfermagem comunitária (Onega & Devers, 2011).

Para estas autoras “a informação que os enfermeiros proporcionam capacita os clientes para atingir níveis óptimos de saúde, prevenir problemas de saúde, identificar e tratar precocemente problemas de saúde e minimizar a incapacidade. A formação permite aos indivíduos tomar decisões relacionadas com a saúde de forma fundamentada, assumir pessoalmente a responsabilidade pela sua saúde e lidar efectivamente com as alterações na sua saúde e estilo de vida” (Onega & Devers, 2011, p. 304).

De acordo com Orem (1993), no desenvolvimento do conceito do “autocuidado” é evidente a relação entre a promoção da autonomia do utente e da família e o processo de responsabilização e de capacitação, destacando a autora a importância da educação na promoção do autocuidado.

A Educação para a Saúde, segundo a OMS (1998),

“compreende oportunidades de aprendizagem conscientemente construídas que envolvem uma comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e desenvolvimento de habilidades para a vida que favoreçam a saúde individual e da comunidade” (WHO, 1998, p.4).

Esta definição visa contribuir para a operacionalização do conceito de Promoção de Saúde definido na Carta de Ottawa “a promoção da saúde pressupõe o

desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável” (WHO,1986, p.6), promovendo a capacitação das pessoas para aprenderem como controlar a sua saúde, durante todo o seu ciclo vital.

A utilização estratégica da realização de sessões de educação para a Saúde neste projeto, tiveram em conta as características sócio-demográficas dos cuidadores familiares, nomeadamente no que se refere ao nível da escolaridade, pois nos documentos produzidos neste âmbito foi utilizada uma linguagem simples e clara, procurando ser compreensível para uma população maioritariamente com escolaridade ao nível do ensino básico.

Através das visitas domiciliárias realizadas e da observação da realidade dos cuidadores familiares, foi-nos permitido constatar que ausentar os cuidadores do seu domicílio é uma dificuldade. Pois, a maioria dos cuidadores não tem transporte próprio para se deslocar e estando desta forma sujeitos à disponibilidade dos cuidadores secundários. Nessas situações optou-se como estratégia de intervenção, uma sessão individual a todos esses cuidadores.

3.6. Preparação Operacional

A preparação operacional é segundo Tavares (1990) a quinta etapa do processo de Planeamento em Saúde. Considerando a limitação de tempo para a execução desta intervenção comunitária, elaborou-se um projeto, tendo em conta que as atividades “devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, não devendo ser criadas actividades que não satisfaçam os objetivos previamente estabelecidos” (Tavares, 1990, p.169).

Assim as atividades que constituem o projeto, segundo Tavares (1990) devem ser especificadas de acordo com os seguintes parâmetros: “o que deve ser feito, quem deve fazer; quando deve fazer, onde deve ser feito, como deve ser feito; avaliação da atividade; se possível o objetivo que pretende atingir e eventualmente o custo da atividade” (Tavares, 1990, p.169).

Tendo em conta os objetivos e as estratégias definidas delinearam-se as atividades a realizar (Apêndice X, XI, XII). Estas atividades foram discutidas e validadas com a Orientadora Pedagógica, Enfermeiro Coordenador da UCC VFX e

Enfermeira Orientadora no contexto clínico. Dado o curto espaço de tempo, não foi possível realizar uma apresentação do projeto e das intervenções programadas a toda a equipa, porém, à medida que o estágio decorria e de uma forma informal, a mestranda partilhou com a mesma.

A programação destas atividades teve em conta as características sociodemográficas da amostra, pelo que, se optou por uma linguagem acessível e clara. O horário das sessões de educação para a saúde foi estabelecido de acordo com a disponibilidade demonstrada pelos cuidadores familiares da amostra. Também lhes foram entregues convites personalizados (Apêndice XIII). Os convites foram também distribuídos pelos cuidadores familiares da população alvo, uma vez que os resultados no diagnóstico de situação vão ao encontro da bibliografia consultada.

De seguida, serão apresentadas as actividades realizadas durante a intervenção comunitária deste projeto.

Primeira Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos cuidadores familiares, realizada no dia 27 de janeiro de 2017 na UCC. A preparação operacional, o plano, apresentação e a avaliação da sessão podem ser consultados nos Apêndices X, XIV, XV e XVI.

Dos 19 cuidadores que constituíram a amostra inicial do estudo, à data da implementação do projeto, dez ainda se mantinham no papel de cuidadores, quatro deixaram de ser cuidadores por morte do seu familiar, dois por transferência para outra tipologia da RNCCI e três por alta da equipa.

Foram assim convocados estes dez cuidadores familiares, em visita domiciliária conjunta com a Enfermeira Orientadora do contexto clínico. Dos dez cuidadores, apesar de manifestarem interesse em participar, três referiram não poder comparecer pois não tinham com quem deixar o seu familiar, um não possuía transporte próprio para se deslocar, um tinha começado a trabalhar e não tinha disponibilidade e cinco cuidadores disponibilizaram-se para participar nas sessões. No entanto, quatro acabaram por não comparecer, tendo-se realizado a sessão com um cuidador da amostra e cinco cuidadores fora da amostra mas pertencentes à população alvo.

Após a apresentação formal da mestranda e cuidadores, a comunicação do tema e finalidade da sessão, procedeu-se abertura de espaço à questão: o que é ser

cuidador? Falou-se do reconhecimento do papel do cuidador e da importância do autocuidado. Foram apresentadas estratégias que poderão ajudar a preservar a saúde do cuidador e aliviar a prestação dos cuidados, nomeadamente, a gestão de emoções, a gestão do tempo, como fazer um plano de atividades, a importância de envolver a família na prestação de cuidados e da partilha de dificuldades com pessoas que se encontrem na mesma situação. Foram apresentados alguns recursos existentes na comunidade de VFX, que podem contribuir favoravelmente para o autocuidado do cuidador. Ao longo da sessão foi-se estimulando a intervenção dos participantes, partilha de opiniões e sentimentos, pelo que a sessão apesar de ser do método expositivo, decorreu com interação entre pares e a mestrandia. No final foi realizada a síntese da sessão, com a participação dos cuidadores.

Todos os cuidadores responderam corretamente às questões de V/F colocadas e metade dos cuidadores conseguiu identificar dois recursos existentes na comunidade.

No final da sessão foi entregue a cada cuidador um questionário de satisfação da sessão e um calendário que continha temas abordados na sessão (Apêndice XVII).

Após terminar a sessão, todos os cuidadores e a equipa da UCC participaram no lanche convívio. Este momento permitiu o convívio entre profissionais e cuidadores bem como a partilha de experiências.

Segunda Sessão de Educação para a Saúde dirigida aos cuidadores familiares, realizada pela mestrandia, no dia 31 de janeiro de 2017 na sala de reuniões da UCC. A preparação operacional, o plano, a apresentação e avaliação da sessão podem ser consultados nos Apêndices XI, XVIII, XIX e XX.

Foram novamente convocados, desta vez por telefone, para esta sessão os quatro cuidadores da amostra que manifestaram interesse em participar na primeira sessão e não puderam participar na sessão anterior. Os seis cuidadores presentes na primeira sessão foram no final da mesma informados da data da segunda sessão, à qual compareceram.

Nesta sessão para além dos 6 cuidadores que estiveram presentes na primeira sessão, compareceu também mais uma cuidadora da amostra em estudo.

Após apresentação formal da mestrandia e cuidadores, iniciou-se a sessão com um breve resumo do conteúdo abordado na primeira sessão de modo a contextualizar a cuidadora que não esteve presente na primeira sessão. Posteriormente à comunicação do tema e finalidade da segunda sessão, apresentadas algumas estratégias práticas que podem diminuir a exigência física durante a prestação de cuidados e no dia a dia do cuidador promovendo assim uma correta postura corporal. Foram demonstrados exemplos práticos de exercícios que o cuidador pode realizar no domicílio para a sua manutenção física e relaxamento.

A sessão decorreu de uma forma interactiva, com a intervenção dos participantes nos exemplos práticos e na partilha de opiniões e sentimentos.

No final da sessão foi entregue a cada cuidador um questionário de satisfação da sessão e o calendário distribuído na primeira sessão ao cuidador que não compareceu à mesma.

Após terminar esta sessão, à semelhança da sessão anterior, todos os cuidadores e a equipa da UCC participaram no lanche convívio. Este momento voltou a permitir o convívio entre profissionais e cuidadores bem como a partilha de experiências.

Para os oito cuidadores familiares da amostra que não compareceram nas sessões de grupo foram planeadas sessões de educação para a saúde individualizadas. No entanto, apenas foram realizadas intervenções individuais a seis cuidadores por falta de disponibilidade de dois deles, um por ter iniciado atividade laboral e outro por internamento do familiar idoso dependente com prognóstico reservado.

Para estas intervenções utilizou-se o calendário distribuído nas sessões de grupo (Apêndice XVII) como suporte didático. Estas sessões individuais foram personalizadas indo ao encontro das dificuldades específicas de cada cuidador. Orem (1993) refere que ao assistir a pessoa individualmente, as enfermeiras são capazes de seleccionar e utilizar, ou ajudar a pessoa a seleccionar e utilizar, métodos para satisfazer os requisitos do autocuidado que promovem e mantêm a sua saúde e o seu desenvolvimento.

Foi assim utilizada uma linguagem clara, simples e acessível ao cuidador, procurando exemplos da sua prática diária, conhecidos pela mestrandia durante a

observação, exemplificando e pedindo aos cuidadores para executarem os exercícios práticos, no seu contexto domiciliário.

O Calendário 2017 para o cuidador. Este calendário foi criado para ser um meio de fácil consulta ao cuidador. Ser cuidador é uma tarefa que, para além de ser física e psicologicamente desgastante, acarreta enormes dificuldades na gestão do tempo pessoal (Brito, 2000). A escolha do conteúdo deste calendário resulta dos problemas priorizados neste estudo que se enquadram nas dimensões: 'Restrições Sociais', 'Exigência de Ordem Física da Prestação de Cuidados', 'Problemas Relacionais' e 'Reações à Prestação de Cuidados', pretendendo-se que os temas abordados e as estratégias descritas ajudem o cuidador a gerir melhor algumas situações resultantes destas problemáticas.

3.7. Avaliação

A avaliação do projeto, segundo Tavares (1990) é a última etapa do Planeamento em Saúde. Tavares (1990) descreve esta etapa como uma confrontação entre objetivos e estratégias delineadas, de forma a validar a adequação das estratégias. Para o autor, o processo de avaliação é feito através da utilização de dois indicadores: os indicadores de processo ou atividade, que quantificam as atividades realizadas e os indicadores de resultado ou de impacto, que refletem o impacto do projeto e os ganhos em saúde.

No que se refere a este projeto, tendo em conta o curto espaço de tempo para a implementação e avaliação do mesmo, são apenas considerados os indicadores de processo nesta avaliação (Apêndice XXI). O projeto centrou-se na capacitação dos cuidadores familiares para o autocuidado, de forma a que estes estejam preparados para enfrentar as dificuldades inerentes à tarefa, sem que para isso comprometam o seu bem-estar físico e emocional.

No entanto, importa ressaltar que a mudança de comportamentos necessária à promoção de autocuidado em saúde é um processo contínuo e alargado no tempo.

Relativamente à avaliação da satisfação dos cuidadores da 1ª sessão de Educação para a Saúde, cinco cuidadores demonstraram ter ficado totalmente satisfeitos e um cuidador ter ficado muito satisfeito (Apêndice XXII).

Na 2ª sessão de Educação para a Saúde, cinco cuidadores demonstraram ter ficado totalmente satisfeitos, um cuidador demonstrou ter ficado muito satisfeito e um cuidador demonstrou ter ficado satisfeito (Apêndice XXIII).

Com o objetivo de avaliar as intervenções efetuadas, foi novamente aplicado o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), nas categorias identificadas como problemas prioritários e realizada uma entrevista semi-estruturada que procurou fazer um levantamento das alterações comportamentais no autocuidado dos cuidadores da amostra.

Como mencionado anteriormente, apesar da amostra ser constituída, à data da implementação do projeto, por 10 cuidadores, a avaliação foi realizada apenas a sete cuidadores da amostra. Pois, um cuidador familiar tinha o idoso dependente internado com prognóstico reservado, outro iniciou atividade laboral e o último cuidador desistiu na fase da avaliação porque o seu familiar faleceu.

Os resultados obtidos após aplicação do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) sobre ‘o sentir’ dos cuidadores familiares relativamente às categorias identificadas como problemas prioritários são apresentados no quadro seguinte, ‘o sentir’ dos cuidadores na fase de diagnóstico e na fase de avaliação.

Quadro 4 - O “sentir” dos cuidadores relativamente às afirmações do CADI das categorias de intervenção prioritária na fase de diagnóstico e avaliação.

Afirmações	Diagnóstico - 19 cuidadores				Avaliação - 7 cuidadores			
	Não acontece	Acontece e sinto que			Não acontece	Acontece e sinto que		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
Não consigo ter um tempo de descanso nem uns dias de férias	2	7	8	2	2	3	0	2
A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim	8	2	8	1	2	2	2	1
Deixa-me	2	1	11	5	0	5	1	1

muito cansado fisicamente								
Por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação	5	2	10	2	0	3	3	1

Pela análise dos dados verifica-se que houve uma melhoria em todas as categorias onde foram identificados os problemas prioritários: “Restrições Sociais”, “Exigências do Cuidar”, “Reacções ao Cuidar” e “Problemas Relacionais”. Assim, na afirmação “Não consigo ter um tempo de descanso nem uns dias de férias”, regista-se uma melhoria de cinco dos cuidadores. Duas cuidadoras não alteraram o seu sentir, uma vez que uma cuidadora aquando da aplicação da escala ainda estava a tratar de questões relacionadas com o apoio domiciliário. Quanto à última cuidadora, não conseguiu sentir-se motivada para alterar o seu comportamento.

Relativamente à afirmação “A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim”, dois cuidadores alteraram o seu sentir de “causa alguma perturbação” para “não me perturba” e dois cuidadores alteraram o seu sentir de “causa alguma perturbação” para “não acontece”, três cuidadores não alteraram o seu sentir.

Na afirmação “Deixa-me muito cansado fisicamente” cinco cuidadores alteraram o seu sentir de “causa alguma perturbação” para “não me perturba” e dois cuidadores não alteraram o seu sentir.

Na afirmação “Por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação”, três cuidadores alteraram o seu sentir de “causa alguma perturbação” para “não me perturba” e quatro cuidadores não alteraram o seu sentir.

Na última visita domiciliária, para além de se ter aplicado o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) foi solicitado a cada cuidador que descrevesse o que acontecia agora de diferente na vida diária deles depois das intervenções realizadas.

No quadro seguinte serão apresentados alguns excertos, que resumem a generalidade de alguns relatos dos cuidadores. Os nomes utilizados são pseudónimos, de forma a conferir a confidencialidade.

Quadro 5 – Síntese de narrativas dos Cuidadores Familiares

Américo	(...) “Comecei a confeccionar o dobro da quantidade da sopa e colocá-la em unidoses e assim consigo ter mais tempo para fazer outras coisas. Quando vou comprar o pão dou uma volta maior ao bairro. À noite antes de me deitar faço os exercícios para a coluna cervical e alivia-me a tensão do pescoço (...). Tento ter mais cuidado com a minha postura corporal quando ajudo a minha Maria sentar-se na cadeira de rodas e também quando faço as tarefas domésticas”.
Catarina	“As coisas que a Sr ^a . Enfermeira falou-me são importantes mas eu não consigo fazer mais nada (...). O meu marido recusa o internamento e eu assim é que não consigo continuar. E não tenho ninguém que me resolva a minha situação (...)”.
Belmira	(...) “Comecei a fazer os exercícios para a coluna cervical, porque tenho dores no pescoço e quando faço um bocadinho destes alongamentos sinto-me melhor. (...) Antes de adormecer faço os exercícios respiratórios, estes exercícios deixam-me menos tensa. Ainda no outro dia, o meu marido ficou internado no hospital, cheguei a casa muito ansiosa, consegui adormecer utilizando a respiração. Quando vou ver as promoções do pingo doce, faço o percurso mais longo. A minha irmã está doente com aquela “doença da moda”, pedi ao meu filho para ficar com o pai no sábado à tarde”.
José	(...) “Optei por descansar em simultâneo com a minha mãe. Percebi um bocadinho melhor o que é tratar deles mas também como é importante não esquecermos de tratar de nós. É bom haver pessoas como você que se preocupam com os cuidadores e ajudam-nos a lembrar-nos que também somos pessoas. (...) Quando surge uma situação no cuidar com mais tensão viro as costas e respiro daquela maneira que a enfermeira ensinou-me ou saio e vou dar uma volta falo com um ou outro vizinho depende quem estiver na rua. Só o fato de sair de casa já me ajuda a sentir-me melhor e a ter maior tolerância durante a prestação de cuidados. Também estou mais atento à minha postura corporal durante os posicionamentos com a minha mãe”.
Luísa	“Sr ^a enfermeira optei por procurar o apoio domiciliário para prestar os cuidados de higiene e de conforto ao meu pai porque não consigo continuar sem ter tempo para mim e para todas as outras coisas. O meu pai está cada vez mais dependente e eu sozinha na prestação de cuidados é muito difícil gerir todas as tarefas. Estou a tentar pôr de lado certas coisas porque não consigo fazer tudo, não consigo chegar a todo o lado. O seu calendário naquela parte como fazer um plano de atividades tem-me ajudado a pensar no que é o principal do acessório (...). Antes de adormecer faço algumas vezes os exercícios da respiração para me tranquilizar. Acho que até durmo melhor”.
Maria	(...) “Quando preciso de ajuda sinto-me mais à vontade de pedir essa ajuda. Por exemplo: o meu filho ficou desempregado e tem-se demonstrado disponível. Após o almoço eu já costumava ir beber um café aqui ao pé de casa para não deixar a minha sogra muito tempo sozinha, agora peço ao meu filho para ficar com a avó enquanto eu vou ao convívio da malha e do tricôt que é aqui ao pé de casa duas vezes por semana (...).Depois da sessão das posturas corporais tornei a utilizar a cadeira de banho que a equipa ja me tinha disponibilizado para a higiene da minha sogra mas com o tempo deixei-a de usar. Fazia as coisas ao meu jeito, à minha maneira. Mas, ao voltar utilizá-la tendo em conta à postura corporal é uma grande ajuda para o alívio das minhas dores das costas”.

Ortensa	“A minha tia recuperou a sua autonomia, pelo que eu e ela decidimos que irá para o seu domicílio para a próxima semana. Para que a minha tia consiga estar no seu domicílio optei por recorrer ao apoio domiciliário nomeadamente para os cuidados de higiene e alimentação. Iniciei junto dos serviços da autarquia o pedido do cartão municipal do idoso, o qual aguardo aprovação (...)”.
---------	--

Os comportamentos acima descritos refletem alterações ocorridas que sugerem que a maioria dos cuidadores ficaram motivados para uma alteração dos seus comportamentos, de forma a que o autocuidado se torne parte integrante nas suas vidas. No entanto, importa ainda referir que somente através de uma intervenção por um período de tempo mais alargado seria possível avaliar a capacitação dos cuidadores perante o autocuidado e, por consequência, a respectiva minimização das dificuldades sentidas.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Numa sociedade cada vez mais envelhecida o aumento da necessidade de apoio às pessoas idosas dependentes surge como um problema prioritário nas políticas sociais, de saúde e económicas dos países onde este fenómeno está presente, como é o caso de Portugal. Torna-se, então, crucial organizar respostas adequadas à crescente necessidade de cuidados continuados de forma personalizada, de qualidade e em proximidade.

Para que seja possível manterem-se os idosos dependentes nos seus domicílios com a melhor qualidade de vida possível, é fundamental encontrar alguém que consiga cuidá-los adequadamente e, é desta forma que o cuidador familiar se torna um importante “parceiro de cuidados” (Andrade, 2009), surgindo assim a evidente necessidade de contemplá-lo no plano das equipas de saúde, a fim de melhorar o seu desempenho e promover a sua qualidade de vida, bem como a do idoso ao seu cuidado (Andrade 2009, Figueiredo 2007, Sequeira 2007, Martins 2014).

A realização do estágio e a redação deste relatório permitiu-nos mobilizar os conhecimentos teóricos apreendidos em sala de aula e adequá-los à prática no contexto de Cuidados de Saúde Primários, exigindo em simultâneo uma alteração da minha perspectiva, que se tornou mais completa sobre o tema em estudo.

Na maioria das vezes, no meu quotidiano profissional, a minha atenção durante a prestação de cuidados recaía maioritariamente sobre os procedimentos a realizar em benefício do "ser doente", não contemplando as necessidades e particularidades específicas dos familiares, que são extremamente importantes para o sucesso das abordagens das equipas de saúde. Pelo que após a conclusão desta etapa, darei continuidade a este projecto no meu local de trabalho, UCC Santo António de Arenilha, no que concerne na aplicação dos conhecimentos adquiridos.

Na medida em que o projeto de intervenção foi decorrendo, as principais competências desenvolvidas na qualidade de mestranda estão diretamente relacionadas com a metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori, 1993; Tavares, 1990), especificamente direccionada à avaliação do estado de saúde de um grupo pertencente à comunidade, preconizada pela OE como uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde

Pública. Relativamente à capacitação de grupos e comunidades, todo o projeto foi desenvolvido nesse sentido, centrando todas as intervenções na capacitação dos cuidadores familiares de idosos dependentes, mais concretamente no seu autocuidado.

O modelo teórico de referência de Dorothea Orem (1993) refletiu-se na colheita de dados, no estabelecimento do diagnóstico de enfermagem e na interpretação dos resultados.

A utilização do Planeamento em Saúde permitiu equacionar as decisões que levaram à transformação do problema de saúde de forma racional. A definição do foco de intervenção de enfermagem fez a ponte de ligação entre o projeto, o Plano de Acção da UCC de Vila Franca de Xira e a sua integração no Plano Nacional de Saúde (2012-2016), onde a capacitação para lidar com a doença e para o autocuidado e apoio das famílias e dos cuidadores insere-se num dos eixos estratégicos definidos pelo documento e, no Plano de Desenvolvimento da RNCCI (2016-2019), nomeadamente no reconhecimento e no apoio aos cuidadores familiares, compreendendo a complexidade dos cuidados de saúde.

O diagnóstico de situação possibilitou também o estabelecimento de prioridades em saúde de um grupo da comunidade (cuidadores familiares), bem como a formulação de objetivos e estratégias, tendo em conta as necessidades em saúde de antemão estabelecidas.

No decorrer da realização deste projeto foram surgindo alguns constrangimentos que condicionaram a implementação do mesmo, mas que ainda assim foram sendo superados. Inicialmente a autorização para a implementação dos questionários na fase de diagnóstico demorou mais do que o esperado, acabando por limitar as atividades previstas para desenvolver no primeiro momento de estágio levando a necessidade deste projeto se realizar apenas no segundo momento de estágio e não nos dois, como previsto. A autorização para a implementação dos questionários foi recebida pela mestrandia por correio electrónico no dia 8 de dezembro de 2016, após a solicitação de alguns esclarecimentos por parte da Comissão Ética da ARS LVT, respectivo reenvio dos mesmos pela mestrandia e da autorização final por esta entidade.

Posteriormente, as características da população alvo deste estudo foram outro constrangimento encontrado, uma vez que a amostra reduziu entre o período em que foi realizada a colheita de dados até ao período em que foi realizada a avaliação

do projeto. Tal sucedeu por falecimento dos idosos dependentes, por desistência dos cuidadores em continuar a participar no estudo ou por institucionalização do idoso dependente, o que demonstra a complexidade do estudo desta problemática.

Todas estas limitações foram tidas em consideração na seleção das intervenções a realizar, uma vez que estas devem ser realistas, aplicáveis e exequíveis.

A participação dos cuidadores familiares da amostra nas sessões de educação para a saúde foi outra fragilidade, mas que, no entanto, refletem a verdadeira dificuldade dos cuidadores familiares se ausentarem dos cuidados ao seu familiar e, mesmo quando se organizam nesse sentido, estão sujeitos a imprevistos que condicionam a sua participação e sociabilidade, o que reforça o interesse e a pertinência em estudar e intervir nesta população. Prevendo esta situação planearam-se intervenções individualizadas de modo a dar resposta às necessidades destes cuidadores, permitindo o cumprimento dos objetivos.

Por fim, outra limitação encontrada pela mestrandia, que resultou como consequência da limitação de tempo deste projeto, foi a apresentação dos resultados a toda a equipa multidisciplinar da UCC de VFX. Como a avaliação de resultados foi realizada no domicílio dos cuidadores e mediante a sua disponibilidade, esta só foi possível de se realizar na última semana de estágio. No entanto, os resultados obtidos foram apresentados informalmente à equipa, de modo a que esta se sentisse envolvida neste projeto ao longo do estágio.

A implementação deste projeto permitiu-me estabelecer relações de confiança com os cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes acompanhadas pela ECCI de VFX, possibilitando a aquisição de um conhecimento mais profundo e vivenciado daquelas que são as reais dificuldades dos cuidadores familiares. Considerando os resultados obtidos, os cuidadores familiares ficaram sensibilizados e consciencializados para a importância que devem ter com o cuidado consigo próprios, de forma assegurar o seu autocuidado. Desta forma, estes resultados vêm reforçar a necessidade dos cuidadores familiares serem também um dos focos de atenção por parte dos enfermeiros especialistas em saúde comunitária, para que quem cuida não fique por cuidar.

Neste sentido, promover a potencialização das capacidades e competências destes cuidadores, através de intervenções que promovam o seu autocuidado irá influenciar positivamente a sua saúde assim como a prestação de cuidados ao idoso

dependente. Como afirma Brito (2002) “o bem-estar dos prestadores de cuidados refletir-se-à, necessariamente, no bem-estar dos que deles recebem cuidados” (Brito, 2002, p. 24).

Tendo em conta os indicadores/resultados obtidos, e salientando a impossibilidade de uma avaliação sistematizada dos mesmos, por questões de tempo consideram-se alcançados os objetivos propostos para este projeto.

Assim, no que respeita à Saúde dos Cuidadores Familiares, o papel a desempenhar por parte do Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária deve tornar-se inequivocamente um papel de destaque, uma vez que assume o principal elo desta relação cuidador - idoso dependente.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária é o profissional que melhor conhece o cuidador os seus hábitos e estilo de vida, assim como os recursos existentes na comunidade. Esta informação privilegiada permite que o enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária possa intervir de forma direta no atendimento das necessidades de saúde do cuidador, através de técnicas/métodos que lhe permitam dar continuidade ao seu bem-estar conjugado com o seu papel de cuidador.

Espera-se que com a conclusão deste estudo, o mesmo possa promover outros trabalhos semelhantes, contribuindo para a construção de metodologias efetivas onde o cuidador familiar aprenda a viver enquanto cuidador responsável de um idoso dependente sem que isso afecte de forma negativa a sua própria saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(Des) Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Alves, S., Brandão, D., Teixeira, L., Azevedo, J., Duarte, M., Ribeiro, O., & Paúl, C. (2015). Intervenções psicoeducativas e *distress* psicológico em cuidadores informais: Análise comparativa de dois projetos comunitários. *Revista E-Psi*, 5 (1), 94-112. Acedido em 15-07-2016. Disponível em: <http://www.revistaepsi.com>
- Anderson, A. (2017). *When looking after a loved-on is too much: caring for carers*. MA Healthcare Ltd. Acedido em 16-06-2017. Disponível em: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=56&sid=777d1b63-8356-430f-8b7bff52afb5f6a6%40sessionmgr4006&hid=4204&bdata=Jmxhbmc9cHQtYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=123010563&db=ccm>
- Andrade, F. (2009). *O Cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: necessidades educativas do cuidador principal*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade do Minho, Braga.
- Araújo, I. M. B. (2010). *Cuidador da família com um idoso dependente: Formação em Enfermagem*. Tese de doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Disponível no RCAAP. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/45001/2/TeseDoutlsabel.pdf>
- Azevedo, R. (2010). *Sobrecarga do cuidador informal da pessoa idosa Frágil: uma revisão sistemática*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.
- Beatty, P. T. & Wolf, M. A. (1996). *Connecting with older adults: educational responses and approaches*. Malabar: Krieger Publishing Company.

Botelho, M. O. M. (2011). *Idoso que cuida de idosa*. Dissertação de mestrado. Disponível no RCAAP.

[https://www.google.com/search?client=firefox-b&q=Botelho,+M.+O.+M.+\(2011\)+Idoso+que+cuida+de+idosa.+Disserta%C3%A7%C3%A3o+de+mestrado.+Dispon%C3%ADvel+no+RCAAP&oq=Botelho,+M.+O.+M.+\(2011\).+Idoso+que+cuida+de+idosa.+Disserta%C3%A7%C3%A3o+de+mestrado.+Dispon%C3%ADvel+no+RCAAP&gs_l=psy-ab.3...24455.25100.0.25864.1.1.0.0.0.93.93.1.1.0...0...1.1.64.psy-ab..0.0.0...0.mQU9C_bUKLo&gfe_rd=cr&dcr=0&ei=xsHjWYeXKlSt8wf0-5e4AQ](https://www.google.com/search?client=firefox-b&q=Botelho,+M.+O.+M.+(2011)+Idoso+que+cuida+de+idosa.+Disserta%C3%A7%C3%A3o+de+mestrado.+Dispon%C3%ADvel+no+RCAAP&oq=Botelho,+M.+O.+M.+(2011).+Idoso+que+cuida+de+idosa.+Disserta%C3%A7%C3%A3o+de+mestrado.+Dispon%C3%ADvel+no+RCAAP&gs_l=psy-ab.3...24455.25100.0.25864.1.1.0.0.0.93.93.1.1.0...0...1.1.64.psy-ab..0.0.0...0.mQU9C_bUKLo&gfe_rd=cr&dcr=0&ei=xsHjWYeXKlSt8wf0-5e4AQ)

Brito, M. L. S. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina, Universidade do Porto. Disponível no RCAAP Lisboa. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/9933>

Brito, L. (2002). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

Brown, D. (2010). A obrigação de cuidar: Mulheres idosas em uma comunidade de Florianópolis. In S. Maluf, S. & C. Tornequist (Coords.). *Género, Saúde e Aflição: Abordagens Antropológicas* (pp.215-219). Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas.

Colière, M. F. (1999). *Promover a vida - da prática das mulheres em virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.

Cunha, P. (2012). *Plano de Ação da Unidade de Cuidados na Comunidade Vila Franca de Xira 2012-2016*. Não publicado.

Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial. (Versão de outubro de 2013). Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos. Acedido em 10-06-2016. Disponível em <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>

Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Ministério da Saúde cria a Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios do trabalho e da Solidariedade Social e da Saúde. *Diário da República I Série*, N.º 109 (18-12-2006). 3856-3865.

Delgado, A. & Wall, K. (Coords.) (2014). *Famílias nos Censos 2011: Diversidade e Mudança*. Lisboa: Edição conjunta do Instituto Nacional de Estatística e da Imprensa de Ciências Sociais.

Despacho Nº 10143/2009 de 16 de abril (2009). Regulamento da Organização e do funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. *Diário da República II Série*, Nº 74 (16-04-2009). 15438-15440.

Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica. O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e desenvolvimento*, 19,139-156.

Direcção Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012 – 2016*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Direcção-Geral de Saúde (2013). Norma Nº 015/2013. *Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

Equipa docente da UC opção II – Mestrado em enfermagem (2016). *Programa de Unidade Curricular*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Não publicado

- Fernandes, A.; Costa, V.; Ferreira, M. & Girão, R. (2015). Fatores determinantes na redução dos níveis de sobrecarga dos cuidadores informais de utentes com dependência: artigo de revisão. *Evidências*, 2, pp 15-22.
- Ferreira, D. M. (2016). *Dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio que pertencem à ECCL Odivelas*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Ferreira, I. N. (2013). *A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Figueiredo, D., Lima, M. P. & Sousa, L. (2009). Os “Pacientes Esquecidos”: Satisfação com a Vida e Percepção de Saúde em Cuidadores Familiares de Idosos. *Revista Kairós*, 12 (1), 97-112. Acedido em 15-07-2016. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/2782/1817>
- Figueiredo, D., Lima, M. & Sousa, L. (2012). Cuidadores familiares de idosos dependentes com ou sem demência: Rede Social Pessoal e Satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde e Doença*, 13, 117-129.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2004). *Cuidar persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar: uma análise da visão da família e do cuidador principal* (2ª ed.). Coimbra: Formasau.

- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3^o ed.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos (2011)*. Acedido em 03-06-2016. Disponível em:
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_base_dados&contexto=bd&selTab=tab2
- Instituto Nacional de Estatística (2015). *Estatísticas Demográficas 2014*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Instituto Nacional de Estatística (2016). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Acedido em 05-05-2017. Disponível em:
<http://www.pordata.pt/DB/Municipios/Ambiente+de+Consulta/Tabela>
- International Council of Nurses (2011). *CIPE versão 2: Classificação internacional para prática de enfermagem* (H. Castro, Trad.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Jarvis, A. (2010). Working with carers in the next decade: The Challenges. *British Journal of Community Nursing*, 15 (3), 125-128. Acedido em 05-09-2016. Disponível em:
<http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=50bf4c4f-c709-4e2f-97f8-69f8a10c87b2%40sessionmgr4006&vid=0&hid=4207&bdata=Jmxhbmc9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=105139914&db=ccm>
- Lage, M. (2007). *Avaliação dos cuidados informais aos idosos; Estudo do impacto do cuidado no cuidador informal*. Tese de doutoramento não publicada. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Laing, M. & Spring, S. (2014). Enabling the health and wellbeing of carers through district nursing support. *British Journal of Community Nursing*, 19 (7), 346-351. Acedido em 17-06-2017. Disponível em:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=ce323840-4c61-4330-a247-a12c36aaa706%40sessionmgr102&vid=0&hid=107&bdata=Jmxhbm9cHQtYnImc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=107863502&db=ccm>

Lourenço, T., Figueiredo, R. & Sá, L.O. (2015). Cuidadores Informais: estado da arte em Portugal. *Nursing Magazine Digital*. Acedido em 10-02-2017. Disponível em:

<http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalinspdf/singles/cuidadores-informais-estado-da-arte-em-portugal.pdf>

Martins, C. S. G., Corte, A. E. M. & Marques, E. M. B. G. (2014). As dificuldades do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1 (2), 177-184. Acedido em 15-01-2017. Disponível em:

http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214877_2014_2_1_177.pdf

Martins, E. (2014). *Gerações solidárias: Acção Humanitária na promoção da solidariedade Intergeracional*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Meleis, A., Sawyer, L., Messias, DK., Shumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23 (1), 12-28.

Melo, R.; Rua, M. & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*, 143-151. Disponível em:

<http://dx.doi.org/10.12707/RIV14003>

- Neri, A. L. & Carvalho, V. A. M. L. (2002). O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais. In E. V. Freitas & Col. (Eds.). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Onega, L. L. & Devers, E. (2011). Educação para a Saúde e Processo de Grupo. In M. Stanhope & J. Lancaster (Coords). *Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (pp. 302-330). Loures: Lusodidacta.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dia Internacional da Família 2008*. Acedido em 30/04/2017. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/ordem/Paginas/EspCid_DiaInternacionaldaFam%C3%ADlia2008.aspx
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para elaboração de catálogos CIPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Dia Internacional da Família 2014*. Acedido em 09-11-2016. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Paginas/DiaInternacionaldaFamilia>
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Classificação internacional para a prática de enfermagem versão 2015*. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem: conceptos de enfermaria en la práctica*. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas.
- Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6ª ed). Louis: Mosby Year Book.

Organização Mundial de Saúde (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde.

Organização Mundial de Saúde (2002). *Active aging: a policy framework*. Geneva: OMS.

Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Genebra

Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2013). *Health at a Glance 2013 – OCDE Indicators*. OECD Publishing.

Paguia, A. (2014). *A Saúde dos Cuidadores Familiares de idosos dependentes. Um projeto de intervenção em enfermagem comunitária*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Proença, A. (2015). *A Saúde dos Cuidadores Familiares de idosos dependentes. Um projeto de intervenção em enfermagem comunitária*. Dissertação de mestrado não publicada. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Regulamento nº 128/2011 de 29 de Fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. *Diário da República 2.ª Série, Nº35* (18-02-2011). 8667-8669.

Relvas, A. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: edições Afrontamento.

República Portuguesa (2016). *Plano de desenvolvimento da RNCCI 2016-2019*. Acedido em 08-02-2017. Disponível em:
<https://www.google.pt/#q=plano+de+desenvolvimento+da+RNCCI+2017>

Resolução da Assembleia da República Nº 130/2016 (2016). Recomenda ao Governo medidas de apoio aos cuidadores informais e a aprovação do seu estatuto. *Diário da República Iª Série*, Nº 136 (18-07-2016), 2294.

São José; Wall K. (2006). Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções. *Proteção Social, cadernos sociedade e trabalho*, 7, 119-154. Acedido em 2017-04-07. Disponível em:

<http://www.ics.ul.pt/rdonweb-docs/Karin%20Wall%202006%20%20n%C2%BA1.pdf>

Sarmiento, E., Pinto, P. & Monteiro, S. (2010). *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar o idoso dependente no domicílio (Mecanismo de Adaptação)*. Coimbra: Formasau.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lousã: Lidel.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. Adelaide, South Australia: The Joanna Briggs Institute.

U.S. Census Bureau (1995). *Sixty-five plus in the United States. Statistical Brief*. Acedido em 28-02-2017. Disponível em:
<https://www.census.gov/population/socdemo/statbriefs/agebrief.html>

World Health Organization (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO, European Regional Office. Acedido em 10-04-2017. Disponível em:
http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical_brief_ehp.pdf.

World Health Organization (2014). *Definition of an older or elderly person*. Geneva:
World Health Organization. Acedido em 06/09/2016. Disponível em:
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

APÊNDICES

APÊNDICE I
Revisão *Scoping* da Literatura

Revisão *scoping* da Literatura

Foi realizada uma revisão *scoping* da literatura, que teve como finalidade de procurar a evidência disponível sobre a temática do presente projeto.

Partindo do tema “Saúde dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes” foi formulada a pergunta de investigação em formato de **PCC**, de acordo com o que é sugerido no protocolo JBI (Joanna Briggs Institute, 2015):

Quais as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares de idosos dependentes ao cuidar no domicílio?

A partir dos principais conceitos, foram elaboradas as seguintes palavras-chave: cuidador familiar, dificuldades; idosos dependentes, enfermagem comunitária.

- População (**P**): cuidador familiar (caregivers)
- Conceitos (**C**): dificuldades (information needs); idosos dependentes (dependent elderly);
- Contexto (**C**): enfermagem comunitária (community health nursing)

A estratégia de pesquisa utilizada obedeceu aos seguintes critérios de inclusão:

- Plataforma agregadora de bases de dados EBSCO HOST, selecionando as bases de dados, CINAHL Plus With Full Text e MEDLINE With Full Text;
- Limite temporal: 2012 a 2017;
- Acesso ao texto integral em PDF;
- Referências bibliográficas disponíveis;
- Resumo disponível;
- Critérios baseados no conteúdo dos artigos, devendo abordar os

seguintes assuntos:

Cuidador familiar; dificuldades; idosos dependentes e enfermagem comunitária.

Daqui resultaram equações booleanas que se podem analisar através do histórico de pesquisa da base de dados CINAHL Plus With Full Text e MEDLINE With Full Text

Histórico de pesquisa



Saturday, June 17, 2017 12:43:59 PM

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S7	S1 AND S6 AND S5	Limitadores - Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Complete	8
S6	S2 OR S3 OR S4	Limitadores - Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,413
S5	community health nursing	Limitadores - Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível; Data de publicação: 20120101-20171231 Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Complete	810
S4	dependent elderly	Limitadores - Texto completo; Referências disponíveis; Resumo	Interface - Bancos de dados de	7

		disponível; Data de publicação: 20120101-20171231 Modos de pesquisa - Booleano/Frase	pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Complete	
S3	caring	Limitadores - Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível; Data de publicação: 20120101-20171231 Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,161
S2	informations needs	Limitadores - Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível; Data de publicação: 20120101-20171231 Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Complete	258
S1	caregivers	Limitadores - Texto completo; Referências disponíveis; Resumo disponível; Data de publicação: 20120101-20171231 Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,285

Histórico de pesquisa



Saturday, June 17, 2017 1:15:28 PM

#	Busca	Limitadores/expansores	Última execução via	Resultados
S7	S1 AND S6 AND S5	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20120101-20171231; Resumo disponível Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - MEDLINE Complete	2
S6	S2 OR S3 OR S4	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20120101-20171231; Resumo disponível Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,545
S5	community health nursing	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20120101-20171231; Resumo disponível Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - MEDLINE Complete	485
S4	dependent elderly	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20120101-20171231; Resumo disponível Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - MEDLINE Complete	18
S3	CARING	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20120101-20171231; Resumo disponível	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost	3,047

		Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - MEDLINE Complete	
S2	INFORMATION NEEDS	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20120101-20171231; Resumo disponível Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - MEDLINE Complete	489
S1	CAREGIVERS	Limitadores - Texto completo; Data de publicação: 20120101-20171231; Resumo disponível Modos de pesquisa - Booleano/Frase	Interface - Bancos de dados de pesquisa EBSCOhost Tela de pesquisa - Pesquisa avançada Base de dados - MEDLINE Complete	5,948

Através da análise dos históricos de pesquisa realizada pode-se verificar que os resultados de pesquisa foram de 10 artigos (8 artigos na CINAHL e 2 artigos na MEDLINE) que após leitura do título, do resumo e excluídos os artigos duplicados em ambas as bases de dados foram selecionados 2 artigos.

Os 2 artigos que resultaram da pesquisa foram integrados no enquadramento teórico, apresentando-se seguidamente uma síntese dos mesmos.

Resumo dos artigos selecionados na Revisão *Scoping* da Literatura

Autor	Título	Ano	Objetivos	Conclusões
Michelle Laing, Sally Sprung	Enabling the health and wellbeing of carers through district nursing support	2014	The aim of the study was to appraise the published evidence base relating to carers' needs and how professionals can support carers' needs when providing care to patients in the community.	The studies consistently reported carers' requirements of practical support and information as a theme across studies, suggesting that effective ways of delivering information and support to caregivers need to be developed and implemented as a matter of priority. It also highlighted the needs of the professionals providing support to carers, to ensure the health and well being needs of carers, to include sign posting and referral to avoid reaching crisis point and resultant burnout.
Allie Anderson	When looking after a loved-one is too much: caring for carers	2017	Ajudar o enfermeiro comunitário a identificar os métodos e estratégias dos quais deve fazer recurso para facultar aos cuidadores familiares para a sua missão enquanto prestadores de cuidados.	O artigo consciencializa os enfermeiros comunitários para os sinais de exaustão ou "quebra" por parte dos cuidadores familiares, dos quais podem advir problemas de saúde tanto ao nível mental quanto física. Os Enfermeiros Comunitários desempenham um papel crucial na protecção dos cuidadores familiares. Se a saúde e o bem-estar de um cuidador estiver comprometido ao limite de atingir o "ponto" de ruptura, os familiares tornam-se mais vulneráveis e a sua salvaguarda pode vir a tornar-se um problema para os serviços de saúde e assistência social. Os enfermeiros comunitários devem identificar os serviços de assistência e os recursos locais que possam facultar alguma ajuda aos cuidadores, tendo em consideração inclusive factores de carácter religioso e cultural.

APÊNDICE II

1º Pedido de autorização ao Director do ACES Estuário do Tejo

Exmo. Diretor Executivo do ACES Estuário do Tejo

Dr. Carlos Agostinho

No âmbito do desenvolvimento do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a mestranda Susana Patrícia Correia Faustino, sob a orientação da Sra. Professora Doutora Maria Manuel Quintela, está actualmente a desenvolver um projecto de intervenção comunitária sobre a temática “A Saúde do Cuidador Familiar de idosos dependentes” na Unidade dos Cuidados na Comunidade Vila Franca de Xira (UCC VFX), tendo como supervisor clínico neste contexto a Sra. Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Susana Pires.

Venho por este meio, solicitar a Vossa Ex^a. autorização para a aplicação dos questionários junto dos familiares inscritos UCC Vila Franca de Xira, para a realização desta etapa de diagnóstico da situação, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993). Este projeto tem como objetivo identificar as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares dos idosos dependentes da UCC Vila Franca de Xira. Para isso, para além de se proceder à caracterização sociodemográfica dos cuidadores e pessoas idosas cuidadas, pretendemos aplicar o Índice Barthel, para avaliar o grau de dependência da pessoa idosa e Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (Carers Assesment of Difficulties Idex, CADI) traduzida e adaptada pela professora Luísa Brito e pelo professor João Barreto (2000).

Pretende-se que os questionários sejam preenchidos pelos cuidadores familiares de pessoas idosas, sendo que a mestranda o pode fazer caso estes não saibam ler ou escrever, ou caso os cuidadores assim o solicitem.

Desde já, garante-se o anonimato e a confidencialidade da informação e o respeito pelos utentes, pedindo o consentimento informado por escrito para a utilização da informação e posterior divulgação dos resultados.

A respetiva autorização dos autores do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador, segue em anexo a este documento bem como os questionários e o consentimento informado a serem entregues aos cuidadores familiares. Relativamente ao Índice de Barthel é a escala que a equipa dos cuidados continuados utiliza como instrumento de colheita de dados.

Para terminar, solicito também a autorização da utilização do nome do ACES Estuário Vale do Tejo e o nome da Unidade de Cuidados na Comunidade Vila Franca de Xira (UCC VFX) para referenciação no presente projeto.

Peço deferimento,

Vila Franca de Xira, 1 de junho de 2016

(Susana Patrícia Correia Faustino)

APÊNDICE III

2º Pedido de autorização à Directora do ACES Estuário do Tejo

Exma. Sr^a. Diretora Executiva do ACES Estuário do Tejo
Dra. Maria do Céu Canhão

No âmbito do desenvolvimento do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a mestranda Susana Patrícia Correia Faustino, sob a orientação da Sr^a. Professora Doutora Maria Manuel Quintela, está atualmente a desenvolver um projeto de intervenção comunitária sobre a temática “A Saúde do Cuidador Familiar de idosos dependentes” na Unidade dos Cuidados na Comunidade Vila Franca de Xira (UCC VFX), tendo como supervisor clínico neste contexto a Sr^a. Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária Susana Pires.

Venho por este meio, solicitar a Vossa Ex^a. autorização para a aplicação dos questionários junto dos familiares inscritos na UCC Vila Franca de Xira, para a realização da etapa de diagnóstico da situação, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1993). Este projeto tem como objetivo identificar as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares dos idosos dependentes da UCC Vila Franca de Xira. Para isso, para além de se proceder à caracterização sociodemográfica dos cuidadores e pessoas idosas cuidadas, pretendemos aplicar o Índice Barthel, para avaliar o grau de dependência da pessoa idosa e Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (Carers Assesment of Difficulties Idex, CADI) traduzida e adaptada pela professora Luísa Brito e pelo professor João Barreto (2000).

Pretende-se que os questionários sejam preenchidos pelos cuidadores familiares de pessoas idosas, sendo que a mestranda o pode fazer caso estes não saibam ler ou escrever, ou caso os cuidadores assim o solicitem.

Desde já, garante-se o anonimato e a confidencialidade da informação e o respeito pelos utentes, pedindo o consentimento informado por escrito para a utilização da informação e posterior divulgação dos resultados.

A respetiva autorização dos autores do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador, segue em anexo a este documento bem como os questionários e o consentimento informado a serem entregues aos cuidadores familiares. Relativamente ao Índice de Barthel é a escala que a equipa dos cuidados continuados utiliza como instrumento de colheita de dados. Para terminar, solicito também a autorização da utilização do nome do ACES Estuário Vale do Tejo e o nome da Unidade de Cuidados na Comunidade Vila Franca de Xira (UCC VFX) para referência no presente projeto.

Peço deferimento,

Vila Franca de Xira, 22 de setembro 2016.

Susana Patrícia Correia Faustino

APÊNDICE IV
**Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador e da prestação
de cuidados**

Questionário de caracterização do Cuidador Familiar

Este questionário é composto por um conjunto de questões, às quais solicito que responda com a maior precisão possível.

Vou ler-lhe as questões, uma a uma. Caso tenha dúvidas, solicite os esclarecimentos que entender necessários.

1. Caracterização sociodemográfica do cuidador familiar

1.1. Género: (assinale com um X)

Masculino

Feminino

1.2. Idade atual: _____ (Preencha o espaço com um nº)

1.3. Estado Civil: (assinale com um X)

Casado (a)

União de facto

Solteiro (a)

Viúvo (a)

Divorciado (a)

1.4. Qual é o número de elementos do agregado familiar: _____ (Preencha com um nº)

1.5. Escolaridade: (Assinale com X)

Não frequentou o sistema de ensino formal

1º ciclo do Ensino básico (até à 4ª classe)

2º ciclo do ensino básico (5º e 6º ano)

3º ciclo do Ensino básico (até ao 9º ano)

Ensino secundário (até ao 12º ano)

- Ensino superior
- Outro. Qual? _____

1.6. Situação profissional/ocupação: (Assinale com um X)

- Empregado (a)
- Desempregado (a)
- Doméstico (a)
- Estudante
- Reformado (a) Qual a profissão antes de se reformar? _____
- Outra. Qual? _____

2. Caracterização da prestação de cuidados

2.1. Qual a relação de parentesco com a pessoa que cuida (Assinale com um X)

- Cônjuge
- Filho/Filha
- Irmã/Irmão
- Nora/Genro
- Neta/Neto
- Outro. Qual _____

2.2 - Há quanto tempo cuida do seu familiar (Assinale com uma X)

- Menos de 1 ano
- Entre 1 e 2 anos
- Entre 2 e 3 anos
- Mais de 3 anos

2.3 - Por dia, quanto tempo presta cuidados ao seu familiar? (Assinale com uma X)

- Menos de 6 horas
- Entre 6 a 12 horas
- Entre 12 a 18 horas
- Entre 18 a 24 horas

2.4. Qual a distância da sua residência do seu familiar de quem cuida? (Assinale com uma X)

- Vivem na mesma casa
- Vivem na mesma rua
- Vivem na mesma cidade
- Outra. Qual? _____ -

2.5. Tem prazer na prestação de cuidados do seu familiar? (Assinale com uma X)

- SIM
- NÃO

2.6. Já faltou ao trabalho por motivos de doença do familiar de quem cuida?

- SIM Porque razão? _____ -
- NÃO

2.7. A sua família foi afetada por cuidar do seu familiar?

- SIM Porque razão? _____ -
- NÃO

2.8. Para além de si, quem colabora mais na prestação de cuidados? _____

2.8.1. Que tipo de apoio recebe? _____

2.8.2. Quantas horas recebe em media de apoio por semana? _____ horas

2.9. Como descreve o seu próprio estado geral de saúde? (Assinale com X)

Muito bom

Bom

Razoável

Fraco

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE V

Pedido de autorização à professora Doutora Maria Luísa Brito

Pedido de autorização para a utilização da escala de CADI



Susana Patricia 03-05-2016

Para: britoml@gmail.com ✉

Boa tarde Professora,

Eu sou a Susana Faustino, estudante de mestrado na escola superior de ESEL do 7º Curso de Mestrado de Especialização na área de Saúde de Enfermagem Comunitária, estou a desenvolver o meu projeto de intervenção comunitária na área dos cuidadores familiares, gostaria de saber se para o diagnóstico de situação que estou a elaborar poderia utilizar a Escala de CADI que foi traduzida e validada por si para a população portuguesa.

Grata pela atenção dispensada.

Com os meus melhores cumprimentos,

Susana Faustino

APÊNDICE VI
Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Susana Patrícia Correia Faustino, estou no momento a realizar o mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, onde estou a desenvolver um projeto de intervenção no âmbito dos cuidadores familiares dos utentes dependentes acompanhados pela UCC de Vila Franca de Xira, sobre o tema **“A Saúde dos cuidadores familiares de idosos dependentes”**.

Para ser possível a concretização deste projeto é necessária a sua participação no preenchimento de um questionário sobre a caracterização do cuidador familiar e o preenchimento do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI).

Mais informo:

- O objetivo do estudo é identificar as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares dos utentes internados na ECCI de Vila Franca de Xira.
- É garantido o anonimato e a confidencialidade das suas respostas.
- A informação colhida é confidencial, para uso exclusivo neste estudo.
- A privacidade dos participantes fica totalmente salvaguardada e respeitada, pois a sua identidade será do conhecimento exclusivo das pessoas implicadas no estudo.
- Não são previstos danos físicos, emocionais, ou efeitos colaterais, devido a memórias dolorosas. Caso tal aconteça, pode interromper as respostas, se for essa a sua vontade.
- A participação é voluntária, ficando salvaguardado o seu direito de recusa, sem que daí advinha qualquer prejuízo.

Assim, solicito-lhe o seu consentimento por escrito, em como aceita participar no estudo.

(Assinale com uma cruz)

1. Aceito participar no estudo _____
2. Não aceito participar no estudo _____

Muito Obrigada pela Colaboração!

Assinatura do cuidador: _____

Data ___/___/___

APÊNDICE VII

Caraterização do utente idoso dependente no domicílio

CARATERIZAÇÃODO IDOSO DEPENDENTE		Nº de utentes	Frequência relativa	
Idade	≥ 65 anos <74 anos	5	26 %	
	≥ 75 anos <84	11	58%	
	≥ 85 anos	3	16%	
Sexo	Masculino	9	47 %	
	Feminino	10	53%	
Tipo de dependência (Índice de Barthel)	Independente	0	0 %	
	Ligeiramente dependente	6	32 %	
	Moderadamente dependente	3	16 %	
	Severamente dependente	6	32 %	
	Totalmente dependente	4	21 %	
Tipo de dependencia de AVD´s	Alimentação	Independente	9	47%
		Necessita de Ajuda	8	42%
		Dependente	2	10%
	Vestir	Independente	3	15%
		Necessita de ajuda	11	57%
		Dependente	5	26%
	Banho	Independente	1	5%
		Dependente	18	95%
	Higiene corporal	Independente	12	63%
		Dependente	7	37%
	Uso de casa de banho	Independente	5	26%
		Necessita de ajuda	4	21%
		Dependente	10	53%
	Controlo Intestinal	Independente	7	37%
		Incontinência ocasional	5	26%
		Incontinência Fecal	7	37%
	Controlo vesical	Independente	4	21%
		Incontinente ocasional	6	32%
		Incontinente ou algaliado	9	47%

	Subir escadas	Independente	2	11%
		Necessita de ajuda dependente	2	11%
		Dependente	15	79%
	Transferência cadeira-cama	Independente	3	16%
		Necessita de ajuda minima	4	21%
		Necessita de grande ajuda	6	32%
		Dependente	6	32%
	Deambulação	Independente	2	11%
		Necessita de ajuda	5	26%
		Independente com cadeira de rodas	1	5%
		Dependente	11	58%

APÊNDICE VIII

**Determinação de prioridades dos problemas dos cuidadores familiares dos
utentes da ECCI de VFX - Técnica de Comparação por Pares**

Determinação de prioridades dos problemas dos cuidadores familiares dos utentes da ECCI de VFX - Técnica de Comparação por Pares

Problemas/dificuldade	Categoria	Comparação	Valor final	Ordenação Final
P1 “Não consigo ter um tempo de descanso nem um dia de férias”;	Restrições Sociais	P1 P1 P1 P1 P2 P3 P4 P5	P1 Selecionado 3 vezes	2º
P2 “A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim”;	Problemas Relacionais	P2 P2 P2 P2 P3 P4 P5 P1	P2 selecionado 1 vez	4º
P3 “Deixa-me muito cansado fisicamente”	Exigências de Ordem Física da prestação de cuidados	P3 P3 P3 P3 P4 P5 P1 P2	P3 selecionado 4 vezes	1º
P4 “Por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação”	Reações à prestação de cuidados	P4 P4 P4 P4 P5 P1 P2 P3	P4 selecionado 2 vezes	3º
P5 “Parece-me que os técnicos de saúde e acção social não fazem bem a ideia dos problemas que os cuidadores enfrentam”.	Apoio profissional	P5 P5 P5 P5 P1 P2 P3 P4	P5 selecionado nenhuma vez	5º

APÊNDICE IX
Diagnósticos de Enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem

		Diagnósticos de Enfermagem	
Categorias	Problemas/dificuldades	CIPE versão 2015	Orem (1993)
Exigências de Ordem Física da prestação de cuidados	“Deixa-me muito cansado fisicamente”	Défice no autocuidado	Défice no autocuidado relacionado com a incapacidade de desenvolver atividades em seu benefício para manter a saúde e o bem-estar.
Restrições Sociais	“Não consigo ter um tempo de descanso nem um dia de férias”;		
Reações à prestação de cuidados	“Por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação”		
Problemas Relacionais	“A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim”;		

APÊNDICE X

**Preparação Operacional 1ª sessão “Cuidar de um familiar e cuidar de mim -
Apoio ao cuidador familiar”**

Preparação Operacional 1ª sessão “Cuidar de um familiar e cuidar de mim - Apoio ao cuidador familiar”

Atividade	Objetivos	Quem	Quando	Onde	Como	Processo	Avaliação
Sessão de Educação para a Saúde sobre “ Cuidar de um familiar e cuidar de mim – Apoio ao cuidador familiar ”.	<p>-Incentivar os cuidadores familiares de pessoas idosas a criarem estratégias de autocuidado no sentido de prevenir a sobrecarga do cuidador.</p> <p>- Informar sobre estratégias de gestão de tempo e planeamento de actividade do cuidar.</p> <p>-Informar sobre os Recursos existentes na comunidade de Vila Franca de Xira</p>	Mestranda	24 de janeiro.	Sala de Reuniões da UCC VFX.	<p>Método expositivo. Técnica expositiva.</p> <p>Método Interrogativo. Técnica interrogativa.</p> <p>Método demonstrativo. Técnica de demonstração.</p> <p>Método Ativo.</p>	<p>Reunião com as Assistentes Sociais e Psicólogos da ECCI.</p> <p>Reunião com a Divisão Social e da Saúde da autarquia.</p> <p>Visita domiciliária para divulgação da Sessão de Educação para a Saúde.</p> <p>Entrega de convite personalizado.</p> <p>Criar folha de presença da sessão.</p> <p>Elaborar um questionário de satisfação da sessão.</p> <p>Pesquisa bibliográfica</p>	Questionário de satisfação da sessão.

APÊNDICE XI
Preparação Operacional 2ª sessão “Manutenção Física e Relaxamento do Cuidador”

Preparação Operacional 2ª sessão “Manutenção Física e Relaxamento do Cuidador”

Atividade	Objetivos	Quem	Quando	Onde	Como	Processo	Avaliação
<p>Sessão de Educação para a Saúde sobre: “Manutenção Física e Relaxamento do Cuidador”.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar os Cuidadores Familiares de pessoas idosas a criarem estratégias de manutenção física, lazer e relaxamento. - Demonstrar técnicas de prestação de cuidados que ajudem ao Cuidador Familiar na prevenção de doenças osteoarticulares. - Estimular os Cuidadores Familiares para o desempenho de atividades que o beneficiem de forma a manter a sua saúde e bem estar. 	<p>Mestranda</p>	<p>31 de janeiro</p>	<p>Sala de reuniões da UCC VFX.</p>	<p>Método expositivo Técnica expositiva.</p> <p>Método Interrogativo. Técnica interrogativa.</p> <p>Método demonstrativo. Técnica de demonstração.</p> <p>Método Ativo.</p>	<p>Visita domiciliária para divulgação da sessão de educação para a saúde.</p> <p>Entrega de convite personalizado.</p> <p>Pedido de colaboração às enfermeiras com especialização na área de reabilitação da UCC de VFX.</p> <p>Criar folha de presença da sessão</p> <p>Elaboração de questionário de satisfação da sessão.</p> <p>Pesquisa bibliográfica.</p>	<p>Questionário de satisfação da sessão.</p>

APÊNDICE XII

Preparação Operacional Calendário de Apoio ao Cuidador Familiar

Preparação Operacional Calendário de Apoio ao Cuidador Familiar

Atividade	Objetivos	Quem	Quando	Onde	Como	Processo	Avaliação
<p>Elaboração de um calendário com orientações de enfermagem para os Cuidadores Familiares.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar os cuidadores familiares de pessoas idosas dependentes a criarem estratégias para manter atividades de lazer e descanso. - Estimular os cuidadores familiares para o desempenho de atividades que o beneficiem de forma a manter a sua saúde e bem estar. - Informar sobre os recursos na comunidade. 	<p>Mestranda</p>	<p>Janeiro</p>	<p>Entregue no final das sessões.</p>	<p>Apresentação e distribuição do calendário aos cuidadores familiares presentes nas sessões ou no domicílio aos cuidadores que não compareceram nas sessões de grupo.</p>	<p>Reunião com as Assistentes Sociais da ECCI VFX.</p> <p>Contato com as instituições de Recurso da Comunidade.</p> <p>Pesquisa bibliográfica.</p>	<p>Indicador de processo ou atividade: Nº de manuais distribuídos / nº de manuais previstos de distribuir.</p>

APÊNDICE XIII
Convites para as Sessões de Educação para a Saúde

Convites para as Sessões de Educação para a Saúde



Convite aos Cuidadores



Temos o prazer de convidar os cuidadores familiares da ECCI Vila Franca de Xira, a participarem na sessão de Educação para a saúde, como o tema: **“Cuidar de um familiar e cuidar de mim – Apoio ao Cuidador Familiar”** a realizar pela Susana Faustino, mestranda do 7º Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Saúde Comunitária.

Esta sessão será realizada no dia 23 de janeiro pelas 14:30 na Unidade Funcional de Alhandra.

Proceda à sua inscrição através do contacto telefónico 922430236 ou 961898831.

A sessão é gratuita.



Convite aos Cuidadores



Temos o prazer de convidar os Cuidadores Familiares da ECCI Vila Franca de Xira, a participarem na sessão de Educação para a saúde, como o tema:

“Manutenção física e Relaxamento do Cuidador”

A realizar pela Susana Faustino, mestranda do 7º Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Saúde Comunitária.

Esta sessão será realizada no dia 31 de janeiro pelas 14:30 na Unidade Funcional de Alhandra.

Proceda à sua inscrição através do contacto telefónico 922430236 ou 961898831.

A sessão é gratuita.

APÊNDICE XIV
Plano da 1ª Sessão “Cuidar de um Familiar e Cuidar de Mim - Apoio ao Cuidador Familiar”.

Plano da 1ª Sessão de Educação para a Saúde – “Cuidar de um Familiar e Cuidar de Mim - Apoio ao Cuidador Familiar”.

IDENTIFICAÇÃO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE			
Projeto	A Saúde dos Cuidadores Familiares		
Tema da Sessão	Cuidar de um Familiar e Cuidar de Mim – Apoio ao Cuidador Familiar		
Data- Hora_ Duração	24-01-2017	14:30 H	1 hora e 30 minutos
Local	Sala de Reuniões da Unidade Cuidados na Comunidade VFX		
Formadora	Mestranda Susana Faustino		
Destinatários	Cuidadores Familiares de idosos dependentes acompanhados pela ECCI VFX.		
Objetivos	<p>Geral: Capacitar os cuidadores familiares de idosos dependentes para criarem estratégias que previnam a sobrecarga e promovam o autocuidado.</p>		
	<p>Específico:</p> <p>No final da sessão que metade dos cuidadores sejam capazes de identificarem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - três estratégias de autocuidado; - três estratégias de gestão de tempo; - três recursos da comunidade de VFX que os ajudem na promoção do autocuidado. 		

Fase	Objetivos Específicos	Conteúdos	Recursos Didáticos	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Tempo	Avaliação
Introdução	<p>Agradecer a presença.</p> <p>- Enquadrar o tema da sessão no contexto geral do projeto.</p> <p>- Apresentação dos cuidadores familiares presentes.</p>	<p>- Explicar o propósito desta sessão (mestrado, tema, objetivos, diagnóstico de enfermagem identificado);</p> <p>- Jogo quebra gelo</p>	<p>Apresentação em PowerPoint</p>	<p>Método expositivo; Técnica expositiva.</p> <p>Método Ativo; Jogo quebra gelo.</p>	<p>5 minutos</p>	<p>Aplicação de um questionário que avalia a satisfação dos cuidadores presentes</p>

Desenvolvimento	<p>- Incentivar os cuidadores familiares de pessoas idosas a criarem estratégias de autocuidado no sentido de prevenir a sobrecarga do cuidador.</p> <p>- Capacitar os cuidadores familiares a identificarem estratégias de gestão de tempo e planeamento de actividade do cuidar.</p> <p>- Capacitar os cuidadores familiares a identificar quais os recursos existentes na comunidade.</p>	<p>Porquê cuidar do cuidador.</p> <p>O que o cuidador pode fazer para cuidar de si para manter o seu autocuidado.</p> <p>Como o cuidador pode gerir as emoções para manter o seu autocuidado.</p> <p>Como gerir a prestação de cuidados e manter o autocuidado - organizar o tempo e elaborar um plano de actividades.</p> <p>Quais os recursos na comunidade de VFX.</p>	<p>Apresentação em powerpoint.</p> <p>Papel e caneta.</p>	<p>Método expositivo; Técnica expositiva.</p> <p>Método demonstrativo, Técnica de demonstração</p>	<p>1h 10 min</p>	<p>Aplicação de m questionário que avalia a satisfação dos cuidadores presentes</p>
-----------------	--	---	---	--	------------------	---

Conclusão	- Síntese das técnicas que podem ajudar o cuidador familiar a cuidar melhor de si.	Síntese de conteúdos	Apresentação em powerpoint	Método expositivo; Técnica expositiva.	15 min	Aplicação de um questionário que avalia a satisfação dos cuidadores presentes.
	- Avaliação dos conhecimentos transmitidos.	Avaliação final	Papel e caneta	Método interrogativo; Técnica interrogativa.		
	- Avaliação da satisfação da sessão, por parte dos cuidadores familiares presentes.	Lanche convívio entre participantes e profissionais	Calendário prático de apoio ao cuidador			

Alternativas previstas – Em caso de falha de energia, os conteúdos da sessão, serão transmitidos oralmente, sem recurso a meios audiovisuais.

APÊNDICE XV
Power Point 1ª Sessão “Cuidar de um Familiar e Cuidar de Mim - Apoio ao Cuidador Familiar”

Cuidar de um familiar e cuidar de mim- Apoio ao Cuidador Familiar

Susana Faustino, mestranda
7º Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização Saúde Comunitária

24 JANEIRO 2017

CUIDADOR

- **Cuidador é quem cuida de pessoas que estão física e psicologicamente impedidas de realizarem as tarefas do dia a dia.**



FINALIDADE

- Capacitar os cuidadores familiares de pessoas idosas a criarem estratégias de autocuidado no sentido de prevenir a sobrecarga do cuidador.

Dificuldades dos Cuidadores

Afirmações que os cuidadores sentem mais dificuldades

"Não consigo ter um tempo de descanso nem um dia de férias".

"Deixa-me muito cansado fisicamente".

"Por vezes sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação".

"A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim".

Porquê cuidar de mim?



- Porque se a sua saúde e bem-estar estiverem comprometidos os cuidados que presta ao seu familiar também estarão
- Quando alguém muito próximo de nós adoece ou se torna dependente, esta situação pode prolongar-se no tempo, sendo imprevisível a sua duração
- A prestação de cuidados pode se tornar esgotante quer ao nível físico quer emocional levando o cuidador a ficar cada vez mais isolado
- Para poder continuar a cuidar do seu familiar, não deve esquecer de cuidar também de si próprio.

Dicas práticas que poderão ajudar a preservar a saúde do cuidador e aliviar a prestação de cuidados

- **PREPARE REFEIÇÕES COMPLETAS** para toda a família e com horas certas, mesmo que se sinta cansado ou ocupado;
- Quando cozinhar, **CONFECCIONE O DOBRO DA QUANTIDADE** de que necessita para essa refeição de modo a ficar com uma segunda refeição no congelador;
- **ARMAZENE REFEIÇÕES LEVES E SAUDÁVEIS** como frutas ou queijo e bolachas integrais para os momentos em que está mais ocupado, mas necessita alimentar-se;

O que pode fazer para cuidar de si

Existem dicas práticas que poderão ajudar a preservar a saúde do cuidador e aliviar a prestação dos cuidados.

Dicas práticas que poderão ajudar a preservar a saúde do cuidador e aliviar a prestação de cuidados

- **RESERVE ALGUM TEMPO** para si próprio. Peça a alguém da sua família ou a um amigo que fique com o seu familiar na sua ausência. Muitas vezes as outras pessoas à nossa volta desconhecem a tensão e a carga que a prestação de cuidados exige e não sabem como poderão ajudar, cabe a si pedir essa ajuda;
- Não falte às **CONSULTAS DE VIGILÂNCIA** do seu médico de família e cumpra a sua terapêutica;
- Planeie para **DORMIR AO MESMO TEMPO QUE O FAMILIAR**, caso se sinta cansado;

- Durante a prestação de cuidados o sentimento de frustração e de desespero é normal surgirem, contudo, a forma como é feita a gestão desses sentimentos poderá influenciar o modo como o cuidador lida com o papel que está a desempenhar.

Como gerir as Emoções ?



GESTÃO DAS EMOÇÕES DO CUIDADOR

- **SUBDIVIDA OS PROBLEMAS GRANDES** para que fiquem mais fáceis de gerir, resolvendo-os de forma gradual;
- Estabeleça **OBJETIVOS REALISTAS** para si próprio, de acordo com o que consegue fazer, deste modo ajudará a reduzir a tensão e o stress e adequar a capacidade de lidar com a frustração;
- Tente **RIR** ao longo do dia. Rir é um ótimo exercício e irá proporcionar-lhe uma sensação de bem-estar e relaxamento;



GESTÃO DAS EMOÇÕES DO CUIDADOR

Existem dicas práticas que poderão ajudar o cuidador a lidar com sentimentos de frustração e de desespero;

- **PEÇA AJUDA** à família ou amigos quando se sentir muito sobrecarregado. Estes podem executar tarefas como cozinhar as refeições, fazer companhia à pessoa dependente ou tomar conta das crianças;
- Aproveite as oportunidades de fazer uma **PAUSA** sempre que necessitar, sem se sentir culpado. Estas pausas poderão ser de repouso ou de lazer;



GESTÃO DAS EMOÇÕES DO CUIDADOR (cont.)

- **PRATIQUE UMA ATIVIDADE FÍSICA** regularmente, ajuda a reduzir o cansaço físico, psicológico e a tensão muscular.
- Procure **RESERVAR UM TEMPO** para os outros familiares e amigos, mesmo que esse tempo tenha de ser programado como uma tarefa do seu dia-a-dia.



Como encontrar tempo para mim próprio?

Dicas para organizar o seu tempo



1. Pergunte-se: **É MESMO NECESSÁRIO FAZER ISTO?** – Desta forma, pode decidir quais as atividades que são importantes e quais não o são;
2. Estabeleça **OBJETIVOS REALISTAS** antes de se comprometer;
3. **ENVOLVA OUTROS MEMBROS DA FAMÍLIA.** Consulte-os, peça sua opinião e em conjunto definam de que forma podem ajudar, incluindo assim esta ajuda no seu plano de vida;

Dicas para organizar o seu tempo



5. Elabore um **PLANO DE ATIVIDADES.**

Como fazer um **PLANO DE ATIVIDADES?**

COMO FAZER UM PLANO DE ATIVIDADES



1. Faça uma lista com todas as tarefas que devem ser realizadas;
2. Ordene-as segundo a sua importância, começando pelas mais relevantes;
3. Estabeleça para cada tarefa o tempo aproximado de que irá necessitar para as realizar;
4. Faça outra lista com as atividades que gostaria de realizar;



5. Ordene as atividades segundo a importância que têm para si;
6. Anote para cada atividade o tempo aproximado que irá necessitar;
7. Faça uma lista única com as tarefas que deve realizar e com as atividades que gostaria de realizar, respeitando a ordem de importância que estabeleceu anteriormente;

COMO FAZER UM PLANO DE ATIVIDADES (Um dia do cuidador)

Ordem de importância	Tarefas que devem ser realizadas e atividades de lazer	Tempo aproximado
1	Realizar a minha higiene pessoal	30 min
2	Preparar e tomar o meu pequeno almoço	30 min
3	Realizar a higiene ao meu familiar	60 min
4	Dar o pequeno almoço ao meu familiar	20 min
5	Dar a medicação ao meu familiar	5 min

COMO FAZER UM PLANO DE ATIVIDADES

Ordem de importância	Tarefas que devem ser realizadas e atividades de lazer	Tempo aproximado
6.	Ir ao supermercado Encontro de amigos (as)	30 min 30 min
7.	Arrumar a casa	60 min
8.	Preparar o almoço	60 min
9.	Dar o almoço ao meu familiar	30 min
10.	Dar a medicação ao meu familiar	5 min

COMO FAZER UM PLANO DE ATIVIDADES

Ordem de importância	Tarefas que devem ser realizadas e atividades de lazer	Tempo aproximado
11.	Almoçar	30 min
12.	Ir à farmácia Fazer caminhada	30 min 30 min
13.	Preparar o lanche	15 min
14.	Dar o lanche ao meu familiar	20 min
15.	Lanchar	15 min

COMO FAZER UM PLANO DE ATIVIDADES

Ordem de importância	Tarefas que devem ser realizadas e atividades de lazer	Tempo aproximado
16	Repouso	60 min
17	Levar o meu familiar ao WC	20 min
18	Preparar o jantar	60 min
19	Dar o jantar ao meu familiar	30 min
20.	Dar a medicação ao meu familiar	5 min

COMO FAZER UM PLANO DE ATIVIDADES

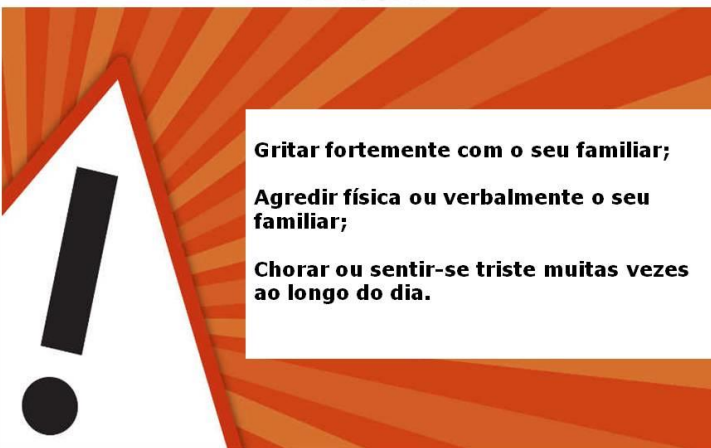
Ordem de importância	Tarefas que devem ser realizadas e atividades de lazer	Tempo aproximado
21	Jantar	30 min
22	Preparar o meu familiar para deitar	30 min
23	Ver televisão	40 min

Procure informação e aconselhamento se necessitar



- Não se sinta intimidado pelas pessoas que estão em posição de lhe dar apoio e aconselhamento – este é o trabalho delas.
- Seja claro relativamente ao que quer, e se não perceber a explicação peça que repitam de forma mais simples – se necessário escreva a explicação.
- Mesmo que não precise de um determinado serviço no momento, é sempre útil saber que tipo de ajuda está disponível para o caso de um dia vir a precisar.

SINAIS DE ALERTA DE QUE PODERÁ ESTAR A PRECISAR DE AJUDA



Gritar fortemente com o seu familiar;

Agredir física ou verbalmente o seu familiar;

Chorar ou sentir-se triste muitas vezes ao longo do dia.

Alguns Recursos existentes na comunidade de Vila Franca de Xira?



- **UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE DE VILA FRANCA DE XIRA**
A UCC é uma unidade funcional do ACES constituída por uma equipa multidisciplinar que trabalha no âmbito domiciliário e comunitário e em estreita articulação com as outras unidades funcionais do ACES.



- **EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (ECCI)**
É uma equipa multidisciplinar integrada na Unidade de Cuidados na Comunidade cuja área de intervenção é no âmbito da prestação de cuidados domiciliários, a utentes em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescença, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento, mas que o utente não se pode deslocar de forma autónoma ao centro de saúde da sua área de residência.

Recursos existentes na comunidade de Vila Franca de Xira



• UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO MANUTENÇÃO (ULDM) VERTENTE DESCANSO DO CUIDADOR

A ULDM vertente Descanso do Cuidador tem internamentos de 30 dias sendo possível requerer até 3 vezes durante o mesmo ano quando há necessidade de descanso do principal cuidador.

O encaminhamento para ULDM vertente descanso do cuidador e para a ECCI é feito através da referenciação pelo seu Enfermeiro, Médico de Família e Assistente Social.

Alguns recursos existentes na comunidade de Vila Franca de Xira?

CARTÃO MUNICIPAL DO IDOSO

Destina-se à população idosa, residente no Concelho, com idade igual ou superior a 65 anos.

Benefícios: descontos nas atividades culturais organizadas pelo município e pelas Associações Culturais, Recreativas e Desportivas; Descontos em empresas, serviços e estabelecimentos comerciais do concelho; Redução em 10% nas taxas dos serviços municipais relativas à emissão de certidões e/ou fotocópias de documentos.

Alguns recursos existentes na comunidade de Vila Franca de Xira

BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS

Unidade de Saúde de Alverca
Praceta Filarmónica, Qtª das Drogas
2615-042 Alverca do Ribatejo
Responsável: Drª Susana Matela
Telefone: 219579760

AISC - Associação de Intervenção Social e Comunitária com parceria da Câmara Municipal de Vila Franca de Xira
Rua Dr. Miguel Bombarda, nº 1 a 7.
2625 Alverca do Ribatejo
Telefone: 2109573385

Informação: O empréstimo é gratuito

Alguns recursos existentes na comunidade de Vila Franca de Xira?

CARTÃO MUNICIPAL DO IDOSO

Onde pode adquirir?

• Departamento de Habitação, Saúde e Acção Social - R. Alves Redol nº 16 - 1º Vila Franca de Xira (telefone - 263285625)

• Delegação da Póvoa de Santa Iria - Palácio Quinta da Piedade. R. Padre Manuel Duarte. Póvoa Sta Iria (telefone - 219533050)

• Delegação de Alverca do Ribatejo - Av. Capitão Meleças nº38 - Alverca (telefone 219583149)

LEMBRE-SE



Muitas vezes usamos o nosso tempo de descanso para tarefas que já tantas vezes foram adiadas, não nos lembrando que o descanso nem sempre é uma opção mas sim uma necessidade do nosso corpo para promover a nossa saúde e o nosso bem estar.

Os cuidadores que se cuidam estão em melhores condições físicas e psicológicas para manter o seu bem estar e para continuarem a cuidar do seu familiar.

Recapitulando

Como podemos gerir melhor o seu tempo?
Verdadeiro ou Falso

- Perguntar-se: É mesmo necessário fazer isto? VERDADEIRO
- Estabelecer objetivos que não possamos cumprir. FALSO
- Não envolver outros membros da família na tarefa de cuidar. FALSO
- Elaborar um plano de atividades pode ajudar. VERDADEIRO

Recapitulando

O que pode fazer para aliviar a prestação de cuidados e preservar a sua saúde? Verdadeiro ou Falso

- Pedir ajuda aos familiares ou/e amigos. VERDADEIRO
- Fazer tudo sozinho. FALSO
- Praticar exercício físico. VERDADEIRO
- Faltar às consultas de vigilância da sua equipa de saúde. FALSO
- Reservar algum tempo para si. VERDADEIRO

Recapitulando

Indique 2 recursos da comunidade de Vila Franca de Xira que pode recorrer?

Contatos que podem ser úteis



- Câmara Municipal de Vila Franca de Xira—263 285 600
- Guarda Nacional Republicana de Vila Franca de Xira—213252680
- Junta de Freguesia Vialonga, Póvoa e Forte da Casa— 219520967 e 213533100
- Junta de Freguesia Alverca do Ribatejo e Sobralinho—219587680
- Junta de Freguesia de Alhandra, S. João dos Montes e Calhandriz—219519050 e 219588130
- Junta de Freguesia de Vila Franca de Xira—263200770
- Junta de Freguesia Castanheira do Ribatejo e Cachoeiras—263299747
- Número Nacional de Socorro—112
- Polícia de Segurança Pública de Vila Franca de Xira—263279070 e 263279079
- Saúde 24— 808 24 24 24

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Candeias, V., Nunes, E. & Ribeiro da Silva, P. (2005). Princípios para uma alimentação saudável. Lisboa: Direcção Geral de Saúde
- Comissão Europeia e Alzheimer Europe (1999). Manual do cuidador. Lisboa: Novartis
- Direcção Geral de Saúde (2004). A actividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar. Lisboa: Direcção Greal de saúde
- Ministério de Saúde e Secretaria (2008). Secretaria de atenção à saúde e secretaria de gestão do Trabalho e da Educação para a Saúde (2008). Guia Prático do Cuidador. Brasília. Ministério da Saúde.
- Macmillan K., et al (2005). Como cuidar dos nossos; um guia prático sobre cuidados em fim de vida: AMARA; Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian. Lisboa



**OBRIGADA
PELA VOSSA
ATENÇÃO.**

APÊNDICE XVI

Questionário de Satisfação da 1ª Sessão “Cuidar de um Familiar e Cuidar de Mim - Apoio ao Cuidador Familiar”

Questionário de Satisfação com a Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Cuidar do cuidador familiar

Data: 24 de Janeiro 2017

Local: Sala de Reuniões da UCC de VFX

A sua opinião é importante para nós, e gostaríamos que avaliasse a sessão de Educação para a Saúde que assistiu. Para tal assinale com um X o quadrado correspondente a cada item de acordo com a escala, consoante tenha ficado de Nada Satisfeito a Totalmente Satisfeito.

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
Divulgação da sessão de educação para a saúde					
Seleção dos temas apresentados					
Segurança e domínio de conhecimentos do formador					
Utilidade dos temas abordados para a sua vida diária					
Adequação dos recursos didáticos utilizados					
Adequação das instalações					
Duração da sessão de educação para a saúde					
Satisfação Geral da Sessão de Educação para a Saúde					

Deixe as suas sugestões para temas que gostaria de ver abordados:

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE XVII
Calendário de Apoio ao Cuidador Familiar

CALENDÁRIO 2017

**CUIDAR DE UM FAMILIAR E CUIDAR DE MIM
APOIO AO CUIDADOR FAMILIAR**



REALIZADO POR:
Susana Faustino, mestranda
7.º curso de Mestrado de Especialização em Enfermagem Comunitária
Escola Superior de Lisboa

BOM ANO DE 2017!

Quando alguém muito próximo de nós adoece ou se torna dependente, esta situação pode prolongar-se no tempo, sendo imprevisível a sua duração.

Este calendário tem como finalidade sugerir algumas estratégias que a (o) ajudem, a diminuir os sinais de cansaço, no processo de cuidar de um familiar dependente, tais como: organização do tempo, a importância da prática do exercício físico e a importância da alimentação. Pois, para cuidar do seu familiar, não deve esquecer – se de cuidar, também, de si próprio (a). Lembre-se que se a sua saúde e bem-estar estiverem comprometidos os cuidados que presta ao seu familiar também estarão.

Apresentamos ainda aqui os recursos existentes na comunidade de Vila Franca de Xira, que o (a) poderão ajudar a assegurar os cuidados ao seu familiar, promovendo, também, a saúde e o bem estar daqueles (as) que cuidam .





CUIDAR DE MIM?

Janeiro 2017

dom	seg	ter	qua	qui	sex	sáb	
	1	2	3	4	5	6	7
Ano Novo							
	8	9	10	11	12	13	14
	15	16	17	18	19	20	21
	22	23	24	25	26	27	28
	29	30	31				

O QUE PODE FAZER PARA CUIDAR DE SI

Existem dicas práticas que poderão ajudar a preservar a saúde do cuidador e aliviar a tarefa do cuidar, tais como:

- Tome sempre o pequeno-almoço! Inicie o seu dia com leite ou seus derivados, pão escuro ou cereais integrais e frutas frescas;
- Evite estar mais de 3 horas e meia sem comer! Faça pequenas merendas entre as três refeições principais e uma pequena ceia antes do deitar;
- Prepare refeições completas para toda a família e com horas certas, mesmo que se sinta cansado ou ocupado. Quando cozinhar, confecione o dobro da quantidade de que necessita para essa refeição de modo a ficar com uma segunda refeição no congelador;
- Beba água simples em abundância ao longo do dia. Chá e infusões sem adição de açúcar são uma maneira saudável e saborosa de consumir água. Evite os refrigerantes e bebidas artificiais de sumo de frutos, pois estas bebidas são ricas em açúcar.

Comece o ano a pensar como cuidar, também, de si.



CUIDAR DE MIM?

Fevereiro 2017

dom	seg	ter	qua	qui	sex	sáb
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28				

O QUE PODE FAZER PARA CUIDAR DE SI

Existem dicas práticas que poderão ajudar a preservar a saúde do cuidador e aliviar a tarefa do cuidar, tais como:

- Reserve algum tempo para si próprio. Peça alguém da sua família ou a um amigo que fique com o seu familiar na sua ausência. Muitas vezes as outras pessoas à nossa volta desconhecem a tensão e a carga que a prestação de cuidados exige e não sabem como poderão ajudar, cabe a si pedir essa ajuda;
- Aproveite para realizar atividades que lhe possam dar prazer e permitam relaxar. Como por exemplo o exercício físico.

Comece o ano a pensar como cuidar, também, de si.



CUIDAR DE MIM?

Março 2017

dom	seg	ter	qua	qui	sex	sáb
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

EXERCÍCIOS DIÁRIOS PARA O CUIDADOR



Faça a flexão da cabeça (encoste o seu queixo ao peito).



Faça a extensão da cabeça (estenda a cabeça para trás como tivesse a olhar para o céu).



Exercícios de a rotação (gire a cabeça de um lado para o outro).



Incline a cabeça lateralmente para um lado para o outro como fosse tocar com a orelha ao ombro).



Exercícios para os ombros: Respire fundo, enchendo os pulmões de ar, levante os ombros para próximo das orelhas, solte o ar deixando os ombros caírem rapidamente, depois fazendo movimentos circulares, gire os ombros para frente e para trás



Exercícios para os braços: gire os braços esticados para frente e para trás, fazendo círculos.



Exercícios para o tronco: em pé, apoie uma das mãos no encosto de uma cadeira ou na própria cintura, levante o outro braço passando por cima da cabeça, incline lateralmente o corpo. Repita o mesmo



Exercícios para as pernas: deitado de barriga para cima, apoie os pés na cama com os joelhos dobrados. Mantendo uma das pernas nessa posição, segure com as mãos a outra perna e traga o joelho para próximo do peito. Fique nesta posição por alguns segundos e volte para a posição inicial. Faça o mesmo exercício com a outra

Reserve algum tempo para si.



CUIDAR DE MIM?

Abril 2017

seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14 Sexta-feira Santa	15	16 Páscoa
17	18	19	20	21	22	23
24	25 Dia da Liberdade	26	27	28	29	30

O QUE PODE FAZER PARA CUIDAR DE SI

Existem dicas práticas que poderão ajudar a preservar a saúde do cuidador e aliviar a tarefa do cuidar, tais como:

- Quando se sentir cansado/a planeie para dormir ao mesmo tempo que o seu familiar;
- Se tiver dormido pouco durante vários dias seguidos, peça a alguém que o/a substitua para poder dormir oito horas seguidas;
- Faça uma pausa sempre que necessitar, estas pausas podem ser de repouso ou de lazer.

Reserve algum tempo para si.



CUIDAR DE MIM?

Maio 2017

seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom
1	2	3	4	5	6	7
Dia do Trabalhador	8	9	10	11	12	13
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

O QUE PODE FAZER PARA CUIDAR DE SI

Existem dicas práticas que poderão ajudar a preservar a saúde do cuidador e aliviar a tarefa do cuidar, tais como:

- Não se aflija se as tarefas domésticas não forem bem executas como é habitual. Procure desvalorizar a situação.
- Se trabalhar fora de casa pondere a hipótese de pedir uma licença de assistência à família para as alturas de maior cansaço

Para descansar peça ajuda a amigos e/ou familiares e aos recursos existentes na sua comunidade.



CUIDAR DE MIM?

Junho 2017

seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	Corpo de Deus	22	23	24
26	27	28	29	30		

O QUE PODE FAZER PARA CUIDAR DE SI

Fazer um plano de atividades pode ajudá-lo a organizar o seu tempo:

1. Faça uma lista com todas as atividades e tarefas que devem ser realizadas;
2. Ordene segundo a sua importância, começando pelas mais importantes;
3. Estabeleça para cada tarefa o tempo aproximado de que irá necessitar para as realizar;
4. Faça outra lista com as atividades que gostaria de realizar.

Tenha objectivos realistas, não queira fazer mais do aquilo que é possível.



CUIDAR DE MIM?

Julho 2017

seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

O QUE PODE FAZER PARA CUIDAR DE SI

Fazer um plano de atividades pode ajudá-lo a organizar o seu tempo:

- Ordene as atividades segundo a importância que têm para si;
- Anote para cada atividade o tempo aproximado que irá necessitar;
- Faça uma lista única com as tarefas que deve realizar e com as atividades que gostaria de realizar, respeitando a ordem de importância;
- Se não houver tempo para todas as tarefas e atividades que escreveu, poderá adiar para outro momento as que estão no fim da lista. Dedique-se a elas quando tiver tempo extra.

Tenha objectivos realistas, não queira fazer mais do aquilo que é possível.

Agosto 2017



seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

RECURSOS DA COMUNIDADE DE VIA FRANCA

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE



A UCC é uma unidade funcional do ACES constituída por uma equipa multidisciplinar que trabalha no âmbito domiciliário e comunitário e em estreita articulação com as outras unidades funcionais do ACES (Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro).

Rua 5 de Outubro de 1910, nº40
Edifício do Centro de Saúde
2600-445 Alhandra Telemóvel – 961898841



EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (ECCI)

É uma equipa multidisciplinar integrada na Unidade de Cuidados na Comunidade cuja área de intervenção é no âmbito da prestação de cuidados domiciliários, a utentes em situação de dependência funcional, doença terminal, ou em processo de convalescência, com rede de suporte social cuja situação não requer internamento, mas que o utente não se pode deslocar de forma autónoma ao centro de saúde da sua área de residência.

Áreas de Intervenção: prestação de cuidados de saúde domiciliários de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e ações paliativas; apoio social e psicológico, educação para a saúde aos familiares dos utentes ou prestadores de cuidados informais, apoio no desempenho das atividades de vida diárias e disponibilização de ajudas técnicas.

UNIDADE DE LONGA DURAÇÃO MANUTENÇÃO (ULDM) VERTENTE DESCANSO DO CUIDADOR

A ULDM vertente Descanso do Cuidador tem internamentos de 30 dias sendo possível requerer até 3 vezes durante o mesmo ano quando há necessidade de descanso do principal cuidador.

Esta unidade, assim como, a ECCI é da responsabilidade da Rede Nacional dos Cuidados Continuados Integrados.

O encaminhamento para ULDM vertente descanso do cuidador e para a ECCI é feito através da referenciação pelo seu Enfermeiro, Médico de Família e Assistente Social.

BANCO DE AJUDAS TÉCNICAS

Unidade de Saúde de Alverca
Praceta Filarmónica, Qº das Drogas
2615-042 Alverca do Ribatejo
Responsável: Drª Susana Mateia
Telefone: 219579760
Fax: 219579767

AISC - Associação de Intervenção Social e Comunitária com parceria da Câmara Municipal de Vila Franca de Xira
Rua Dr. Miguel Bombarda, nº 1 a 7.
2625 Alverca do Ribatejo
Telefone: 2109573385

Informação: O empréstimo é gratuito

Peça ajuda, recorra os serviços disponíveis na comunidade de Vila Franca de Xira.

Setembro 2017



seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

RECURSOS DA COMUNIDADE DE VIA FRANCA UNIÃO DE FREGUESIAS DA PÓVOA DE SANTA IRIA E FORTE DA CASA.

ARIPSI – Associação de Reformados e Idosos da Póvoa de Santa Iria
Rua 28 de setembro, 7,
2625-159 Póvoa de Santa Iria
Telefone: 219565143
Áreas de Intervenção – Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Centro de Convívio e Lar, ginástica e grupo coral.

IAC- Instituto de Apoio à Comunidade
Praça Eça de Queiroz, nº1.
2625-411 Forte da casa
Telefone: 219533060.
Áreas de Intervenção – Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Lar Residencial.

Associação de Reformados e Idosos e Pensionistas do Forte da Casa
Rua Padre José Rota LD1,
2625-400 Forte da Casa
Telefone: 219535200
Atividades – Ginástica para idosos, grupo coral e grupo dos cavaquinhos.

Piscina Municipal Póvoa Santa Iria
Rua Batista Pereira nº 11,
2625-193 Póvoa Santa Iria
Telefone: 219531033
Atividades— Coração Saudável, Hidrosénior, Natação Sénior e Hidroginástica.

Piscina Municipal Forte da Casa
Rua D. Marial,
2625-405 Forte da Casa
Telefone: 219560791
Atividades: Coração Saudável, Hidrosénior e Hidroginástica

Peça ajuda, recorra os serviços disponíveis na comunidade de Vila Franca de Xira

RECURSOS DA COMUNIDADE DE VILA FRANCA DE XIRA UNIÃO DE FREGUESIAS DE ALVERCA DO RIBATEJO E SOBRALINHO



Outubro 2017

seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom
						1
2	3	4	5 Implantação da República	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Associação de Assistência e Beneficência Misericórdia de Alverca
Quinta N. Sra. Da Graça e do Choupal à R. 9 de Agosto de 1990)
2615-279 Alverca do Ribatejo
Telefone: 219588760
Áreas de Intervenção— Centro de Dia, Apoio Domiciliário e Lar/Residencial e ginástica

CASBA - Centro de Apoio Social do Bom Sucesso e Aracena
Largo Catarina Eufémia Lt 6 r/c dto.
Bom sucesso
2615-306 Alverca do Ribatejo
Telefone: 219573069
Áreas de Intervenção—Apoio Domiciliário e Centro de Dia.

Casa de S. Pedro de Alverca
Rua João Mantas nº 35.
2615-102 Alverca do Ribatejo
Telefone: 219589180
Áreas de Intervenção—Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Lar/Residencial, Academia Sénior, Cantina Social

Centro Social para o Desenvolvimento do Sobralinho
Rua Duque da Terceira, nº 55.
2615-692 Sobralinho
Telefone: 219518450-6
Área de Intervenção – Apoio Domiciliário.

CEBI- Fundação para o desenvolvimento Comunitário de Alverca
Quinta de Sta. Maria – Estrada Nacional 10.
2615 Alverca do Ribatejo
Telefone: 219589130/31
Áreas de Intervenção – Lar/Residencial, Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Centro de Emergência Social.

Associação Reformados, Pensionistas e Idosos de Alverca do Ribatejo
Rua Moinho 1A
2615-126 Alverca do Ribatejo
Telefone: 214717908
Atividades— Ginástica, Artes plásticas, Artesanato, Passeios e Momentos de Convívio.

Associação Reformados, Pensionistas e Idosos do Sobralinho
Rua Ângelo Marques - Centro de Convívio
Álvaro Pinheiro
2615-687 Sobralinho
Telefone—219511878
Atividades—Ginástica, Artes Plásticas, Artesanato, Passeios e Momentos de Convívio.

Instituto de apoio aos idosos e reformados de são Romão
Largo S. Romão Lote 6 r/c -D,
2615-000 Alverca do Ribatejo
Telefone: 219575910
Atividades— Manutenção Física

Piscina Municipal Alverca do Ribatejo
Rua António Sérgio, jardim Parque de Alverca.
2615-000 Alverca do Ribatejo
Telefone: 219588351

Atividades— Hidrosénior, Coração Saudável, Hidroginástica e Hidrocycling

Piscina Municipal Quintas da Droga
Rua da Juventude
2615-000 Alverca do Ribatejo
Telefone: 219570121
Atividades— Hidrosénior, Coração Saudável, Natação Sénior e Correção Postural

Peça ajuda, recorra os serviços disponíveis na comunidade de Vila Franca de Xira

Novembro 2017



seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom
		1	2	3	4	5
		Dia de Todos os Santos				Dia do Colaborador
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

RECURSOS DA COMUNIDADE DE VILA FRANCA DE XIRA FREGUESIA DE VILA FRANCA DE XIRA E UNIÃO DE FREGUESIAS DE CASTANHEIRA DO RIBATEJO E CACHOEIRAS

FREGUESIA DE VILA FRANCA DE XIRA

Caritas Paroquial de Vila Franca de Xira

R. António M^o Eugénio de Almeida, nº30 – F
2800-103 Vila Franca de Xira
Telefone: 263282932
Áreas de Intervenção – Centro de Dia, Apoio domiciliário, Centro de Convívio, Lar Residencial e Manutenção Física.

Núcleo de Idosos
Centro de Saúde de Vila Franca de Xira
Telefone: 263274718
Atividades- Reabilitação e Manutenção Física.

Cartão Municipal do Idoso de Vila Franca de Xira
Rua Alves Redol n.º 16 - 1º
2600-096 Vila Franca de Xira
Telefone: 263285625

Destina-se à população idosa, residente no Concelho, com idade igual ou superior a 65 anos.

Benefícios: descontos nas atividades culturais organizadas pelo município e pelas Associações Culturais, Recreativas e Desportivas que aderiram ao projeto assim como descontos percentuais em empresas, serviços e estabelecimentos comerciais do concelho que aderiram a este projeto, redução em 10% nas taxas dos serviços municipais relativas à emissão de certidões e/ou fotocópias de documentos;

Santa Casa da Misericórdia de Vila Franca de Xira
Largo da Misericórdia, nº2 –apart. 158
2600-997 Vila Franca de Xira
Telefone: 263275436
Áreas de Intervenção- Centro de Dia, Apoio domiciliário, Lar Residencial.

Piscinas Municipais de Vila Franca de Xira

Rua Paralela—Povos, 2600-219 Vila Franca de Xira
Telefone: 263275258
Atividades—Hidro sénior, Coração Saudável, Viva Melhor, danças de salão, danças latinas e tai-chi.

FREGUESIA DE CASTANHEIRA DO RIBATEJO E CACHOEIRAS

Centro Social Paroquial Casa S. José
Largo de S. José I
2600 Castanheira do Ribatejo
Telefone: 263852357
Áreas de Intervenção— Centro de Dia, Apoio Domiciliário, Lar/Residencial

Associação Promotora de Apoio à Terceira Idade
R. Da Palha Branco 83—Castanheira do Ribatejo
Telefone: 263290281
Atividade—Gerontotricidade

Peça ajuda, recorra os serviços disponíveis na comunidade de Vila Franca de Xira.

Dezembro 2017



seg	ter	qua	qui	sex	sáb	dom
				1	2	3
				Restauração da Independência		
4	5	6	7	8	9	10
				Dia da Imaculada Conceição		
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31
Natal						

RECURSOS DA COMUNIDADE DE VILA FRANCA DE XIRA FREGUESIA DE VIALONGA e UNIÃO DE FREGUESIAS DE ALHANDRA, SÃO JOÃO DOS MONTES, CALHANDRIZ.

FREGUESIA DE VIALONGA

ABEIV – Associação para o Bem-estar Infantil Vialonga
Rua José Rêgio, 25. Parque residencial de Vialonga.

2652674 Vialonga
Telefone: 219521019/219521823
Áreas de Intervenção – Apoio Domiciliário e Centro de Convívio.

ARPIV Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos de Vialonga
Rua dos Combatentes da Grande Guerra
2625-652 Vialonga
Telefone: 219522268
Área de Intervenção - Centro de Convívio e ginástica para idosos e grupo coral.

AVAVILLA – Associação de Voluntários e Amigos de Vialonga

Rua Prof. Egas Moniz, 98 - Salão Nobre da Junta de Freguesia
2625-655 Vialonga
Telefone:

Os Voluntários da AVAVILLA disponibilizam-se a prestar apoio domiciliário nas seguintes atividades:

- Prestar companhia ao Utente num período considerado razoável e dentro da disponibilidade do voluntário;
- Desenvolver um diálogo positivo que estimule, motive e anime o Utente na perspetiva do seu bem-estar geral;
- Articular com a USF e encaminhar o Utente para as Instituições e/ou pessoas que poderão eventualmente ajudar na resolução dos seus problemas que se identifiquem ao longo do apoio prestado.

UNIÃO DE FREGUESIAS DE ALHANDRA, SÃO JOÃO DOS MONTES, CALHANDRIZ

Associação do Hospital Civil e Misericórdia de Alhandra
Rua Salvador Marques, nº22
2600-488 Alhandra
Telefone: 219518110
Áreas de Intervenção—Lar Residencial, Centro de Dia e Apoio Domiciliário e ginástica

Comissão Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos
Rua Miguel Bombarda 32
Alhandra
Telefone: 2195002218
Atividades - Ginástica, artes plásticas, artesanato, jogos tradicionais, passeios e momentos de convívio.

Peça ajuda, recorra aos serviços disponíveis na comunidade de Vila Franca de Xira.

CONTATOS ÚTEIS:



Bombeiros de Alhandra—219519020

Bombeiros de Alverca—219581557

Bombeiros da Póvoa de Santa Iria —
219599319

Bombeiros de Vialonga—219527310

Bombeiros de Vila Franca de Xira—
2630280650

Câmara Municipal de Vila Franca de
Xira—263 285 600

Guarda Nacional Republicana
Alhandra—219500076

Guarda Nacional Republicana
Vialonga—213252882

Guarda Nacional Republicana de Vila
Franca de Xira—213252680

Junta de Freguesia de Alhandra,
S. João dos Montes e Calhandriz—
219519050 e 219588130

Junta de Freguesia Alverca do Ribatejo
e Sobralinho—219587680

Junta de Freguesia Castanheira do
Ribatejo e Cacheiras—263299747

Junta de Freguesia Vialonga, Póvoa e
Forte da Casa— 219520967 e
213533100

Junta de Freguesia de Vila Franca de
Xira—263200770

Número Nacional de Socorro—112

Polícia de Segurança Pública de
Alhandra—219511718

Polícia de Segurança Pública Alverca—
219578810

Polícia de Segurança Pública da
Póvoa de Santa Iria —2195406000

Polícia de Segurança Pública de Vila
Franca de Xira—263279070 e
263279079

Saúde 24—808 24 24 24

Segurança Social de Vila Franca de Xira
300502502

Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados de Alhandra
219500168

Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados de Arcena—219936220

Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados de Alverca—219579760

Unidade Saúde Familiar da
Castanheira do Ribatejo—263286100

Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados da Póvoa de Santa Iria-
219540100

Unidade Saúde Familiar do Forte da
Casa—219535200

Unidade Saúde Familiar de Vialonga—
219527520

Unidade Saúde Familiar de Terra de
Cira—263279650

NOTAS

Os cuidadores que se cuidam estão em melhores condições físicas e psicológicas para manter o seu bem estar e para continuarem a cuidar do seu familiar.



Elaborado por: Susana Patrícia Correia Faustino, mestranda.

Orientadora Pedagógica: Professora Doutora Maria Manuel Quintela

Orientadora no Contexto Clínico: Enfermeira Susana Pires, Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária

APÊNDICE XVIII

Plano da 2ª Sessão “Manutenção Física e Relaxamento do Cuidador”

Plano da sessão 2ª Educação para a Saúde – “Manutenção Física e Relaxamento dos Cuidadores”.

IDENTIFICAÇÃO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE			
Projeto	A Saúde dos Cuidadores Familiares		
Tema da Sessão	“Manutenção Física e Relaxamento dos Cuidadores”		
Data- Hora_ Duração	31-01-2017	14:30 H	1 hora e 30 minutos
Local	Sala de reuniões da Unidade de Cuidados à Comunidade de Vila Franca de Xira		
Formador	Mestranda Susana Faustino		
Destinatários	Cuidadores familiares de idosos dependentes acompanhados pela ECCI VFX		
Objetivos	<p>Geral: Capacitar os cuidadores familiares de idosos dependentes para criarem estratégias que aliviem a sobrecarga e promovam o autocuidado.</p>		
	<p>Específico:</p> <p>No final da sessão que metade dos cuidadores sejam capazes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - De identificarem duas estratégias de prevenção de lesões musculoesqueléticas; - De realizar a respiração diafragmática como técnica de relaxamento; - De identificar 2 exercícios que podem executar no seu domicílio para melhorar a sua saúde e bem estar. 		

Fase	Objetivos Específicos	Conteúdos	Recursos Didáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Tempo	Avaliação
Introdução	<p>Agradecer a presença;</p> <p>- Enquadrar o tema da sessão no contexto geral do projeto;</p> <p>- Apresentação dos cuidadores familiares presentes.</p>	<p>- Explicar o propósito da sessão (mestrado, tema, objetivos, diagnóstico de enfermagem identificado);</p> <p>- Jogo quebra gelo</p>	Apresentação em PowerPoint	<p>Método expositivo; Técnica expositiva.</p> <p>Método Ativo; Jogo quebra gelo</p>	5 minutos	Aplicação de um questionário que avalia a satisfação dos cuidadores presentes

<p style="text-align: center;">Desenvolvimento</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar os cuidadores familiares de pessoas idosas a criarem estratégias de manutenção física, lazer e relaxamento; - Capacitar os cuidadores familiares a identificarem exercicios fisicos que podem executar no domicilio - Capacitar os cuidadores familiares a executarem a técnica de respiração diafragmática 	<p>Ser cuidador.</p> <p>Posturas incorretas durante a prestação de cuidados e no dia a dia do cuidador que levam a lesões músculo-esqueléticas.</p> <p>Estratégias de prevenção de lesões músculo esqueléticas e técnicas de relaxamento.</p> <p>Importância da atividade física e do relaxamento.</p>	<p>Apresentação em powerpoint</p> <p>Uma marquesa e cadeira de rodas</p>	<p>Método expositivo; Técnica expositiva.</p> <p>Método demonstrativo Técnica de demonstração</p> <p>Método ativo: Técnica de exercícius práticos.</p>	<p>1h 10 min</p>	<p>Aplicação de um questionário que avalia a satisfação dos cuidadores presentes no final da sessão</p>
--	--	--	--	--	------------------	---

<p style="text-align: center;">Conclusão</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese das técnicas que podem ajudar o cuidador familiar a cuidar melhor de si; - Avaliação dos conhecimentos transmitidos; - Avaliação da satisfação da sessão, por parte dos cuidadores familiares presentes. 	<p>Síntese de conteúdos</p> <p>Avaliação final</p> <p>Lanche convívio entre participantes e profissionais</p>	<p>Apresentação em powerpoint</p> <p>Papel e caneta</p>	<p>Método expositivo; Técnica expositiva</p> <p>Método interrogativo Técnica interrogativa</p>	<p style="text-align: center;">15 min</p>	<p style="text-align: center;">Aplicação de um questionário que avalia a satisfação dos cuidadores presentes no final da sessão</p>
--	--	---	---	--	---	---

Alternativas previstas – Em caso de falha de energia, os conteúdos da sessão, serão transmitidos oralmente, sem recurso a meios audiovisuais.

APÊNDICE XIX

Power Point 2ª Sessão “Manutenção Física e Relaxamento do Cuidador”

Manutenção física e relaxamento do cuidador.

Susana Faustino, mestranda
7º Mestrado em Enfermagem,
Área de Especialização em Saúde Comunitária

31 de Janeiro 2017

Lesões músculo-esqueléticas

- As lesões músculo-esqueléticas são lesões causadas por movimentos repetitivos que podem afetar os músculos, as articulações, os tendões, os ligamentos, os nervos e os ossos.
- O cuidador está exposto durante a prestação de cuidados a movimentos repetidos e com esforço físico levando-o a adquirir uma **postura corporal incorreta**.

A finalidade desta sessão é capacitar os cuidadores familiares de idosos dependentes para criarem estratégias de autocuidado no sentido de prevenir a sobrecarga do cuidador.

Queixas mais comuns - Lesões músculo-esqueléticas



Dor de cabeça e fadiga.



Dor nos membros superiores.



Dor na zona cervical e sensação de peso.



Dor na região dorso-lombar.

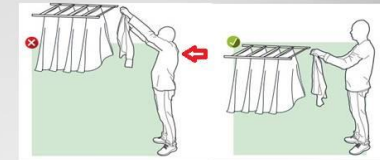


Dor nos joelhos e falta de força.

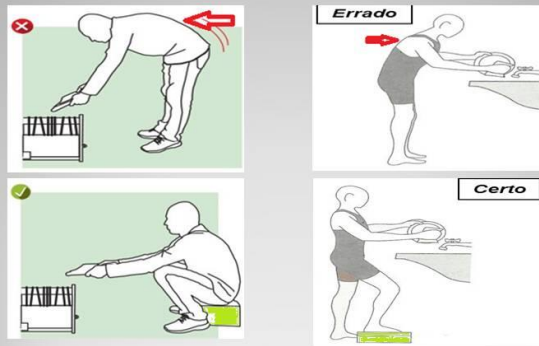
Vantagens de uma postura corporal correta

- Promove o funcionamento músculo-esquelético;
- Reduz a fadiga;
- Reduz o risco de lesão;
- Promove a energia necessária para mover-se e manter o equilíbrio.

Factores de risco no nosso dia – a dia



Factores de risco no nosso dia – a dia



Factores de risco durante a prestação de cuidados



Factores de risco durante a prestação de cuidados



X



✓

1. Exemplo Prático – Mover o seu familiar no leito

2. Exemplo Prático – Transferir seu familiar do leito para a cadeira de Rodas

Exercícios para o cuidador

- É fundamental que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para realizar atividades que lhe possam dar prazer e permitam relaxar.

Como por exemplo:

A prática de exercício físico

Exemplos de exercícios que pode fazer no seu domicílio

- Exercícios para a **coluna cervical** (pescoço)



Faça a flexão da cabeça (encoste o seu queixo ao peito).



Faça a extensão da cabeça (estenda a cabeça para trás como tivesse a olhar para o céu).



Exercícios de rotação (gire a cabeça de um lado para o outro).



Incline a cabeça lateralmente para um lado para o outro como fosse tocar a orelha no ombro.

Exemplos de exercícios que pode fazer no seu domicílio

- Exercícios para o **tronco**



Em pé, apoie uma das mãos no encosto de uma cadeira ou na própria cintura, levante o outro braço passando por cima da cabeça, incline lateralmente o corpo. Repita o mesmo movimento com o outro lado.

Exemplos de exercícios que pode fazer no seu domicílio

- Exercícios para **os ombros**



Respire fundo, enchendo bem os pulmões de ar, Levante os ombros para próximo das orelhas, solte o ar deixando os ombros caírem rapidamente, fazendo movimentos circulares, gire os ombros para frente e para trás.

- Exercícios para **os braços**



Gire os braços esticados para frente e para trás, fazendo círculos.

Exemplos de exercícios que pode fazer no seu domicílio

- Exercícios para **as pernas**



Deitado de barriga para cima, apoie os pés na cama com os joelhos dobrados. Mantendo uma das pernas nessa posição, segure com as mãos a outra perna e traga o joelho para próximo do peito. Fique nesta posição por alguns segundos e volte para a posição inicial. Faça o mesmo exercício com a outra perna.

LEMBRE-SE



- Conhecer posturas correctas evita lesões músculo-esqueléticas;
- Não exija demasiado de si mesmo. Faça apenas aquilo que pode ou então peça ajuda.

Alguns benefícios do Relaxamento

- Promove o relaxamento físico e psicológico;
- Diminui a ansiedade;
- Liberta tensões;
- Promove a diminuição do ritmo cardíaco, do ritmo respiratório e da pressão sanguínea;
- Reduz o stress;
- Aumenta a capacidade de auto-controlo.

Relaxamento

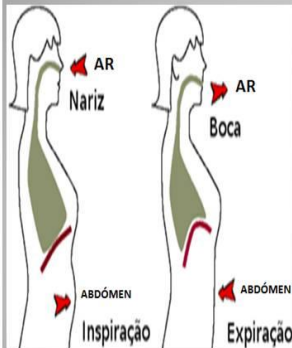
- A exigência da prestação de cuidados ao seu familiar pode dificultar encontrar momentos de descanso, mas é importante encontrar alguns minutos para relaxar.

Como relaxar?

- Existem várias técnicas de relaxamento, mas pela sua simplicidade e eficácia abordaremos seguidamente a técnica da:

**RESPIRAÇÃO
DIAFRAGMÁTICA**

RESPIRAÇÃO DIAFRAGMÁTICA



- A inspiração é activa (vamos buscar o ar).
- A expiração é passiva (deixamos o ar sair).
- Ambas devem ser executadas com suavidade e lentamente em que a expiração deve ser mais lenta que a inspiração.
- Inspiração - Quando o abdómen aumenta de volume.
- Expiração - Quando o abdómen diminui de volume.
- Pode fazer este exercício deitado ou sentado.

Exercício prático



- Sentado numa cadeira, com os ombros descontraídos coloque as mãos no abdómen;
- Feche a boca e inspire para empurrar o abdómen para fora;
- Deite o ar fora (soprando) lentamente até o abdómen voltar ao normal.

LEMBRE-SE



- **Uma rotina agitada e a falta de tempo para descansar abrem espaço para as tensões e para o stress.**
- **Tente encontrar momentos de lazer para reduzir as suas preocupações.**
- **Durante o dia faça uma pausa para relaxar.**

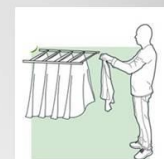
Recapitulando

Identifique 2 comportamentos de risco que podem provocar lesões músculo-esqueléticas.



Identifique 2 exercícios que pode executar no seu domicílio para melhorar a sua saúde e bem estar.

Identifique 2 estratégias de prevenção de lesões músculo - esqueléticas.



**OBRIGADA
PELA
ATENÇÃO!**

Referências Bibliográficas

- Hoeman, S. (2000) – Enfermagem de Reabilitação – Aplicação e Processo, 2ª edição. Lusociência.
- Lianza, S. (2007). Medicina de Reabilitação- distúrbios osteomusculares relacionados com o trabalho (4ª ed), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ordem dos Enfermeiros (2013) – Guia Orientador de Boas Práticas Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade- Posicionamentos, Transferências e Treino de Deambulação. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Stuart, G.; Laraia, M. (2001) - Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática. 6ª Ed. Porto Alegre: Artemed.

APÊNDICE XX
Questionário de Satisfação da 2ª Sessão "Manutenção Física e Relaxamento do Cuidador"

Questionário de Satisfação com a Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Manutenção Física e Relaxamento do Cuidador.

Data: 31 de janeiro 2017.

Local: Sala de reuniões da UCC VFX.

A sua opinião é importante para nós, e gostaríamos que avaliasse a sessão de educação para a saúde que assistiu. Para tal assinale com um X o quadrado correspondente a cada item de acordo com a escala, consoante tenha ficado de Nada Satisfeito a Totalmente Satisfeito.

	Nada Satisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
Divulgação da sessão de educação para a saúde					
Seleção dos temas apresentados					
Segurança e domínio de conhecimentos do formador					
Utilidade dos temas abordados para a sua vida diária					
Adequação dos recursos didáticos utilizados					
Adequação das instalações					
Duração da sessão de educação para a saúde					
Satisfação Geral da Sessão de Educação para a Saúde					

Deixe as suas sugestões para temas que gostaria de ver abordados:

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE XXI

Indicadores de processo das actividades desenvolvidas no projeto

Indicadores de processo das actividades desenvolvidas no projeto.

Atividades	Indicadores de processo
Sessão de educação para a saúde “cuidar de um familiar e cuidar de mim”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores convidados para a 1}^\text{a} \text{ EPS}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos convidar para a 1}^\text{a} \text{ EPS}} = \frac{10}{10} \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores presentes na 1}^\text{a} \text{ EPS}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos na 1}^\text{a} \text{ EPS}} = \frac{1}{5} \times 100 = 20\%$
Sessão de educação para a saúde “Manutenção física e Relaxamento do Cuidador”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores convidados para a 2}^\text{a} \text{ SPS}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos convidar para a 2}^\text{a} \text{ SPS}} = \frac{10}{10} \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores presentes na 2}^\text{a} \text{ SPS}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos na 2}^\text{a} \text{ SPS}} = \frac{2}{5} \times 100 = 40\%$
Calendário 2017 – Cuidar de um familiar e cuidar de mim	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de calendários distribuídos}}{\text{N}^\circ \text{ de calendários previstos de distribuir}} = \frac{8}{10} \times 100 = 80\%$
Intervenções Individualizadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenções individuais realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de intervenções individuais planeadas}} = \frac{6}{8} \times 100 = 75\%$

APÊNDICE XXII

Satisfação dos cuidadores com a 1ª Sessão “Cuidar de um familiar e cuidar de mim - Apoio ao cuidador familiar”

Satisfação dos cuidadores com a 1ª sessão de Educação para a saúde “Cuidar de um familiar e cuidar de mim - Apoio ao cuidador familiar”

	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
Divulgação da sessão de educação para a saúde	1	1	4
Seleção dos temas apresentados	1	1	4
Segurança e domínio de conhecimentos do formador	1	1	4
Utilidade dos temas abordados para a sua vida diária	1	1	4
Adequação dos recursos didáticos utilizados	1	0	5
Adequação das instalações	1	2	3
Duração da sessão de educação para a saúde	1	1	4
Satisfação Geral da Sessão de Educação para a Saúde	0	1	5

APÊNDICE XXIII
Satisfação dos cuidadores com a 2ª Sessão “Manutenção Física e
Relaxamento do Cuidador”

Satisfação dos cuidadores com a 2ª sessão de Educação para a saúde “Manutenção física e relaxamento do Cuidador”

	Satisfeito	Muito Satisfeito	Totalmente Satisfeito
Divulgação da sessão de educação para a saúde	1	2	4
Seleção dos temas apresentados	0	0	7
Segurança e domínio de conhecimentos do formador	0	2	5
Utilidade dos temas abordados para a sua vida diária	0	0	7
Adequação dos recursos didáticos utilizados	0	2	5
Adequação das instalações	1	2	4
Duração da sessão de educação para a saúde	1	2	4
Satisfação Geral da Sessão de Educação para a Saúde	1	1	5

ANEXOS

ANEXO I

Autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados

DECLARAÇÃO

Assunto: Estudo: "A Saúde dos Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes: Um projeto de intervenção de Enfermagem Comunitária na UCC de Vila Franca de Xira".

Na qualidade de Diretora Executiva do ACES Estuário do Tejo, declaro que tenho conhecimento do Estudo acima mencionado e atento ao Parecer da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, I.P., Proc.089/CES/INV/2016, esta entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Alverca, 30 de Novembro de 2016



**A Diretora Executiva
Maria do Céu Canhão**

ANEXO II

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)

CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index)

(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000)

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)				
2	Por vezes sinto-me "de mãos atadas / sem poder fazer nada para dominar a situação"				
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da				
4	Traz-me problemas de dinheiro				
5	A pessoa de quem eu cuido chega a pôr-me fora de mim				
6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se				
7	Parece-me que os técnicos de saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.) não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam				
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto				
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares				
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente				
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15	Ando a dormir pior por causa desta situação				

16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17	Esta situação faz-me sentir irritado(a)				
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado(a)				

Se entende que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

Prestar cuidados <u>PODE SER DIFÍCIL</u> porque:		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

Escala de Barthel (Mahoney e Barthel (1965) citado por Sequeira (2010))

Utente: _____

1. Alimentação:

Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	10	
Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc)	5	
Dependente	0	

2. Banho:

Independente (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	5	
Dependente	0	

3. Higiene Corporal:

Independente (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	5	
Dependente	0	

4. Vestir:

Independente (incluindo botões, atacadores, etc)	10	
Necessita de ajuda (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as em bom tempo)	5	
Dependente	0	

5. Controlo intestinal:

Continente	10	
Acidente ocasional	5	
Incontinente (ou necessita de enema)	0	

6. Controlo Vesical:

Continente	10	
Acidente ocasional	5	
Incontinente (ou algaliado e incapaz de cuidar da algália)	0	

7. Utilização da casa de banho:

Independente (sentar, levantar, vestir, puxar autoclismo)	10	
Necessita de ajuda	5	
Dependente	0	

8. Transferência cadeira-cama:

Independente	15	
Necessita de ajuda mínima (verbal ou física)	10	
Necessita de grande ajuda (pode manter-se sentado)	5	
Dependente (incapaz de manter postura de sentado)	0	

9. Deambulação:

Independente (pode usar ajuda, ex. bengala, >45metros)	15	
Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou com supervisão)	10	
Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	5	
Dependente	0	

10. Escadas (subir/descer)

Independente	10	
Necessita de ajuda (verbal, física ou recurso a equipamento próprio)	5	
Dependente	0	

GRAU DE DEPENDÊNCIA	PONTUAÇÃO
INDEPENDENTE	>90-100
LIGEIRAMENTE DEPENDENTE	60-90
MODERADAMENTE DEPENDENTE	40-55
SEVERAMENTE DEPENDENTE	20-35
TOTALMENTE DEPENDENTE	<20

ANEXO IV
Autorização da professora Doutora Maria Luísa Brito

Sra. Enfª Susana,

Envio-lhe em anexo a escala solicitada para o seu trabalho de mestrado.

Junto também um texto dos autores originais (Nolan et al.) onde, juntamente com o livro da minha tese, encontrará indicações sobre a forma de utilização da escala.

Para efeito de continuação do processo de validação da escala para a população portuguesa, agradeço que no final do seu trabalho me envie um resumo dos principais resultados de CADI, acompanhado por uma breve caracterização da amostra.

Desejo-lhe muito êxito no seu trabalho, e encontro-me ao dispor para algum esclarecimento adicional que seja necessário.

Com os meus melhores cumprimentos,

Luisa Brito

2016-05-03 15:56 GMT+01:00 Susana Patricia <susy_patricia@hotmail.com>:
