

*"Que prazer mais egoísta,
o de cuidar de um outro ser,
mesmo se dando mais
do que se tem para receber."*

Cazuza, 2002

AGRADECIMENTOS

Para a concretização deste projecto foi imprescindível o apoio e disponibilidade de diversas pessoas, que proporcionaram momentos muito importantes de aprendizagem e às quais temos que agradecer.

Aos meus pais, pela preocupação constante, pela força nos piores momentos e por “estarem sempre lá...”.

À minha orientadora, Prof. Elisa Garcia, por ter estado perto durante esta caminhada. Obrigada pela compreensão e orientação.

À enfª Coordenadora da UCC Amadora +, Maria João Bernardo por nos receber, apoiar e orientar nesta intervenção.

Às minhas colegas de mestrado e estágio, Andreia e Vanessa, pela paciência, pelos sorrisos nos momentos complicados e pela amizade.

Aos Familiares Cuidadores, participantes nesta intervenção, por terem confiado em nós, pela receptividade, pela aprendizagem, pelo partilhar de experiências.

A todos os enfermeiros da UCC, em particular à equipa de enfermagem, pela forma como se disponibilizaram a colaborar neste projecto

A todos aqueles que de forma indirecta, ou talvez mais discreta nos ajudaram e talvez nem sequer tenham essa noção.

RESUMO

A problemática do envelhecimento e a longevidade da população portuguesa, tem vindo a adquirir importância crescente no sistema de saúde e social. As famílias são cada vez mais solicitadas a desempenhar o papel de prestadoras de cuidados.

Cuidar de uma pessoa dependente constitui para o Familiar Cuidador um desafio. O Familiar Cuidador espera encontrar respostas adequadas às suas necessidades de forma a conseguir assegurar cuidados de qualidade, podendo estar sujeito a sobrecarga relacionada com o cuidar.

Avaliar e intervir a nível da sobrecarga dos Familiares Cuidadores de pessoas dependentes no domicílio é o pressuposto desta intervenção comunitária no sentido da sua capacitação para gerirem factores de sobrecarga relacionados com o cuidar em casa.

Partindo da avaliação a nível da sobrecarga dos Familiares Cuidadores de pessoas dependentes no domicílio, com suporte na metodologia de Planeamento em Saúde e no modelo teórico de Betty Neuman, utilizaram-se duas técnicas de colheita de dados, a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) e entrevistas a peritos na área dos Cuidados Continuados.

Os resultados do diagnóstico de Situação, revelam que a maioria dos familiares cuidadores são do sexo feminino, filhos ou conjugues da pessoa dependente, faixa etária elevada, casados, reformados, com baixo nível de escolaridade e sujeitos a sobrecarga intensa (>56). Esta sobrecarga está principalmente relacionada com as “Expectativas face ao Cuidar”, nomeadamente, sobrecarga relacionada com a dependência da pessoa de quem cuidam e dos recursos existentes na Comunidade.

Os resultados da nossa intervenção revelam uma ligeira diminuição da sobrecarga avaliada a curto prazo e a necessidade de um contacto directo e permanente que os familiares cuidadores tem relativamente à equipa de enfermagem.

A realização do projecto permitiu reconhecer a importância da intervenção comunitária nos familiares cuidadores no sentido da sua capacitação e o desenvolvimento de algumas competências do âmbito da enfermagem comunitária.

Palavras-chave: capacitar, familiar cuidador, sobrecarga, planeamento em saúde.

ABSTRACT

Ageing and longevity of portuguese population has been gaining importance in health and social systems. Families are increasingly asked to play the role of caregivers.

Caring for a dependent person represents a challenge for the caregiver. He expects to find appropriate responses to his needs in order to be able to ensure quality care and may be subjected to burden related to caregiving.

Assess and intervene the level of burden in family caregivers of dependent persons in the household is the presupposition of the community intervention, aiming towards their empowerment to manage the overload factors related to caring at home.

Based on the assessment of the family burden of caregivers of dependent persons at home and supported on the Health Planning methodology and Betty Neuman's theoretical model, two techniques for collecting data were used: the Caregiver Burden Scale and interviews with Continuous Care experts.

The results revealed that most family caregivers are female, sons or spouses, are older, married, retired, have a low education level and are subjected to intense overload (> 56). This overhead is mainly due to the "Expectations of Caring", related, in particular, to the dependence of the person they are caring for and the resources available within the Community.

The intervention, evaluated in the short term, shows a slight decrease in overload and in the need for a direct and permanent contact that family caregivers have in regards to the nursing team.

The project's implementation allowed the recognition of the importance of community intervention in family caregivers towards their empowerment and development of certain skills within the scope of community nursing.

Keywords: training, family caregiver, burden, health planning.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
PARTE I – FOCO DE INTERVENÇÃO	18
1 JUSTIFICAÇÃO	18
1.1 Cuidar na Família	19
1.2 Familiares Cuidadores	21
1.3 Sobrecarga do familiar cuidador	22
2 BETTY NEUMAN E O MODELO DOS SISTEMAS NA CAPACITAÇÃO DOS FAMILIARES CUIDADORES	26
PARTE II – METODOLOGIA.....	29
1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	29
1.1 População e Amostra.....	31
1.2 Aplicação do Instrumento de colheita de dados.....	31
1.3 Tratamento de dados e resultados do Diagnóstico de Situação	35
1.4 Caracterização dos familiares cuidadores.....	36
1.5 Níveis de sobrecarga dos FC.....	38
1.6 Caracterização da sobrecarga dos familiares cuidadores de acordo com os domínios	39
1.7 Análise de Conteúdo das entrevistas aos peritos	41
2 SELECÇÃO DO PROBLEMA	46
3 FIXAÇÃO DOS OBJECTIVOS	47
4 SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS.....	48
5 ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJECTOS	49
6 EXECUÇÃO	50
7 AVALIAÇÃO.....	55
PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59

1	QUESTÕES ÉTICAS	59
2	LIMITAÇÕES	61
3	ASPECTOS POSITIVOS	63
4	COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	64
5	SUGESTÕES.....	66
6	CONCLUSÕES	68
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
	ANEXOS	77
	APÊNDICES.....	79

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Distribuição dos FC de acordo com o sexo

GRÁFICO 2 – Distribuição dos FC de acordo com a faixa etária

GRÁFICO 3 – Distribuição dos FC de acordo com a nacionalidade

GRÁFICO 4 – Distribuição dos FC de acordo com o estado civil

GRÁFICO 5 – Distribuição dos FC de acordo com a escolaridade

GRÁFICO 6 – Distribuição dos FC de acordo com a actividade profissional

GRÁFICO 7 – Distribuição dos FC de acordo com o grau de parentesco

GRÁFICO 8 – Distribuição dos FC de acordo com a coabitação com a pessoa dependente

GRÁFICO 9 – Distribuição dos FC de acordo com o tempo há que prestam cuidados

GRÁFICO 10 – Impacto da Prestação de Cuidados

GRÁFICO 11 – Relação Interpessoal

GRÁFICO 12 – Expectativas Face ao Cuidar

GRÁFICO 13 – Percepção da Auto- Eficácia

GRÁFICO 14 – Mediana dos Domínios de Sobrecarga do Cuidador

GRÁFICO 15 – Classificação da sessão de informação à ECCI

GRÁFICO 16 – Abordagem do tema

GRÁFICO 17 – Utilidade prática da 2ª sessão de esclarecimento à ECCI

GRÁFICO 18 – Distribuição dos motivos de contacto telefónico

GRÁFICO 19 – Distribuição dos contactos telefónicos de acordo com a resolução dos profissionais

GRÁFICO 20 – Distribuição dos contactos telefónicos de acordo com as complicações de saúde

GRÁFICO 21 – Distribuição dos contactos telefónicos relacionados com outros assuntos

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO Nº 1 – Níveis de Sobrecarga dos FC

QUADRO Nº 2 – Mediana e médias dos Domínios da ESC

QUADRO Nº 3 – Questões do domínio “Expectativas face ao Cuidar”

QUADRO Nº 4 – Receio dos FC

QUADRO Nº 5 – Dependência da pessoa cuidada

QUADRO Nº 6 – Percepção das expectativas do familiar cuidado

QUADRO Nº 7 – Recursos Monetários

QUADRO Nº 8 – Plano de Intervenção

QUADRO Nº 9 – Avaliação das EPS's aos familiares cuidadores

QUADRO Nº 10 – Níveis de Sobrecarga dos FC no Domínio da “Expectativas face ao Cuidar” antes e após as EPS's

QUADRO Nº 11 – Resultados da Sessão de informação à ECCI

QUADRO Nº 12- Classificação da sessão de informação à ECCI

QUADRO Nº 13 – Abordagem do tema

QUADRO Nº 14 – Utilidade prática da sessão

QUADRO Nº 15 – Distribuição dos contactos telefónicos de acordo com quem contactou

QUADRO Nº 16 – Distribuição dos contactos telefónicos de acordo com quem atendeu o telefonema

QUADRO Nº 17 – Distribuição dos contactos telefónicos de acordo com os motivos de contacto

QUADRO Nº 18 – Distribuição dos contactos telefónicos de acordo com a resposta dos profissionais

QUADRO Nº 19 – Distribuição dos contactos telefónicos de acordo as complicações de saúde

QUADRO Nº 20 – Distribuição dos contactos telefónicos de acordo com outros assuntos

QUADRO Nº 21 – Distribuição dos contactos telefónicos de acordo com a participação nas EPS's e apoios necessários

QUADRO Nº 22 – Avaliação da 1ª EPS

QUADRO Nº 23 – Avaliação da 1ª EPS

QUADRO Nº 24 – Avaliação da 2ª EPS

QUADRO Nº 25 – Avaliação da 2ª EPS

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I- Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Autorização para utilização da Escala de Sobrecarga do Cuidador

Apêndice II – Caracterização sócio-demográfica do familiar cuidador

Apêndice III – Caracterização Sócio-demográfica dos familiares cuidadores de acordo com os domínios

Apêndice IV – Sessão de esclarecimento à ECCI e avaliação

Apêndice V – Modelo de Registo de Atendimento Telefónico

Apêndice VI – 1ª EPS “Estratégias que promovem a Autonomia e a Independência da pessoa cuidada”

Apêndice VII – 2ª EPS “Recursos materiais e económicos na comunidade”

Apêndice VIII – Modelo do Cartão de Cuidador

Apêndice IX – Divulgação dos resultados da intervenção à ECCI e avaliação

Apêndice X – Pedido de apoio ao BLVA (Banco Local de Voluntariado da Amadora)

Apêndice XI – Pedido de transporte à Câmara Municipal da Amadora

Apêndice XII – Pedido de Patrocínios

Apêndice XIII – Guia útil para cuidadores familiares de pessoas dependentes em casa

Apêndice XIV – Regulamento do Cartão de cuidador

Apêndice XV – Modelo do Cartão de cuidador

Apêndice XVI – Pedido parecer ao Coordenador da ECCI para implementação do Cartão de cuidador

Apêndice XVII – Avaliação Intermédia do Modelo de Registo de Atendimento Telefónico

Apêndice XVIII – Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com a participação nas EPS's e apoios necessários

Apêndice XIX – Avaliação da 1ª EPS

Apêndice XX – Avaliação da 2ª EPS

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

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

DGS – Direcção Geral de Saúde

CCI – Cuidados Continuados Integrados

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECL – Equipa Coordenadora Local

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

INE – Instituto Nacional de Estatística

MSP – Missão para os Cuidados de Saúde Primários

OE – Ordem dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

Enf^a – enfermeira

FC – Familiares Cuidadores

N.º – número

Prof. ^a – Professora

VD – Visita Domiciliária

INTRODUÇÃO

A evolução da ciência, particularmente nos últimos 100 anos, reflectiu-se em várias áreas, nomeadamente na medicina, que em muito contribuíram para o aumento da esperança média de vida na população em geral.

Para além do desenvolvimento de medidas profiláticas, a evolução da medicina teve também influência na qualidade e longevidade dos indivíduos que têm multipatologias, pois, estes podem agora sobreviver durante largos anos. O problema surge quando as referidas patologias, pela sua história natural, por comportamentos e atitudes dos indivíduos, ou por fragilidades físicas dos mesmos, progridem, levando à deterioração do estado de saúde, conduzindo a situações de dependência (DGS, 2004).

A dependência é um fenómeno cada vez mais comum nas sociedades modernas que pode advir de vários factores, como por exemplo acidentes de viação, acidentes laborais, envelhecimento, aumento das doenças crónicas e degenerativas, entre outros (DGS, 2004).

Face à nova realidade, a família tem que se adaptar, procurando os recursos mais adequados para a realização da tarefa de cuidar com sucesso.

A família tem sido considerada como o principal pilar de apoio à pessoa em situação de dependência, estima-se que o número de cuidadores informais em Portugal ultrapasse os 600 mil, embora não existam dados oficiais sobre esta realidade (Social Protection & Social Inclusion, 2009).

Cuidar de alguém representa um enorme desafio e envolve longos períodos de tempo dispensados à pessoa dependente, bem como desgaste físico, financeiro e acentuada sobrecarga emocional, mental e física (Santos, 2008).

De acordo com Castro (2005), torna-se imperativa uma consciencialização da necessidade de criação de uma rede de apoio ao doente e ao cuidador, capaz de ajudar nas actividades de vida diária e de lhe proporcionar informação e formação, preservando a sua saúde física e mental.

Os cuidadores, mais do que quaisquer outros, têm a necessidade que se cuide deles, porque “cuidar” é uma tarefa árdua e exigente, sendo necessário cuidar de quem cuida (Santos, 2008).

A enfermagem Comunitária é a área da enfermagem privilegiada pelo contacto directo com a comunidade. Tendo em conta o foco de intervenção da enfermagem comunitária e considerando o grupo dos cuidadores um grupo vulnerável / risco é necessário conhecer os factores de risco presentes neste grupo da comunidade para uma intervenção eficaz no sentido da capacitação.

Definiu-se como a finalidade para este projecto de intervenção a capacitação dos familiares cuidadores para gerirem factores de sobrecarga relacionados com o cuidar em casa.

O estudo da sobrecarga associada ao cuidar de pessoas em situação de dependência constitui uma prioridade em termos de saúde pública dado que possibilita uma melhor compreensão dos fenómenos responsáveis pelas situações de sobrecarga do familiar cuidador, uma avaliação das consequências negativas no mesmo e uma intervenção centrada ao nível da prevenção das situações problemáticas da pessoa dependente e respectivo familiar cuidador (Sequeira, 2010).

Assim sendo, dada a importância do papel do enfermeiro de família e do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, enquanto estudante da especialidade e mestrado em enfermagem comunitária, considerou-se que a intervenção ao nível dos familiares cuidadores com sobrecarga para o cuidar é extremamente importante, já que cuidadores com mais conhecimentos estarão menos expostos a factores de sobrecarga. Esta intervenção será também uma mais-valia para a melhoria da prática de enfermagem, contribuindo significativamente para a melhoria da prática dos restantes profissionais de saúde que interagem com os familiares cuidadores.

Este relatório apresenta o trabalho realizado no estágio de Enfermagem Comunitária e da Família, realizado no contexto do 1º Curso de Pós Licenciatura e Mestrado na área de Especialização de Enfermagem Comunitária que decorreu no período de 4 de Outubro de 2010 a 11 de Fevereiro de 2011 na UCC Amadora+, mais especificamente na área dos Cuidados Continuados Integrados. Pretende-se reflectir acerca da intervenção comunitária realizada, experiências vivenciadas, assim como as competências adquiridas como enfermeira especialista durante este período de tempo.

O relatório justifica toda a intervenção comunitária, como tal, começa-se por uma justificação e enquadramento teórico da intervenção (capítulos 1 e 2), de seguida

apresenta-se a metodologia e resultados (capítulo 3) e no capítulo 4 apresentam-se algumas considerações finais que não são mais do que uma reflexão de todo o processo.

Optou-se por colocar em anexo, todo o material de apoio e suporte à parte metodológica.

PARTE I – FOCO DE INTERVENÇÃO

1 JUSTIFICAÇÃO

O envelhecimento demográfico, as alterações do padrão epidemiológico, e comportamentos sociais e familiares da sociedade portuguesa determinam novas necessidades em saúde e conduzem ao aparecimento de um grupo significativo de pessoas para as quais, independentemente da idade e dos problemas decorrentes da sua perda de autonomia, é urgente organizar respostas adequadas de forma personalizada, de qualidade e em proximidade (Ministério da Saúde, 2007). Estas situações, pela sua duração e complexidade, têm inevitavelmente repercussões nos gastos com os cuidados de saúde e também de forma marcada, nos familiares, pelo que se torna imperativo reduzir as suas limitações/incapacidades, de forma precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, como potenciadora dos recursos existentes (Ministério da Saúde, 2007).

Por outro lado, a evolução técnico-científica e social originou várias alterações que, para além de lançarem ao Ser Humano o desafio de viver mais tempo e com funcionalidade, acarretam também situações como stress, violência, poluição, acidentes, comportamentos de risco, sedentarismo e aumento das doenças incapacitantes que contrariam o potencial de saúde e que põem em causa a autonomia e independência do indivíduo (Ministério da Saúde, 2007).

Numa Europa a 15, Portugal é o segundo país com maior percentagem de população (6%) a prestar cuidados a familiares idosos. A média europeia ronda os 2,5% (Social Protection & Social Inclusion, 2009).

Na sua maioria sem preparação técnica, estes familiares cuidadores sentem-se desapoitados, sobrecarregados e, muitas vezes, impotentes face à realidade de cuidar uma pessoa dependente. Estes factores impelem para uma exigência crescente de suporte formal e informal às pessoas dependentes e aos familiares cuidadores que estão por sua vez sujeitos a uma sobrecarga ou efeitos negativos na tarefa do cuidar (Figueiredo, 2008).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) tem vindo a alertar para a necessidade de se criarem apoios dirigidos aos cuidadores informais e afirma que estes podem mesmo ser a solução para a *“sustentabilidade dos serviços de saúde*

e de protecção social” e defende que o Estado deve “investir em todas as medidas que puder para manter os idosos e dependentes em casa”, tendo como suporte para esta afirmação dados apresentados num relatório oficial de 2008 (Joint Report on Social Protection and Social Inclusion) para esclarecer que “o aumento anual de 1% de utentes em cuidados formais, oriundos de cuidadores informais, pode originar uma despesa adicional que representa 0,6% do PIB” (UMCCI, 2009).

Estes números levantam questões muito específicas no que se refere à adequação da prestação de cuidados, às características particulares dos portadores de doenças incapacitantes e geradoras de dependências, às necessidades de resposta familiar e comunitária e às maiores necessidades de cuidados de longa duração associados à prevalência de doenças crónicas (Ministério da Saúde, 2007).

A tarefa de cuidar de um familiar dependente, expõe, invariavelmente o indivíduo a uma série de situações adversas e implica mudanças no estilo de vida do cuidador (Fonseca et al., 2008). Existem diferentes respostas a estas mudanças que diferem não só de indivíduo para indivíduo como também no mesmo indivíduo ao longo do tempo (Sequeira, 2007). Algumas pessoas são capazes de lidar mais adequadamente com as adversidades do cuidar enquanto outras reagem de forma inadequada, geralmente quando o stress se sobrepõe, originando sobrecarga (Fonseca et al., 2008).

De acordo com Sequeira (2007) as repercussões/ impacto do cuidar relacionam-se directamente com a satisfação/ bem-estar, stress/ sobrecarga e morbilidade física/ mental, tornando a problemática uma situação de saúde Pública.

É imprescindível que o cuidador, à semelhança da pessoa dependente, seja considerado alvo prioritário de intervenção por parte dos profissionais de saúde, de forma a que se avaliem as capacidades para a prestação de cuidados, o seu estado de saúde, as dificuldades relacionadas com o contexto, as estratégias a utilizar para facilitar a acção de cuidar, a informação de que dispõe e a capacidade de receber e interpretar essa informação (Sequeira, 2007)

1.1 Cuidar na Família

O cuidar é um conceito complexo e multidisciplinar e, ao reflectir-se acerca da sua especificidade, são várias as definições existentes e que se complementam.

Na perspectiva de Honoré (2004), o *“cuidar indica uma forma 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”*.

Na mesma linha de pensamento, Collière (1999) refere que cuidar é manter a vida, garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis mas que são diversificadas na sua manifestação.

Orem (1971), citada por Hanson (2005), *“Vê a família como unidade básica de condicionamento, na qual o indivíduo aprende cultura, os papéis, e as responsabilidades”*.

O cuidar de um familiar com dependência é uma situação que surge muitas vezes de forma inesperada, para a qual o cuidador não tem qualquer tipo de formação e não está preparado, pelo que o apoio e suporte dos profissionais de saúde é fundamental e é muito importante que a equipa de cuidados inclua a família/familiar cuidador desde a fase inicial de dependência (Melo, 2005).

Ser cuidador, na maioria das situações, é um papel que se assume por imposição de circunstâncias várias e não por vontade própria ou escolha, apesar de no início se poder achar que esta missão é naturalmente sua. Ser cuidador familiar de um doente com dependência leva a inúmeras alterações e tem consequências para quem cuida e é cuidado (Nogueira, 2003).

A família, nomeadamente o familiar cuidador é o recurso mais acessível à prestação de cuidados tendo, de facto, em muitas circunstâncias, de os prestar devido à escassez de serviços organizados. A ajuda do familiar cuidador à pessoa que necessita de apoio para o seu auto cuidado é, por isso, a base da sua assistência (Nogueira, 2003).

Estudos feitos por Sapeta (1997) referem que a família prefere cuidar dos seus doentes e estes também preferem ser cuidados por membros do seu agregado familiar. No domicílio, o doente pode continuar a viver satisfatoriamente pois está rodeado de quem gosta e dos objectos que são importantes para si, sendo por isto, um local privilegiado para poder continuar o cuidar, contribuindo regra geral para uma melhor qualidade de vida, sentindo-se menos isolado e mais apoiado (Moreira, 2001). Por sua vez, a família como prestadora de cuidados, coloca grandes exigências a nível individual e familiar. Não é isenta de custos para quem presta cuidados e é evidente que ser cuidador

familiar é uma tarefa pesada com desgaste físico e psicológico para estas pessoas (Santos, 2005).

Dentro da família, o familiar cuidador será provavelmente o elemento mais afectado pela ansiedade e pelo stress (Santos, 2005). Assim sendo, a função de cuidar pode ser desgastante para os Familiares Cuidadores. Existem estudos que demonstram que os familiares cuidadores têm maior morbilidade do que aqueles que não tem esta função (Lage, 2002).

1.2 Familiares Cuidadores

Braithwaite (2000) define cuidador informal como *“a pessoa não remunerada, familiar ou amiga que se assuma como principal responsável pela organização ou assistência e prestação de cuidados à pessoa dependente”*.

Entende-se por *“cuidador familiar a pessoa que, por vínculos parentais, assume a responsabilidade, directa ou não, pelo cuidado de um familiar doente e/ou dependente”* (Cattani e Perlini, 2004).

O cuidador informal é, habitualmente, um membro da família ou alguém muito “próximo” da pessoa dependente, que na grande maioria das vezes, se responsabiliza de forma directa pelo conjunto dos cuidados, em muitos dos casos cuida de forma sistemática e por vezes solitária sem a ajuda directa de outros membros da família (Sequeira, 2007).

De acordo com Sequeira (2007), os cuidadores são na maioria dos casos mulheres (87%) com idade na média nos 56 anos de idade, casadas (74%), com baixa escolaridade ($\leq 1^{\circ}$ ciclo) e no que se refere à relação de parentesco dividem-se em filhos (44%) e cônjugues (32%).

Na perspectiva de Franco (2004), os familiares cuidadores são na sua maioria do sexo feminino, habitualmente, esposas ou filhas. Estas apresentam na sua maioria um nível educacional baixo e faixas etárias muito próximas das pessoas de quem cuidam. Segundo o mesmo autor, um familiar torna-se cuidador consoante a sua disponibilidade para o concretizar, o sentimento que o mesmo possui como “obrigação” e “dever” e ainda o sentimento de solidariedade. Por outro lado, Caldas (1995) refere que os motivos que contribuem para o familiar desempenhar o papel de cuidador são a influência histórica, os imperativos culturais e os preceitos religiosos.

A complexidade que envolve muitas vezes a definição de quem será o familiar cuidador está longe de constituir um processo natural, e é um aspecto importante que traduz como efectivamente se institui habitualmente esse papel (Lage, 2007). A designação ou escolha do cuidador é um processo onde combinam e convergem um conjunto de factores: imperativos demográficos, tal como ser filho único; obrigações normativas de reciprocidade e factores situacionais, como por exemplo, compromissos assumidos entre pais e filhos; ter poucas obrigações familiares e profissionais; estar geograficamente mais próximo; ser economicamente mais desfavorecido, entre outros factores (Lage, 2007).

Assim sendo, a diversidade de respostas por parte dos familiares cuidadores perante uma situação de doença pressupõe a influência de várias variáveis psicossociais que se interligam num processo complexo e multifactorial (Santos, 2005).

1.3 Sobrecarga do familiar cuidador

A terminologia “sobrecarga” vem da tradução do termo “*burden*” que se refere ao conjunto das consequências que ocorrem na sequência de um contacto próximo com o doente (Sequeira, 2010). Na perspectiva de Braithwaite (1992), a sobrecarga do cuidador informal é “*uma perturbação resultante do lidar com a dependência física e a incapacidade mental do indivíduo alvo da atenção e dos cuidados*”. Está associada à diminuição da qualidade de vida e ao aumento da morbilidade do cuidador familiar, pelo que a sua avaliação e caracterização são fundamentais para a sua efectiva prevenção (Braithwaite, 1992).

Existem dois tipos de sobrecarga: a objectiva e a subjectiva. De acordo com Weuve, Boult e Morishita (2000), a primeira corresponde a acontecimentos percebidos pelos cuidadores, directamente associados ao desempenho desse papel, como por exemplo a restrição de tempo, maior esforço físico, gastos económicos e o efeito destas alterações no seu bem-estar psicológico, fisiológico, social e económico. A segunda refere-se aos sentimentos e atitudes inerentes às tarefas e actividades desenvolvidas no processo de cuidar.

Uma análise cuidada de várias leituras leva a crer que as dificuldades surgidas aos cuidadores em consequência da prestação de cuidados às pessoas dependentes dependem, entre outras razões, da falta de conhecimentos, de recursos e de

acompanhamento dos serviços comunitários (Palma, 1999). A este respeito, Paúl (1997) refere, para além da falta de conhecimento sobre as técnicas do cuidar e os recursos comunitários, a falta de conhecimento dos cuidadores para lidar com o stress que advém da prestação de cuidados.

Palma (1999), ao estudar as expectativas dos familiares cuidadores de pessoas idosas dependentes, relativamente ao papel do enfermeiro para dar resposta às suas necessidades enquanto cuidadores, concluiu que as necessidades mais verbalizadas, são as dificuldades relacionadas com factores fisiológicos, económicos, de ajuda de outros e de formação/ informação.

A qualidade da ajuda que o cuidador dá ao doente depende em muito do seu bem-estar e, de acordo com Brito (2001), as suas necessidades passam despercebidas aos outros; ser cuidador é um serviço que, para além de ser fisicamente desgastante, acarreta enormes custos emocionais.

Figueiredo (2008), refere que muito dificilmente a prestação de cuidados não afecta de alguma forma o conjunto de redes relacionais, ou seja, a relação entre a pessoa dependente e a pessoa que cuida dele, a relação conjugal do prestador de cuidados e as relações familiares, fraternais e extra familiares. A nova rotina leva a alterações na dinâmica familiar, exigindo consequentemente um reajustamento que move relações de poder, dependência e intimidade. Os cuidados pessoais prestados à pessoa dependente implicam alterações de relacionamento, uma vez que implicam uma nova percepção de si e do outro.

Os familiares cuidadores são assim submetidos a um desgaste físico, psicológico e financeiro, para além do isolamento social com que se deparam; o nível de exigência física depende em grande escala do grau de dependência da pessoa doente mas também dos apoios, dos cuidados básicos e dos serviços comunitários locais (Nogueira, 2003). De acordo com a mesma autora, (2003), o processo de prestação de cuidados é complexo e dinâmico, pois é caracterizado por inúmeras variações ao longo do tempo e foca-se nas necessidades e sentimentos quer do doente, quer do prestador de cuidados, em função da progressão da própria doença, da situação de dependência, do contexto familiar, da fase de evolução familiar, dos valores e crenças e das redes de apoio social.

Na perspectiva de Martins, Ribeiro e Garret (2003), o familiar cuidador, perante a situação de doença e dependência do seu familiar, sente-se impotente para parar a evolução da doença da pessoa saudável com quem conviveu durante muito tempo, o que se traduz no aparecimento de conflitos que conduzem à sobrecarga manifestada em três grandes domínios: físico, emocional e social. Como refere Santos (2005), ao nível físico os cuidadores têm a sensação da degradação gradual do seu estado de saúde, mostrando-se a sua saúde global mais frágil, com maior prevalência de doenças crónicas, sofrendo um agravamento conforme a progressão da idade.

Entre outras, Quaresma (1996) destaca como necessidades do familiar cuidador a situação financeira, ajudas ao nível técnico, protecção, assistência /apoio social e acesso à informação/formação.

Alguns estudos (Mors, Sorensen e Therkildsen 1992; Lavoie, 2000 cit in Ricarte, 2009) demonstram que a primeira fase é a que maior desgaste provoca nas famílias porque é aqui que se verifica o maior número de alterações no quotidiano familiar do cuidador.

De acordo com Andreasen (2003), as repercussões que se manifestam com o cuidar variam ao longo do processo, sendo que a sobrecarga é mais intensa no início da relação, com possibilidade de diminuir à medida que o cuidador se adapta à nova situação e vai adquirindo competências para cuidar.

Nesta perspectiva do cuidar do outro, os cuidadores passam a trabalhar mais do que antes da situação de cuidador, já que, para além desta tarefa, possuem todas as outras que tinham até aqui. Para além disso, passam a ter menos horas de descanso e, consequentemente, acabam por ter menos disponibilidade para os restantes membros da família e para si próprios (Nogueira, 2003).

Zarit e Gaugler (2000) identificaram dois tipos de factores stressantes nas famílias cuidadoras: stressores primários e secundários. Os primeiros referem-se à situação de cuidar e os stressores secundários correspondem aos conflitos entre o cuidador com as obrigações familiares e profissionais, aos problemas financeiros e às alterações das actividades sociais resultantes directamente dos stressores primários (Martins, Ribeiro e Garret, 2003).

Desta forma se compreende como alguns factores intrínsecos e extrínsecos ao indivíduo são importantes para ajudar a resolver os problemas servindo de mediadores

pois servem para que o indivíduo possa responder à situação de crise e resolvê-la da melhor maneira (Martins, Ribeiro e Garret, 2003).

Não raramente os cuidadores demonstram reacções negativas e de protesto, as quais são apaziguadas através de estratégias de *coping* (Martins, Ribeiro e Garret, 2003).

Pearlin et al. (1990) consideraram como mediadores desse processo as estratégias de coping e o suporte social, material, emocional e de informação. Assim, se uma pessoa utiliza uma estratégia eficaz, a sua resposta será melhor do que a que utiliza uma estratégia ineficaz. Ou ainda, se o cuidador tem suporte familiar, provavelmente terá menos sobrecarga do que se tiver que lidar sozinho com a situação. Neste caso, poder-se-ia identificar atitudes tais como procurar e aceitar apoio, compreender os seus limites, distribuir tarefas a outros cuidadores, saber cuidar, entre outros, como favoráveis ou eficazes para manter o bem-estar dos cuidadores (Perlin et al. (1990).

2 BETTY NEUMAN E O MODELO DOS SISTEMAS NA CAPACITAÇÃO DOS FAMILIARES CUIDADORES

A intervenção em saúde nas comunidades deve orientar-se, cada vez mais, para capacitar os grupos a lidar com as fontes de *stress*, de modo a conseguirem restabelecer um novo equilíbrio, com um mínimo de danos causado pela exposição ao risco. (Neuman, 2011).

“Capacitar” significa “fazer capaz”, “habilitar”, “convencer”, “persuadir” (Infopédia, 2001). Capacitar os Familiares Cuidadores está directamente relacionado com o desenvolvimento das suas aptidões de forma ajustada, para o cuidar do familiar.

A Enfermagem Comunitária, pela posição privilegiada no ambiente natural da comunidade e na intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários a indivíduos, grupos, famílias e comunidades, é especialmente direccionada e ajustada à capacitação dos familiares cuidadores (Stanhope, 2010).

Assim sendo, conhecendo os factores de sobrecarga a que estes familiares cuidadores estão sujeitos, podemos capacitar as pessoas na aquisição de estratégias de coping que lhes minimizem a sobrecarga relacionada com o cuidar. (Martins, Ribeiro e Garrett, 2003).

Sousa, Figueiredo e Sequeira (2004) referem que a qualidade de vida dos cuidadores é influenciada negativa ou positivamente, dependendo das estratégias que estes adoptam, ou seja, do modo como gerem situações face ao *stress*.

Num estudo acerca do processo de cuidar a pessoa com dependência física e/ ou mental de Sequeira (2007), as estratégias de coping mais utilizadas pelos cuidadores estão relacionadas com o lidar com os acontecimentos/ resolução de problemas, com o lidar com sintomas de stress e com as percepções alternativas sobre a situação.

Na investigação em enfermagem, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2011) parece ser o que melhor se ajusta à interacção entre o sistema cliente e os stressores.

O modelo Neuman (2011) é uma abordagem de sistemas dinâmica e aberta ao cuidar do cliente, desenvolvida para fornecer um ponto de interesse e união na definição de problemas de enfermagem e para melhor compreensão da interacção com o ambiente.

Enquanto sistema, o cliente pode ser definido como pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto (Neuman, 2011).

Neuman utilizou a definição de stress como sendo a resposta não específica do corpo a qualquer pedido, sendo que o stress aumenta com a necessidade de reajustamento. Definiu ainda stressores como *“estímulos produtores de tensão que resultam em stress”* que podem ser positivos ou negativos (Neuman, 2011).

A teórica adaptou o conceito de níveis de prevenção relacionando-os com a enfermagem, sendo que a prevenção primária é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com o stressor, a prevenção secundária tem como objectivo reduzir o efeito dos stressores através do diagnóstico precoce e tratamento dos sintomas de doença e a prevenção terciária pretende reduzir os efeitos do stressor após o tratamento (Neuman, 2011).

A autora vê os clientes como um todo cujas partes interagem entre si e considera em simultâneo todas as variáveis que afectam o sistema do cliente, nomeadamente a fisiológica, a psicológica, a sociocultural, a de desenvolvimento e a espiritual (Neuman, 2011).

O indivíduo é envolto, figuradamente, por círculos que a autora denomina de linhas. A primeira delas é a linha normal de defesa, que é concebida como um nível de saúde desenvolvido e adaptado através do tempo e considerado normal para um indivíduo em particular ou um sistema. É normal no sentido de ser o padrão próprio ao homem em seu sentido genérico. A seguinte, sobre esta, é a linha flexível de defesa, um mecanismo protector que rodeia e protege a linha normal de defesa da entrada de qualquer "invasor". Ressalta-se que, quanto maior a expansividade dessa linha, maior é o grau de protecção (Oliveira, 2007).

Uma vez ocorrida a invasão, o indivíduo lança mão da linha de resistência, composta por factores de resistência interna, activados para proteger e preservar a estrutura básica contra o agente invasor. Esses factores diminuem a intensidade do grau de reacção do invasor. O termo invasor utilizado aqui tem o intuito de caracterizar aquilo que venha perturbar o equilíbrio da estrutura básica de energia do organismo de um indivíduo (Oliveira, 2007).

Tendo em conta o modelo de Neuman procuramos reflectir o mesmo no estudo do fenómeno de enfermagem, que levou ao projecto com foco de intervenção centrado nos familiares cuidadores sujeitos a desequilíbrios constantes provocados por stressores que, conseqüentemente, desencadeiam a linha flexível de defesa e a linha de resistência. Atendendo a que o modelo tem em conta as diferentes variáveis anteriormente referidas que também se enquadram na sobrecarga, a intervenção comunitária foi sustentada com base neste modelo de enfermagem.

Este modelo adequa-se à Enfermagem comunitária porque privilegia uma abordagem da prática holística na qual qualquer parte do sistema ou sub- sistema pode organizar-se como um todo interrelacionado que idealmente funciona como um sistema total (Neuman, 2011).

A sobrecarga tem em conta as variáveis emocional, física e social, e apesar de se considerar que os familiares cuidadores estão sujeitos a outro tipo de variáveis que a Betty Neuman inclui no seu modelo, vamos incidir apenas nas directamente relacionadas com a sobrecarga em estudo.

Sendo este um modelo que encara os clientes como um todo e um sistema que pode ser definido de diferentes formas, aqui os familiares cuidadores enquadram-se no sistema cliente-grupo, como um grupo da comunidade onde o enfermeiro especialista em saúde comunitária pode diagnosticar necessidades, planear e implementar intervenções de enfermagem comunitária contribuindo para o processo de capacitação dos Familiares Cuidadores.

Assim sendo, e tendo em conta os níveis de intervenção do modelo a actuação neste sistema realiza-se aos três níveis: prevenção primária na avaliação da situação e redução dos factores de risco associados aos stressores (promoção da saúde); secundária actuando nos sintomas pela reacção aos stressores e através do tratamento para reduzir os efeitos nocivos (Neuman, 2011).

A principal acção de enfermagem é definir a intervenção adequada em situações de stress e possíveis reacções do cliente-grupo aos stressores. As intervenções de enfermagem visam auxiliar este sistema a adaptar-se ou a ajustar-se e a reter, restaurar ou manter um grau de estabilidade entre as variáveis do sistema do cliente e os stressores ambientais (Neuman, 2011).

PARTE II – METODOLOGIA

O projecto e toda a intervenção desenvolvida, com vista a atingir os objectivos estabelecidos, foram baseados no Planeamento em Saúde e no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, para uma resposta mais eficaz e de encontro às necessidades dos familiares cuidadores e aos recursos existentes. Considerando o *“Planeamento em saúde como a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio-económicos”* (Imperatori e Giraldes, 1986). Assim, ao longo deste capítulo serão apresentadas as opções metodológicas de todo o projecto de intervenção.

1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Tendo em conta que o Planeamento em Saúde é um processo com uma sequência lógica, diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, elaboração de programas e projectos, preparação da execução e avaliação, primeiro passo para a sua concretização é o diagnóstico de situação, que deve corresponder às necessidades de saúde da população (Imperatori e Giraldes, 1986).

Para conhecer as necessidades de saúde da população, tem que se conhecer primeiramente a população e o meio envolvente, como tal fizemos uma breve caracterização do local de estágio para melhor perceber a sua envolvência e características desta localidade.

A prestação dos Cuidados de Saúde Primários compete ao ACES VII Amadora, constituído por três centros de saúde sem internamento, Centro de Saúde da Amadora, Reboleira (com extensão da Buraca e Damaia) e Venda Nova (com a extensão da Brandoa). A população inscrita é de 214.582 utentes, 33% destes sem médico de família. O Hospital Público de referência é o Hospital Fernando Fonseca, EPE (Plano de Acção da UCC Amadora +, 2010).

O município da Amadora é constituído por 11 freguesias (Alfragide, Brandoa, Buraca, Damaia, Falagueira, Venda Nova, Mina, Reboleira, Venteira, Alfofnelos e São Brás) e a UCC presta assistência à população residente, 171.930 habitantes, segundo estimativa do INE em 2008. Considerando os últimos recenseamentos da população e as

estimativas de 2008, a população residente no concelho tem vindo a diminuir, resultado das baixas Taxas de Crescimento Natural. Regista-se também um gradual envelhecimento da população. Em 2008 estimava-se que vivessem neste concelho 30.068 idosos com idade igual ou superior a 65 anos e no que se refere a população jovem, na mesma altura estimava-se um número 25.834 de jovens no total de habitantes (INE,2008). A principal fonte económica do concelho é o sector terciário, as taxas de desemprego são elevadas e o nível de escolaridade é baixo, o que faz com que os habitantes se “socorram” das contribuições do Estado e da Segurança Social (Plano de Acção da UCC Amadora +, 2010).

O projecto foi desenvolvido na UCC Amadora +, que de acordo com a legislação do Ministério Saúde (2007), tem por missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco e/ ou dependência física e funcional ou doença que necessite de apoio próximo. Actua ainda na Educação para a Saúde, integração em redes de apoio à família e implementação de unidades móveis de intervenção (Plano de Acção da UCC Amadora +, 2010).

Utilizou-se como estratégia, a consulta dos processos de enfermagem e reunião com a coordenadora da UCC, para obter informação acerca dos utentes a quem a UCC presta cuidados, com o intuito de delinear uma área de intervenção que fosse não só de encontro aos nossos interesses pessoais/ profissionais, e do plano de estudos do mestrado, mas também que a mesma fosse ao encontro das necessidades da população abrangida pela UCC constituindo assim um contributo para a prática dos profissionais de enfermagem desta unidade.

Decorrente desta aproximação ao local de estágio, mais especificamente no contexto de cuidados (visita domiciliária), elegeu-se os cuidados continuados, nomeadamente os familiares cuidadores como um grupo extenso (89 familiares cuidadores) onde a sobrecarga e consequentes pedidos de internamento na rede para descanso do cuidador eram uma constante relatada quer por eles mesmos, quer pela ECCL. Constatou-se este contexto com necessidades acentuadas e específicas, tendo surgido como foco de intervenção de enfermagem a sobrecarga dos familiares cuidadores.

Assim sendo, passa a definir-se população e amostra, o instrumento de recolha de dados utilizado e método de aplicação, análise dos resultados obtidos com os questionários e análise de conteúdo das entrevistas realizadas aos peritos.

1.1 População e Amostra

A população alva foi constituída por todos familiares cuidadores de pessoas dependentes em contexto domiciliário, inscritas e assistidas pela ECCI da UCC Amadora + no período de 11 a 15 de Outubro de 2010. N=89 familiares cuidadores

Definiram-se critérios de inclusão e exclusão que se nomeiam seguidamente:

Crítérios de Inclusão

- Familiares cuidadores de utentes inscritos na UCC Amadora +, de 11 Outubro a 12 de Novembro de 2010;
- Familiares cuidadores que prestam cuidados directos;
- Familiares cuidadores de utentes com critérios de referenciação para RNCCI;
- Familiares cuidadores com domínio da língua portuguesa.

Crítérios de exclusão

- Familiares cuidadores de utentes pediátricos (idade inferior a 18 anos);
- Uteses com cuidadores formais (remunerados);
- Uteses internados em serviços hospitalares ou outros;
- Familiares cuidadores de utentes falecidos durante a etapa de colheita de dados (de 11 de Outubro a 12 de Novembro de 2010).

Após a aplicação destes os instrumentos de colheita de dados foi aplicado a 64 Familiares Cuidadores.

1.2 Aplicação do Instrumento de colheita de dados

Optou-se pela aplicação de uma escala capaz de nos fornecer informação concreta acerca da sobrecarga do familiar cuidador e dos stressores associados, mais especificamente a Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007).

A sua escolha relaciona-se com o facto de a Escala de Sobrecarga do Cuidador (anexo I) ser uma escala adaptada e validada para a população portuguesa, é um instrumento

que permite avaliar a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal e inclui informações sobre a vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento (Sequeira, 2007) e já foi utilizada por outros autores para estudar a mesma problemática (Sequeira, 2007; Martins, Ribeiro e Garret, 2003; Nogueira, 2003; Ricarte, 2009, Santos, 2005).

A escala é constituída por 22 questões, 5 itens de resposta e 4 domínios distintos. Cada item é pontuado de forma qualitativa/quantitativa da seguinte forma: nunca = (1); quase nunca = (2); às vezes = (3); muitas vezes = (4) e quase sempre = (5).

Os domínios dividem-se em “*Expectativas face ao cuidar*”, “*Impacto da prestação de cuidados*”, “*Percepção da Auto-eficácia*” e “*Relação Interpessoal*”.

Após a aplicação da escala e realizadas as contas, a pessoa a quem se aplicou a escala pode revelar um destes diferentes níveis de sobrecarga:

Sem Sobrecarga – <46

Sobrecarga Ligeira – 47-55

Sobrecarga Intensa –> 56

Pediu-se autorização ao autor da Escala de Sobrecarga do Cuidador (apêndice I), Prof. Carlos Sequeira (2007), para a sua utilização e questionou-se, com resposta afirmativa acerca da possibilidade da sua aplicação via telefone.

Por ausência de variáveis de caracterização dos familiares cuidadores, nos processos familiares do centro de saúde, foi construído um questionário com algumas questões relacionadas com a sua caracterização sócio-demográfica (apêndice II).

A escolha do método de colheita de dados telefonicamente, prende-se com o pouco tempo de que dispúnhamos para aplicação da escala, a distribuição geográfica do concelho da Amadora, os recursos económicos escassos e tendo em consideração a bibliografia, consultada sobre este tipo de pesquisas. A literatura indica-nos que uma pesquisa por telefone é um método eficaz de recolha de informações a partir de uma amostra grande (Atkinson et al., 2008) e tem alcançado um estatuto de respeito como um meio legítimo de colheita de dados (Barribal et al., 1996). Também diferentes estudos têm comparado entrevistas realizadas telefonicamente com entrevistas

realizadas face a face e, em geral, os resultados mostram estimativas muito semelhantes (Galán et al., 2004).

Assim, nos últimos 10 anos tem-se assistido ao uso crescente de pesquisas telefónicas em investigação na área da saúde pública (Marcus e Crane, 1986), tendo-se verificado que é um método colheita de dados amplamente utilizado a nível internacional sendo que, cada vez mais é utilizado na Irlanda e no Reino Unido (Boland et al., 2006).

Este método, apresenta assim como vantagens, menores custos, quer a nível económico, quer de tempo: pode ser recomendado como uma alternativa viável para pesquisas dispendiosas face a face em estudos seccionais da população em geral (Marcus e Crane, 1986); segurança dos entrevistadores: os entrevistadores não têm que visitar fisicamente as áreas de estudo, sendo que a preocupação com a segurança do entrevistador é reduzida (Boland et al., 2006); obtenção de resultados semelhantes nas várias estratégias metodológicas: de acordo com um estudo acerca da avaliação dos Hábitos de Saúde e Práticas Preventivas (Galán et al., 2004), os resultados das pesquisas por telefone em comparação com as entrevistas face a face foram muito similares, tendo os autores concluído que a entrevista por telefone associada ao baixo custo económico que a caracteriza, é uma boa alternativa para pesquisa em saúde pública que necessita de colheita de dados por meio de entrevista (Galán et al., 2004).

Obtiveram-se os contactos telefónicos de todos os cuidadores através dos processos de enfermagem da ECCI e os instrumentos foram aplicados no período de 11 de Outubro a 12 de Novembro de 2010.

Contamos com a colaboração dos enfermeiros da ECCI na informação à população alvo acerca do estudo em desenvolvimento e contacto telefónico que iria ser realizado para aplicação de um questionário.

Por se tratar de entrevista por telefone, o termo de consentimento livre e esclarecido foi substituído pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contactos telefónicos com os entrevistados.

Assim, realizou-se um primeiro contacto telefónico a todos os familiares cuidadores, para apresentação pessoal e do estudo e avaliação da intenção/disponibilidade para participação e agendamento do melhor momento para o preenchimento do questionário; e um segundo contacto telefónico previamente agendado onde se

apresentava novamente os objectivos da entrevista e se applicava o questionário. Estes contactos foram realizados tendo sempre como recurso e referência os enfermeiros da ECCI, que aliás sempre foram as pessoas de suporte e o elo de ligação entre nós e os familiares cuidadores.

Os instrumentos foram aplicados todos os dias da semana incluindo fins-de-semana, das 10h00 às 19h30, com intervalo na hora de almoço (13h-14h). Estes critérios foram determinados como os mais adequados para contactar os familiares cuidadores, dada a extensa zona geográfica de que se trata e a pouca disponibilidade de tempo de que os cuidadores dispõem.

A aplicação do questionário ocorreu sob a forma de entrevista estruturada, em que o entrevistador questionou o familiar cuidador, preenchendo ele próprio (entrevistador) o questionário de acordo com os dados fornecidos e cada questionário demorou em média 45m a preencher.

Determinou-se ainda a possibilidade de efectuar callbacks (repetir a chamada) na situação de não atendimento ao primeiro contacto, estabelecer-se-iam mais duas tentativas de contacto no dia seguinte e na indisponibilidade do familiar cuidador para responder no momento do contacto telefónico previamente agendado, pelo que se agendava novo contacto. Excluíram-se todos aqueles que ao terceiro contacto telefónico não atenderam ou estavam impossibilitados de responder ao questionário.

Noutra perspectiva, a dos enfermeiros que diariamente estão em contacto com estes cuidadores e numa tentativa de validação da dimensão que surgiu com maior magnitude, foram realizadas entrevistas a três enfermeiros peritos na área dos Cuidados Continuados da UCC Amadora+, tendo por base os resultados da escala aplicada aos familiares cuidadores.

Com a utilização do método qualitativo pretendeu-se encontrar também nas entrevistas stressores associados à sobrecarga do familiar cuidador.

Partimos do princípio, tal como nos explicam Quivy e Campenhoudt (2004), as entrevistas exploratórias permitem-nos (...) *“completar as pistas de trabalho”* (...) e os interlocutores válidos para estas entrevistas são os docentes, investigadores especializados e peritos, testemunhas privilegiadas e o público a que o estudo diz directamente respeito.

As testemunhas privilegiadas são consideradas fontes de informação fundamentais por estarem profunda e directamente envolvidas com os aspectos centrais da questão e são escolhidas por terem um lugar preponderante na questão em estudo (Silva e Pinto, 2009).

Ninguém melhor que os profissionais de saúde que lidam diariamente com estes Familiares Cuidadores, para terem conhecimento da sobrecarga a que estes estão sujeitos.

“Este acompanhamento próximo possibilita observar a multiplicidade de facetas das redes de relações em que estão inseridos, das práticas do quotidiano, das estratégias de vida, dos quadros de representações sociais respectivos” (Silva e Pinto, 2009).

Ao enfermeiro de cada equipa seleccionado para a entrevista foi explicado o objectivo destas questões e pediu-se autorização para gravação áudio das entrevistas para posterior análise qualitativa.

1.3 Tratamento de dados e resultados do Diagnóstico de Situação

De acordo com a metodologia de Planeamento de Saúde, utilizou-se estatística descritiva para tratamento dos dados obtidos com apoio do programa Microsoft Office Excel 2010 (Windows). A cada questionário foi atribuído um código de identificação de cada familiar cuidador.

Recorreu-se, assim, à relação de dados, pela utilização de dois métodos de pesquisa, quantitativo e qualitativo, o que permite retirar vantagem do questionário por análise quantitativa e rápida e dos dados da entrevista, que fornecem informação mais específica da Sobrecarga do Cuidador (Polit, 2004).

Organizaram-se os resultados em três partes: na primeira parte, apresentam-se os resultados relativos aos familiares cuidadores, em termos da sua caracterização sócio-demografia (sexo, grupo etário, estado civil, grau de escolaridade), actividade profissional, grau de parentesco, coabitação com a pessoa dependente e há quanto tempo presta cuidados.

Na segunda parte, analisam-se os resultados referentes à sobrecarga do Familiar Cuidador de acordo com os domínios de sobrecarga: “Impacto da prestação de cuidados / Relação interpessoal / Expectativas face ao cuidar / Percepção de auto-eficácia”.

Por último (terceira parte), analisam-se as entrevistas efectuadas aos três enfermeiros peritos da área dos cuidados continuados que validam os resultados quantitativos obtidos com a aplicação dos instrumentos de colheita de dados a nível do domínio mais expressivo.

1.4 Caracterização dos familiares cuidadores

O grupo de cuidadores foi constituído por 64 familiares cuidadores.

Pela análise gráfica que caracteriza os FC, constata-se que 45 dos cuidadores são do sexo feminino e 19 do sexo masculino (gráfico 1). Percebe-se que se trata de uma população muito idosa na medida em que os cuidadores se situam numa faixa etária elevada (gráfico 2), maioritariamente nos intervalos dos 71- 80 anos de idade (16 cuidadores), dos 51-60 (14 cuidadores) e 61-70 (14 cuidadores).

Gráfico 1 – Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com o sexo

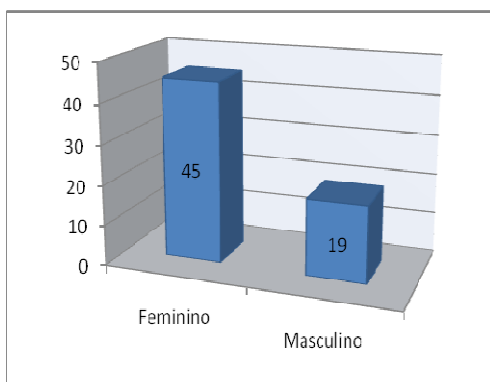


Gráfico 2 – Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com a faixa etária

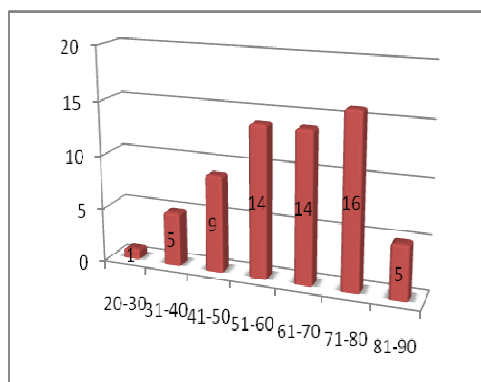
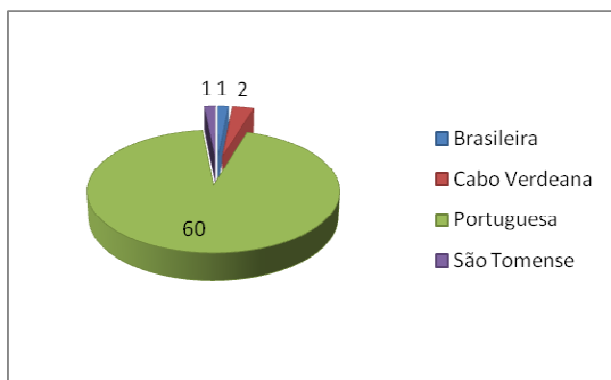


Gráfico nº 3 – Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com a nacionalidade



Os familiares cuidadores são em grande número de nacionalidade Portuguesa, 60 cuidadores (gráfico 3).

Relativamente ao estado civil observa-se que a maioria é casada (51) e a restante percentagem distribui-se por divorciados, solteiros e casados/união de facto (gráfico 4). Observa-se que 7 dos familiares cuidadores não tem qualquer grau de escolaridade, mais de metade (34) tem apenas o 1º ciclo (4ª classe), tendo em contrapartida uma minoria (3) que frequentou o Ensino Superior (gráfico 5).

Gráfico nº 4 – Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com o Estado civil

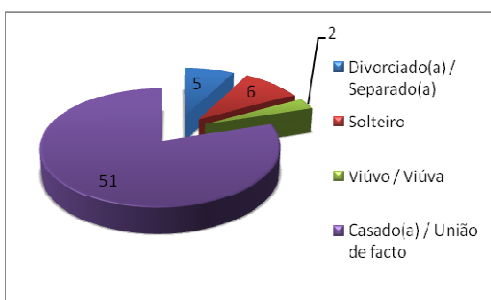
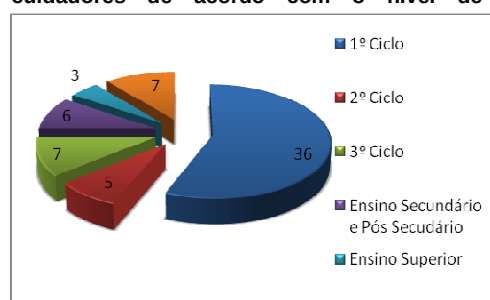


Gráfico nº 5 – Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com o nível de



A maioria dos familiares cuidadores é reformada (35) e 14 FC ainda estão no activo, ou seja, no mercado de trabalho (gráfico 6).

A distribuição dos familiares cuidadores de acordo com o grau de parentesco, demonstra que 32 FC são maridos/esposas, 23 filhos/filhas, 3 são netos, 3 são pai/mãe da pessoa dependente, 2 são irmãos e 1 inclui-se na opção outros (gráfico 7).

Gráfico nº 6 – Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com a actividade profissional

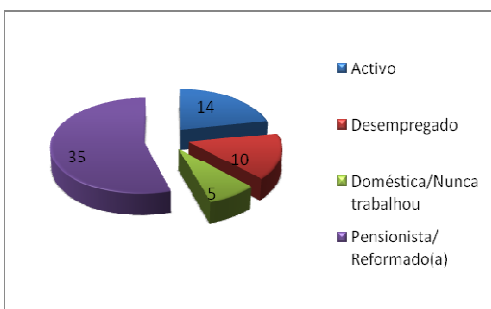
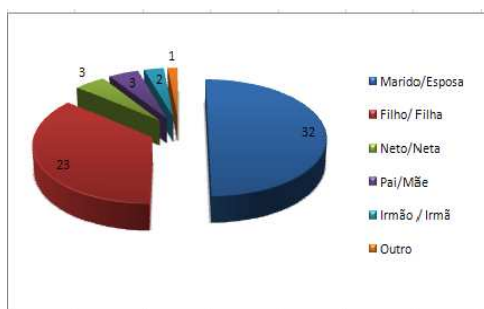


Gráfico nº 7 – Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com o grau de parentesco



No que se refere à coabitação, observa-se que 56 dos familiares cuidadores coabitam com a pessoa dependente e apenas 8 deles não partilham da mesma habitação (gráfico 8). A distribuição dos familiares cuidadores de acordo com o período e duração de tempo à que prestam cuidados distribui-se entre 19 cuidadores que prestam

cuidados no intervalo de [1-3 anos [, 14 no intervalo de [3-5 anos[, 11 dos cuidadores no intervalo de [5-10 anos[, 6 no intervalo de [10-15 anos[, e 6 deles há mais de 15 anos, apenas 6 cuidadores cuidam há menos de um ano, ou seja, a maioria deles já presta cuidados desde há um longo período de tempo (gráfico 9).

Gráfico nº 8 – Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com a coabitação com a pessoa dependente

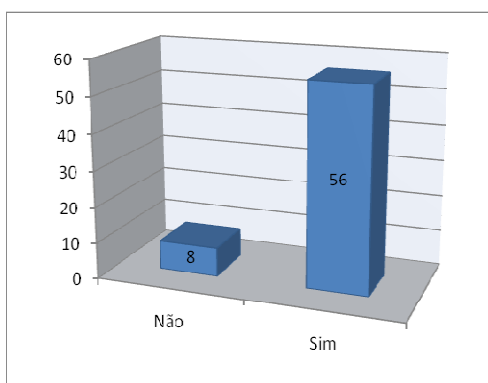
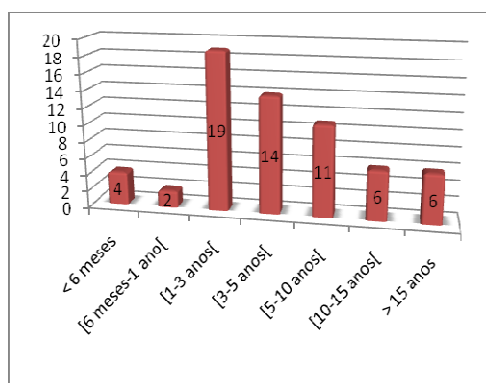


Gráfico nº 9 – Distribuição dos familiares cuidadores de acordo com o tempo há que prestam cuidados



De um modo geral, estas características relacionadas com a caracterização sócio-demográfica, vão de encontro às encontradas na maioria dos estudos que têm como alvo os cuidadores informais (Sequeira, 2007; Martins, Ribeiro e Garret, 2003; Nogueira, 2003; Ricarte, 2009, Santos, 2005).

1.5 Níveis de sobrecarga dos FC

Da análise dos dados obtidos com a escala, verifica-se que 17 FC não referem sobrecarga relacionada com o cuidar, 17 FC estão sujeitos a sobrecarga ligeira e 30 sentem sobrecarga intensa.

Quadro Nº 1 – Níveis de Sobrecarga dos FC

NÍVEIS DE SOBRECARGA	NÚMERO	%
SEM SOBRECARGA (< 46)	17	26.6%
SOBRECARGA LIGEIRA (47-55)	17	26.6%
SOBRECARGA INTENSA (> 56)	30	46.8%
TOTAL	64	100%

1.6 Caracterização da sobrecarga dos familiares cuidadores de acordo com os domínios

Os resultados apurados com a aplicação da escala em termos de domínio são evidenciados no quadro nº 2 onde se verifica que a nível da “Relação Interpessoal” a mediana é de 1 e a média de 1.66. Na “Percepção de Auto-Eficácia” a mediana é também de 1 e a média de 1.27, o que revela que estes domínios não são os que mais provocam sobrecarga. No “Impacto da Prestação de Cuidados” a mediana é de 3 e a média de 3.93 o que já revela uma maior sobrecarga a este nível, sendo nas “Expectativas face ao Cuidar” que os valores da mediana e da média atingem um número mais elevado, com 4 e 3.93 respectivamente, sendo portanto este o domínio com maior sobrecarga relacionada com o cuidar.

QUADRO Nº 2 – Mediana e médias dos domínios da ESC

DOMÍNIO	MEDIANA	MÉDIA
RELAÇÃO INTERPESSOAL	1	1.66
PERCEPÇÃO DE AUTO-EFICÁCIA	1	1.27
IMPACTO DA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS	3	2.56
EXPECTATIVAS FACE AO CUIDAR	4	3.93

Em apêndice (III) encontra-se a análise gráfica da sobrecarga do FC de acordo com o s domínios.

No quadro nº 3 encontram-se as questões que compõem o domínio que se evidenciou com maior magnitude na análise dos dados da aplicação da escala.

QUADRO Nº 3 – Questões do domínio “Expectativas face ao Cuidar”

EXPECTATIVAS FACE AO CUIDAR	Questões: ➤ Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar? ➤ Considera que o seu familiar está dependente de si? ➤ Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar? ➤ Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?
------------------------------------	--

Os valores de sobrecarga mais significativos encontram-se nas “Expectativas face ao cuidar” o que vai de encontro ao estudo de Montório (1998) e Sequeira (2007) com Familiares Cuidadores.

Segundo Guedea et al. (2009), num estudo sobre as necessidades de apoio social em cuidadores familiares de idosos mexicanos, constatou-se que no caso dos cuidadores,

a demanda desse tipo de apoio expressou-se com maior predomínio na categoria das necessidades de apoio económico e necessidades de apoio instrumental, reflectindo a carência financeira para fazer face às despesas do quotidiano.

Ricarte (2009), refere que os familiares cuidadores apresentam necessidades que dependem da sua condição individual, variando de acordo com alguns factores, como o grau de dependência do idoso, situação financeira de quem cuida e apoios existentes na comunidade.

Estas “Expectativas face ao cuidar” estão portanto directamente relacionadas com a dependência da pessoa cuidada e os recursos da comunidade.

1.7 Análise de Conteúdo das entrevistas aos peritos

Tendo como base as questões do domínio das “Expectativas face ao Cuidar” sentido pelos familiares cuidadores como o que mais provoca Sobrecarga, adaptaram-se estas mesmas questões de forma a colocá-las a três enfermeiros peritos dos Cuidados Continuados e validar os dados obtidos com a aplicação da Escala de Sobrecarga do cuidador.

O tratamento dos dados obtidos, tem como objectivo a organização dos resultados brutos, de forma a extrair significado ou expressividade (Bardin, 2009).

Os dados obtidos para cada questão foram sujeitos à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2009) e apresentados através de quadros, correspondendo cada uma delas a uma categoria, sendo divididas respectivamente em unidades de registo e unidades de contexto (Bardin, 2009). Posteriormente, foi efectuada uma análise de conteúdo no sentido de extrair os resultados mais expressivos e capazes de dar resposta às questões colocadas.

Para uma melhor orientação na análise dos dados, as entrevistas foram objecto de codificação, sendo classificados como E₁, E₂ e E₃.

Após a análise dos dados obtidos relativamente à questão *“Considera que os familiares cuidadores tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?”* identificaram-se duas unidades de registo, sendo estas, os “Sentimentos” e as “Alternativas” existentes. Os peritos entrevistados referem que os FC revelam preocupação com o futuro destinado

ao seu familiar, se questionam acerca do que pode acontecer e das alternativas que podem ter.

QUADRO Nº 4 – Receio do FC

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Receio do FC relativamente ao futuro destinado ao familiar cuidado.	Sentimentos	“O que vai acontecer?” E1 “Revelam preocupação” E1 “Se lhes acontece alguma coisa o que será do familiar cuidado?” E2 “O que vai acontecer a seguir?” E3
	Alternativas	“Que alternativas existem?” E3

No que se refere à questão “*Considera que a pessoa a ser cuidada está muito dependente do cuidador?*”. Os três enfermeiros entrevistados constatam que “Sim”, que os familiares cuidadores sentem que os seus familiares estão dependentes deles mesmos e acrescentam ainda que eles sentem esta dependência como “um peso” E1, “sentem que são eles que cuidam” E2, que “se eles não cuidarem ninguém mais o fará” E2 e “se eles não estiverem presentes afecta o familiar” E3.

QUADRO Nº 5 – Dependência da pessoa cuidada

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Dependência da pessoa cuidada relativamente ao FC.	Dependência	“Sim” E1 “Sim” E2 “Sim” E3
	Sentimentos	“Sentem como um peso” E1 “Sentem que eles não são capazes” E2 “Sentem que são eles as pessoas que cuidam” E2 “Sentem que se eles não cuidarem, ninguém mais o fará” E2 “Se eles não estiverem presentes afecta o familiar” E3

Quando a questão que se coloca é “Acredita que o familiar cuidado espera que o cuidador seja a única pessoa com quem ele conta?” a resposta é unânime e todos os entrevistados dizem que os familiares cuidadores sentem e referem isso mesmo e acrescentam ainda que “Sentem-se como a principal e única pessoa para cuidar”, “Os cuidadores sentem a responsabilidade de cuidar” E1, “Se ele falta, acabou.” E1, “Só aquela pessoa é adequada para cuidar” E3.

QUADRO Nº 6 – Percepção das expectativas do familiar cuidado.

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Percepção das expectativas do familiar cuidado relativamente ao FC	FC como a única pessoa que cuida	“Sim” E1 “Sim, a maior parte dos cuidadores manifesta isso mesmo” E2 “Sim, referem isso” E3
	Sentimentos	“Sentem-se a principal e única pessoa para cuidar” E1 “Os cuidadores sentem a responsabilidade de cuidar” E1 “Se ele falta acabou...”E1 “Só aquela pessoa é adequada para cuidar”E3

Na questão “*Considera que os cuidadores não dispõem de economias suficientes para cuidar o seu familiar?*” identificaram-se duas unidades de registo, as “economias insuficientes” e os “sentimentos” relativamente a isso. Os enfermeiros referem que os FC “Verbalizam muitas vezes isso” E1 e “Acham que as economias nunca são suficientes” E1, “Manifestam dificuldades económicas aquando da prestação de cuidados” E2 e “Eles relatam muitas vezes que não lhes chega o dinheiro para as despesas” E3. Acrescentam ainda que “estão sempre à espera do dia 10 para receberem a reforma” E1 e “Cuidar de alguém dependente implica muitas despesas” E3.

QUADRO Nº 7 – Recursos Monetários

CATEGORIA	UNIDADES DE REGISTO	UNIDADES DE CONTEXTO
Recursos Económicos	Economias insuficientes	“Verbalizam muitas vezes isso” E1 “Acham que as economias nunca são suficientes” E1 “Manifestam dificuldades económicas aquando da prestação de cuidados” E2 “O dinheiro não chega” E2 “São pessoas com dificuldades económicas” E3 “Referem-nos as dificuldades que tem” E3 “Eles relatam muitas vezes que não lhes chega o dinheiro para as despesas” E3
	Sentimentos	“Estão sempre à espera do dia 10 para receberem a reforma” E1 “Esperam ansiosamente pelo dia para comprar os medicamentos” E1 “Cuidar de alguém dependente implica muitas despesas” E3

Esta técnica tem como objectivo validar os stressores de acordo com Neuman, já encontrados com a aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador, associados aos

familiares cuidadores da pessoa dependente em casa. Apuraram-se três categorias, o receio pelo familiar cuidado, a dependência da pessoa cuidada em relação ao Familiar Cuidador e a escassez de Recursos da Comunidade. Tendo como base o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, estas categorias traduzem os stressores destes cuidadores e foram estas as que se tiveram em conta para a intervenção de enfermagem.

Constatou-se através do diagnóstico de situação, que estes familiares cuidadores estavam sujeitos a stressores como o receio pela pessoa de quem cuidam, a dependência e a escassez de recursos na comunidade e que portanto, a linha de resistência de acordo com o referencial teórico que suporta esta intervenção, Betty Neuman (2011), tinha sido invadida e exige uma resposta da estrutura básica que a suporta, na medida em que estes cuidadores têm já a seu cargo uma pessoa dependente que lhes provoca sobrecarga relacionada com os stressores já identificados.

2 SELECÇÃO DO PROBLEMA

A selecção de prioridades é a hierarquização dos problemas, a determinação do que necessita de uma intervenção de forma hierárquica. É condicionada pelo diagnóstico de situação e irá consequentemente determinar a fase seguinte, que é o estabelecimento de objectivos (Imperatori, 1986).

Nesta intervenção comunitária, os resultados da aplicação de uma escala específica para avaliar a sobrecarga dos familiares cuidadores evidenciaram o domínio onde estão presentes maior número de factores de Sobrecarga, ou seja o domínio com maior magnitude. Comparando os dados quantitativos relativos aos cuidadores e os qualitativos obtidos com os peritos, confirmou-se a dimensão sentida como mais problemática e prioritária.

Assim sendo, a selecção do problema suportada pelo Planeamento em Saúde, realizou-se com base na evidência estatística, da qual resultou o domínio das “Expectativas face ao Cuidar” como a necessidade que mais justificava intervenção.

Desta forma, suportados pela teoria de Betty Neuman estabeleceram-se os seguintes diagnósticos de enfermagem:

Risco de ruptura da Linha de Resistência por:

- Receio do futuro destinado à pessoa dependente;
- Dependência da pessoa cuidada relativamente ao Familiar Cuidador;
- Dificuldades monetárias relacionadas com o cuidar.

De acordo com o Modelo de Sistemas de Neuman (2011), ao reconhecer-se a invasão da linha de defesa dos familiares cuidadores, a intervenção de enfermagem situa-se ao nível da prevenção secundária, protegendo a estrutura básica e fortalecendo as linhas internas de resistência, o que se traduz em tratamento dos sintomas, conservação da energia e reconstituição.

A invasão da linha de defesa perturba o desenvolvimento de competências para cuidar. É fundamental restabelecer esta linha e capacitar os familiares cuidadores para lidar com os stressores e gerirem a sobrecarga.

A capacitação desenvolve-se através da redução da reacção aos stressores, com restauração da estabilidade do sistema-cliente (Neuman, 2011).

3 FIXAÇÃO DOS OBJECTIVOS

Depois de definido o problema prioritário, procede-se à fixação dos objectivos a atingir em relação ao problema. Este é um passo fundamental, já que apenas mediante um correcto estabelecimento de objectivos se pode executar uma avaliação dos resultados obtidos (Imperatori e Giraldes, 1986).

Tendo como base o Domínio mais afectado, delineou-se como **objectivo geral**:

- Promover a capacidade dos FC para implementarem estratégias que possam prevenir ou minimizar a sobrecarga relacionada com o cuidar os seus familiares em casa.

E específicos:

- Reduzir e/ou minimizar os medos e receios em pelo menos 10% dos familiares cuidadores dos utentes inscritos na ECCI da UCC Amadora + à data de 15 /10/2010 através da implementação de uma linha de atendimento telefónico aos FC;
- Informar os familiares cuidadores sobre estratégias que promovam a independência da pessoa cuidada, em pelo menos 10% dos utentes inscritos na ECCI da UCC Amadora + à data de 15 /10/2010 através de Sessão de Educação para a Saúde;
- Informar acerca dos Recursos da Comunidade a pelo menos 10% dos familiares cuidadores dos utentes inscritos na ECCI da UCC Amadora + à data de 15 /10/2010 através de Sessão de Educação para a Saúde;
- Contribuir para a diminuição do tempo de acesso aos Cuidados de Saúde dos FC dos utentes inscritos na ECCI da UCC Amadora + à data de 15 /10/2010 através da implementação de um cartão de identificação do cuidador que estabeleça prioridade no acesso aos cuidados de Saúde no ACES VII Amadora.

4 SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

Esta é a fase em que se decide de que forma se vai dar resposta aos objectivos. Como tal, elaborou-se um plano de intervenção (quadro nº7) com as estratégias previstas:

- Realização de sessão de esclarecimento para apresentação do projecto aos enfermeiros da ECCI na semana de 20/12/2010 a 24/12/2010 (apêndice IV-sessão e avaliação).
- Implementação de Linha telefónica de Apoio ao Familiar Cuidador em parceria com a ECCI até 14/01/2011 (Modelo de Registo, apêndice V)
- Sessão de Educação para a Saúde acerca de estratégias que promovem a Independência da pessoa cuidada (apêndice VI).
- Sessão de Educação para a Saúde acerca dos recursos materiais e económicos disponíveis na comunidade (apêndice VII).

- Criação de um cartão de identificação do Cuidador que estabeleça prioridade no acesso aos cuidados de Saúde no ACES VII Amadora em parceria com o ACES (apêndice VIII)
- Divulgação dos resultados da intervenção comunitária aos enfermeiros da ECCI na semana de 07/02/2011 a 09/02/2011 (apêndice IX- sessão e avaliação).

A escolha destas estratégias relaciona-se directamente com o factor tempo que não permitiu ter outras estratégias de aproximação com a comunidade, principalmente a realização de EPS's nas diferentes zonas geográficas.

Avaliou-se também nesta etapa a necessidade e disponibilidade de recursos para a concretização das estratégias.

Uma das estratégias utilizadas para optimização dos recursos existentes, foi a realização das estratégias anteriormente referidas em conjunto com duas mestrandas do mesmo curso, cujo projecto de estágio se desenvolveu no mesmo local, com a mesma população alvo e consequentemente as mesmas necessidades. Segundo o princípio da economia de meios, os recursos comuns devem ser partilhados com as diversas unidades funcionais que o constituem, desde que utilizados eficazmente (MCSP, 2007).

5 ELABORAÇÃO DE PROGRAMAS E PROJECTOS

Após a fixação dos objectivos e das estratégias, surge a fase de elaboração de programas e projectos. De acordo com Imperatori (1986) um programa é um conjunto de actividades necessárias à execução das estratégias, recorrendo a recursos humanos, materiais e financeiros. Por sua vez, um projecto, de acordo com o mesmo autor (1986) é uma actividade que decorre num período de tempo delimitado com vista a um resultado específico que contribui consequentemente para a execução de um programa.

Assim sendo, face ao tempo previsto para esta intervenção comunitária não se elaborou um programa, elaborou-se apenas um projecto inserido na RNCC, mais especificamente no programa que dá apoio aos familiares cuidadores.

Após validação com os enfermeiros, restante ECCI, com a co-orientadora e coordenadora da UCC denominamos este Projecto de intervenção “OLHAR POR MIM”.

6 EXECUÇÃO

Esta é a fase em que se especificam as actividades que fazem parte do projecto, se definem pormenorizadamente os resultados a obter, a forma como se vão executar, as actividades e as necessidades de recursos. Esta especificação não é rigorosa no tempo e é passível de modificações sempre que se verificar algum atraso (Imperatori e Giraldes, 1986).

Com base nos diagnósticos de enfermagem formulados de acordo com Betty Neuman e ao reconhecer-se o risco de ruptura da linha de resistência pelos stressores encontrados, actuou-se na prevenção secundária através do diagnóstico precoce e tratamento dos sintomas, protegendo a estrutura básica e fortalecendo as linhas de resistência (Neuman, 2011).

Neuman (2011), refere ainda que a prevenção primária tem que ser tida em conta a par da secundária para fortalecer a linha flexível de defesa, e como tal, na execução das estratégias utilizou-se a promoção da saúde como elemento capaz de minimizar o impacto dos stressores.

Partindo dos objectivos formulados e estratégias definidas, definiram-se algumas actividades dirigidas aos familiares cuidadores, as quais validamos com a equipa de enfermagem e orientadora e co-orientadora de estágio.

Nesta etapa teve-se em conta as especificidades da população-alvo, nomeadamente, algumas variáveis sócio-demográficas, como a idade, escolaridade e actividade profissional na adequação das actividades aos familiares cuidadores, tendo-se optado uma linguagem acessível e de fácil compreensão a todos e a escolha de um momento (dia de fim-de-semana) adequado à disponibilidade de tempo destas pessoas.

Para uma melhor organização e compreensão da execução apresenta-se a informação sob a forma de quadro constituindo-se um plano de intervenção comunitária.

ESTAGIO DE ENFERMAGEM COMUNITARIA E DA FAMILIA | RELATÓRIO DE ACTIVIDADES

OBJECTIVO	ESTRATÉGIA	JUSTIFICAÇÃO	ACTIVIDADES
- Reduzir e/ou minimizar os medos e receios em pelo menos 10% dos FC dos utentes inscritos na ECCI da UCC Amadora + à data de 15 /10/2010 através da implementação de uma linha de atendimento telefónico aos FC.	1- Implementação de Linha telefónica de Apoio ao familiar cuidador, em parceria com a ECCI até 14/01/2011.	- Monitorização dos motivos dos contactos telefónicos; - Seguimento e resolução dos motivos de contacto; - Indicadores da necessidade efectiva que todos os enfermeiros tem de um telefone de serviço.	- Identificação dos conteúdos a incluir no modelo; - Elaboração de um modelo de registo (apêndice V) - Partilha de informação com a ECCI; - Remodelação do modelo de registo; - Pedido de parecer ao Coordenador da ECCI; - Implementação do modelo numa fase teste.

ESTAGIO DE ENFERMAGEM COMUNITARIA E DA FAMILIA | RELATÓRIO DE ACTIVIDADES

OBJECTIVO	ESTRATÉGIA	JUSTIFICAÇÃO	ACTIVIDADES
Informar os FC sobre estratégias que promovam a independência da pessoa cuidada, em pelo menos 10% dos utentes inscritos na ECCI da UCC Amadora + à data de 15 /10/2010 através de Sessão de Educação para a Saúde.	2-Sessão de Educação para a Saúde acerca de estratégias que promovem a Independência da pessoa cuidada. Conteúdos: Algumas Estratégias Promotoras da Independência e Autonomia da Pessoa Cuidada.	- Acção educativa como um processo de capacitação do indivíduo/grupo (Martins, 2007). - Promoção da autonomia dos FC, reforçando as suas competências e capacidades, ou seja, promovendo ambientes capacitadores (Guerra, 2010).	- Agendamento das sessões; - Autorização para utilização do espaço físico (sala de reuniões da UCC Amadora +) e meios audiovisuais necessários; - Mobilização de recursos da comunidade: - Banco Local de Voluntariado da Amadora (apêndice X); - Câmara Municipal da Amadora (apêndice XI); - Contacto telefónico aos FC; - Planeamento das sessões; - Pedido de patrocínios (apêndice XII); - Pedido de colaboração de técnicos de fisioterapia e assistente social; - Sessão de fotografias; - Lanche convívio; - Guia Útil para Cuidadores Familiares de pessoas dependentes em casa (apêndice XIII).

ESTAGIO DE ENFERMAGEM COMUNITARIA E DA FAMILIA | RELATÓRIO DE ACTIVIDADES

OBJECTIVO	ESTRATÉGIA	JUSTIFICAÇÃO	ACTIVIDADES
Informar acerca dos Recursos da Comunidade a pelo menos 10% dos familiares cuidadores dos utentes inscritos na ECCI da UCC Amadora + à data de 15 /10/2010 através de Sessão de Educação para a Saúde.	3- Sessão de Esclarecimento acerca dos recursos materiais e económicos disponíveis na comunidade. Conteúdos: Recursos existentes na Comunidade.	- Dificuldades económicas e escassez de recursos da comunidade. - Necessidade de estratégias do ponto de vista da prestação/organização dos cuidados de saúde, que impliquem a actuação de uma equipa multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2007). - O apoio material ou instrumental é as ajudas práticas, económicas capazes de reduzirem a sobrecarga (Guedea et al. 2009).	- Agendamento das sessões; - Autorização para utilização do espaço físico (sala de reuniões da UCC Amadora +) e meios audiovisuais necessários. - Mobilização de recursos da comunidade: - Banco Local de Voluntariado da Amadora (apêndice X);; - Câmara Municipal da Amadora (apêndice XI); - Contactos telefónicos aos FC; - Planeamento das sessões; - Pedido de patrocínios (apêndice XII); - Pedido de colaboração de técnicos de fisioterapia e assistente social; - Sessão de fotografias; - Lanche convívio.

ESTAGIO DE ENFERMAGEM COMUNITARIA E DA FAMILIA | RELATÓRIO DE ACTIVIDADES

OBJECTIVO	ESTRATÉGIA	JUSTIFICAÇÃO	ACTIVIDADES
Contribuir para a diminuição do tempo de acesso aos Cuidados de Saúde dos FC dos utentes inscritos na ECCI da UCC Amadora + à data de 15 /10/2010 através da implementação de um cartão de identificação do Cuidador que estabeleça prioridade no acesso aos cuidados de Saúde no ACES VII Amadora.	4-Criação de um cartão de Identificação do Cuidador que estabeleça prioridade no acesso aos cuidados de Saúde no ACES VII Amadora.	- O risco de morbilidade e mortalidade, relacionados com o papel de cuidador, e a necessidade de permanência no domicílio junto da pessoa cuidada justificam a identificação e reconhecimentos dos cuidadores familiares como grupo prioritário (Brito, 2001). - Ser cuidador é um serviço que, para além de ser física e psicologicamente desgastante, acarreta enormes dificuldades na gestão do tempo pessoal (Brito, 2001).	- Identificação dos F.C. / unidade de saúde (Reboleira, Buraca) - Criação de listagem dos FC/ unidade de saúde; -Elaboração do regulamento do Cartão de cuidador (apêndice XIV); - Dados a incluir no Cartão; - Criação do modelo do Cartão de cuidador (apêndice XVI; - Envio de carta ao Conselho Clínico do ACES para autorização da implementação do Cartão (apêndice XVI).

QUADRO Nº 8 – Plano de Intervenção

7 AVALIAÇÃO

A avaliação é fundamental na determinação da eficácia e pertinência do percurso realizado, confrontando os objectivos com as estratégias realizadas (Tavares, 1990).

“ (...) a finalidade da avaliação é melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência (...)” Imperatori (1982).

Os indicadores contituem uma mais-valia no processo de avaliação, sendo que, os de processo ou actividade expõem a quantificação das actividades realizadas, e os indicadores de resultado ou impacto, traduzem as alterações verificadas, como os ganhos em saúde (Tavares, 1990).

No que se refere ao modelo de registo de atendimento telefónico (estratégia 1), este foi distribuído a 31 de Janeiro a todos os elementos da ECCI e continuou em fase experimental até 4 de Março de 2011, pelo que não foi operacionalizado no tempo útil previsto, uma vez de nos deparamos com necessidade de mais tempo para o preenchimento deste modelo e poder assim fazer um diagnóstico de situação mais preciso. Desta forma, fica iniciada a estratégia para que a equipa de enfermagem dê continuidade.

De qualquer forma executou-se uma avaliação intermédia (apêndice XVII), que demonstra que no período de um mês foram realizados 20 contactos telefónicos, todos eles atendidos pela equipa de enfermagem. Quem contactou maior número de vezes a equipa foram os FC (50%), os motivos de contacto estão principalmente relacionados com complicações de saúde (dor, novas úlceras, manuseamento de dispositivos urinários, etc.), o tipo de resposta mais utilizado pelos enfermeiros foi o agendamento de VD e as situações foram maioritariamente resolvidas (11), permaneceram em resolução 7 dos casos e 2 foram encaminhados.

Relativamente às sessões de educação para a saúde (estratégia 2 e 3) foram previstas e executadas duas sessões que revelam como indicadores expressos no quadro nº 9.

QUADRO Nº 9- Avaliação das EPS'S aos FC

ESTRATÉGIA	INDICADORES DE PROCESSO
Sessão de Educação para a Saúde acerca de estratégias que promovem a Independência da pessoa cuidada.	<u>Nº de EPS's desenvolvidas</u> $\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$ Nº de sessões planeadas 2 <u>Nº pessoas contactadas</u> $\frac{52}{52} \times 100 = 100\%$ Nº pessoas previstas contactar 52 <u>Nº FC presentes 1ªEPS</u> $\frac{4}{14} \times 100 = 28,6\%$ Nº FC previstos 1ªEPS 14 <u>Nº de FC interessados em participar 1ªEPS</u> $\frac{14}{52} \times 100 = 26,9\%$ Nº de pessoas contactadas 52 <u>Nº de FC que participaram activamente 1ªEPS</u> $\frac{4}{4} \times 100 = 100\%$ Nº total de FC presentes 4 <u>Nº de FC que participaram no 1ª lanche convívio</u> $\frac{4}{4} \times 100 = 100\%$ Nº FC presentes na 1ªEPS 4 <u>Nº de patrocínios obtidos</u> $\frac{4}{12} \times 100 = 33,3\%$ Nº de patrocínios pedidos 12
Sessão de Esclarecimento acerca dos recursos materiais e económicos disponíveis na comunidade.	<u>Nº de EPS's desenvolvidas</u> $\frac{2}{2} \times 100 = 100\%$ Nº de sessões planeadas 2 <u>Nº pessoas contactadas</u> $\frac{52}{52} \times 100 = 100\%$ Nº pessoas previstas contactar 52 <u>Nº de FC presentes 2ªEPS</u> $\frac{6}{16} \times 100 = 37,5\%$ Nº de FC previstos 2ªEPS 16 <u>Nº de FC interessados em participar 2ªEPS</u> $\frac{16}{52} \times 100 = 30,7\%$ Nº de FC contactados 52 <u>Nº de FC que participaram activamente 2ªEPS</u> $\frac{6}{6} \times 100 = 100\%$ Nº total de FC presentes 6 <u>Nº de guias FC distribuídos</u> $\frac{6}{6} \times 100 = 100\%$ Nº FC presentes na 2ª EPS 6 <u>Nº de FC que participaram no 2ª lanche convívio</u> $\frac{5}{6} \times 100 = 83,3\%$ Nº FC presentes na 2ªEPS 6 <u>Nº de patrocínios obtidos</u> $\frac{4}{12} \times 100 = 33,3\%$ Nº de patrocínios pedidos 12

Em apêndice (XVIII), encontra-se a distribuição dos FC de acordo com a participação nas sessões e apoios necessários para a sua presença.

Tornou-se complicada a concretização de indicadores de resultado, que reflectissem o impacto do projecto, principalmente pelo tempo reduzido que tínhamos para toda a intervenção e devida avaliação. Para a aquisição de competências, mudanças de comportamento e restabelecimento do equilíbrio no sistema-cliente é necessário um período de tempo mais alargado.

Na 1ª sessão realizamos um questionário com imagens correctas/erradas acerca dos conteúdos abordados em que o FC teria que assinalar a correcta e depois de analisadas as respostas, obtivemos 100% de respostas correctas (apêndice XIX).

Na 2ª sessão realizaram-se quatro questões de V/F também acerca dos conteúdos abordados e os resultados obtidos confirmaram 80,6% de respostas correctas (apêndice XX).

Também telefonicamente, se aplicaram as questões do domínio encontrado em maior evidência uma semana após a sessão aos FC que estiveram presentes (7 FC atenderam o telefone e responderam às questões colocadas) para perceber se já existia alguma alteração a nível da sobrecarga no domínio em que manifestaram maior sobrecarga e para o qual se direccionou esta intervenção.

Se por um lado a avaliação imediata das EPS's revela indicadores de resultado positivos para as duas sessões, com 100% e 80.6% respectivamente, percebe-se pela análise do Quadro nº9, que não existem grandes alterações nos níveis de sobrecarga quando comparado o antes e o após das EPS's realizadas como estratégia para diminuir a sobrecarga dos FC. Atribuímos a pequena diferença de alterações ao factor tempo, se bem que em alguns casos existe já alguma diferença que se avaliada a longo prazo, pensamos que se traduziria numa diminuição significativa

QUADRO Nº 10 – Níveis de Sobrecarga dos FC no Domínio “Expectativas face ao Cuidar” antes e após as EPS's

FC (nº)	Nível de Sobrecarga (Antes das EPS's)	Nível de Sobrecarga (Depois das EPS's)
1/22/B	18	16
2/23/B	18	12
2/28/B	18	18
3/37/B	15	15
4/7/A	15	16
4/19/A	15	15
6/6/A	15	14

O cartão de identificação do cuidador (estratégia 4), apesar de sentido como uma necessidade pelos FC e confirmado pela ECCI, aguarda ainda a aprovação do Conselho Clínico do ACES VII Amadora.

Realizou-se ainda a avaliação das duas sessões à equipa de enfermagem, a primeira para esclarecimento acerca da intervenção e a segunda para divulgação dos resultados (Anexos IV e IX respectivamente).

PARTE III – CONSIDERAÇÕES FINAIS

1 QUESTÕES ÉTICAS

Qualquer investigação é regida por regras internacionais e nacionais, relativamente às pessoas e no que concerne à sua protecção, podendo referir-se que para tal contribuem o Código de Nuremberg (1947), a Declaração de Helsínquia, saída da 18ª Assembleia da Associação Médica Mundial, (1964) – com as directrizes estabelecidas na primeira e nas revisões sucessivas (1975, 1983, 1989, 1996, 2000 e 2002), a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (2003), entre outros.

Ao longo deste projecto de intervenção foram surgindo algumas questões éticas que se tiveram em consideração.

O desenvolvimento desta intervenção, já estava implícito no âmbito do estágio solicitado à UCC, com conhecimento do conselho clínico do ACES.

A investigação eticamente correcta baseia-se no consentimento fundamentado ou esclarecido. Assim sendo, tornou-se imperativo observar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participaram neste projecto.

A todos os participantes foi solicitado a sua declaração verbal de consentimento, após serem devidamente esclarecidos e informados do estudo a desenvolver, dos seus objectivos, da necessidade estrita da sua participação voluntária e da possibilidade de poderem, a qualquer momento, desistir da sua participação, não sofrendo por isso qualquer dano.

Os utentes de quem estes familiares cuidadores cuidam pertencem à RNCCI, estão assinalados pela ECCI que os informou de que iriam ser contactados para este estudo. Assim sendo, podemos garantir a confidencialidade, mas não o anonimato, uma vez que eles já estão identificados pela equipa.

Todos os participantes do estudo foram informados do direito de acesso aos resultados da investigação, assim como foram fornecidas as formas de contacto aquando da aplicação do questionário, de modo a permitir o esclarecimento de dúvidas eventuais.

Certificámo-nos quanto à pertinência e respeito do momento do telefonema, negociando novo horário sempre que foi identificado ou percebido ser inoportuno o momento.

É de salientar que, no que diz respeito ao instrumento de colheita de dados utilizado neste trabalho, foram cumpridos todos os requisitos legais para a sua utilização, nomeadamente o pedido de autorização para utilização da escala.

Toda a ECCI foi envolvida nesta intervenção e informada dos procedimentos e resultados.

2 LIMITAÇÕES

No decurso deste projecto deparamo-nos com alguns constrangimentos que condicionaram de certa forma a implementação de todo o projecto.

O factor tempo, foi um factor sempre presente no decurso da intervenção e que logo desde a fase inicial condicionou a nossa actuação.

A utilização da entrevista telefónica como método, talvez tenha limitado um pouco o nosso conhecimento visual do contexto da pessoa. Claramente que todos os métodos de investigação têm as suas limitações e Atkinson et al., (2008), reconhece que as pessoas que participam em entrevistas telefónicas podem não ser representativas da população em geral. Mas, Galán et al., (2004) refere que apesar das entrevistas telefónicas terem uma menor taxa de resposta do que as realizadas face a face, se efectuado um bom enquadramento ao estudo que se está a desenvolver, aumenta o potencial de o investigador proporcionar um ambiente de confiança, cooperação e receptividade por parte dos inquiridos (Barribal et al., 1996).

Tentamos compensar o pouco conhecimento que tínhamos do ambiente natural destes familiares cuidadores, com as visitas domiciliárias que realizamos posteriormente com a equipa de enfermagem.

Outro factor que constituiu uma limitação, é a dificuldade dos FC em ausentarem-se do domicílio pela sensação de “abandono” em relação ao seu familiar, daí a importância de os consciencializar de que necessitam de cuidar primeiro deles mesmos para cuidarem depois do outro e combater consequentemente a resistência à mudança, uma característica muito evidente nestas pessoas. Outra limitação foi a falta de transporte e também de mobilização de algumas destas pessoas

A Câmara Municipal da Amadora, mostrou todo o interesse na colaboração com meio de transporte nos dias das sessões desde o primeiro contacto que foi efectuado atempadamente, mas no último instante enviou a informação de que o transporte havia sido indeferido, o que constitui um grande constrangimento, pelo que alguns dos cuidadores contactados que haviam manifestado o interesse em participar nas sessões no caso de existir a possibilidade de um meio de transporte, caso contrário isso tornar-se-ia uma limitação.

Outra condicionante que se impôs na 1ª Sessão de Educação para a Saúde e que não poderíamos prever, foram as condições climatéricas, muitos FC acabaram por não assistir à sessão porque o factor clima condicionava a sua saída de casa.

Finalmente, mas não menos importante, solicitamos a colaboração de alguns elementos da ECCI (técnicos de fisioterapia e do serviço social) que lamentavelmente nos dias das EPS's por nós realizadas não estavam disponíveis.

3 ASPECTOS POSITIVOS

No decorrer deste estágio e implementação da intervenção, também nos deparamos com alguns aspectos positivos e facilitadores.

O apoio da equipa de enfermagem da ECCI foi sem dúvida uma mais-valia no desenrolar de toda a intervenção, eles foram a nossa “porta de entrada” para estes cuidadores. O facto de todo o processo também ser sentido como uma necessidade por parte da equipa de enfermagem, foi um grande suporte e será talvez um aspecto muito positivo na continuidade deste projecto.

O feed-back dos familiares cuidadores que entrevistamos foi muito positivo, as entrevistas constituíram-se verdadeiros momentos de partilha e em muitos dos casos de apoio e suporte emocional.

O apoio do Banco de Voluntariado da Amadora constituiu uma mais-valia nas Sessões de Educação para a Saúde.

As estratégias utilizadas durante o estágio e o projecto “Olhar por mim” permitiram na nossa perspectiva uma maior abertura da UCC à Comunidade, aos utentes e familiares e pensamos que terá alargado a visibilidade do trabalho desenvolvido pelos enfermeiros e pela UCC junto dos familiares dos utentes dos Cuidados Continuados Integrados. Destaca-se ainda a sensibilização de parte da comunidade e profissionais da UCC para a problemática dos familiares cuidadores e a maior co-participação e responsabilização da comunidade nesta problemática, através da rápida resposta e sensibilização para a resolução dos problemas como a deslocação, o apoio de voluntariado, o lanche, etc...

Cada comunidade tem provavelmente em si mesmos os recursos necessários para que ocorra a mudança de comportamentos, como tal, é necessário ter conhecimento deles e saber geri-los (MCSP, 2007). A mobilização e utilização de recursos na comunidade tiveram um papel preponderante em todo o projecto. Se por um lado consciencializa a comunidade para o papel activo e preponderante que pode ter no seu estado de saúde e do outro, por outro é de uma grande ajuda para quem trabalha na área de saúde, principalmente na comunidade.

4 COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O projecto é o momento final de reflexão do percurso académico que permitiu mobilizar os conhecimentos teóricos na prática profissional. Tendo como base as Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (2011) faz-se uma reflexão de todo o percurso, bem como das competências desenvolvidas, metodologia e modelo teórico utilizados.

As principais competências desenvolvidas na qualidade de mestrandas estão directamente relacionadas com a metodologia do Planeamento em Saúde, especificamente no que concerne à avaliação do estado de saúde de um grupo da comunidade, suportada por este método e pelo modelo teórico de Betty Neuman que norteou todo o projecto, conduziu a colheita de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e a interpretação dos resultados de forma sustentada.

A utilização do Planeamento em Saúde permitiu equacionar as decisões que levam à transformação do problema de saúde de forma racional. A definição do foco de intervenção de enfermagem fez a ponte de ligação entre o projecto, o Plano de Acção da UCC Amadora +, a sua integração no Plano Nacional de Saúde, nomeadamente na área do Cuidados Continuados Integrados. Este diagnóstico de situação possibilitou também o estabelecimento de prioridades em saúde de um grupo da comunidade (familiares cuidadores), e a formulação de objectivos e estratégias tendo em conta as necessidades em saúde de antemão estabelecidas.

O Modelo de Sistemas de Betty Neuman permitiu identificar os stressores nos cuidadores, seleccionar os prioritários e encontrar a intervenção mais adequada face ao diagnóstico de situação e características específicas do grupo.

Após se ter estabelecido um projecto de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados, foi também possível mobilizar alguns recursos da comunidade, tais como o voluntariado, restauração e fotografia.

As limitações anteriormente referidas revelaram-se momentos em que tivemos que parar e procurar outras alternativas o que desenvolveu a capacidade de adaptação e gestão de situações constrangedoras.

Através dos resultados apresentados à equipa e neste relatório espera-se ter contribuído para a sedimentação de conhecimentos da equipa de enfermagem nesta área e para a melhoria da prestação de cuidados.

Baseados no objectivo geral do projecto, desenvolveram-se ainda competências na capacitação dos familiares cuidadores através da implementação de estratégias direccionadas para a restauração do sistema-cliente, pela protecção contra stressores ao nível primário e secundário.

5 SUGESTÕES

Sentimos no desenvolvimento da implementação da intervenção, que esta era uma necessidade real quer para a ECCI, quer para os familiares cuidadores e isso só por si, constituiu-se como um ponto de partida. Nós lançamos a “semente” na esperança de que a longo prazo esta intervenção tenha a continuidade que muito justifica e merece.

As actividades que planeamos e não conseguimos executar, deixamos a título de sugestão para a equipa, nomeadamente a continuidade do Atendimento Telefónico e do Cartão de Cuidador. Pensamos também que esta UCC Amadora + tem óptimos recursos humanos que ainda não estão a ser utilizados na sua plenitude e que seriam uma mais-valia na integração do projecto.

Tinham sido planeadas algumas actividades que deixamos como proposta à equipa de enfermagem, nomeadamente, solicitar agendamento e reunião com o responsável Administrativo do ACES; administrativos das Unidades de saúde envolvidas e ECCI / profissionais da UCC e a criação de um folheto de divulgação do Cartão SIGA 7.

Ficam também documentadas algumas sugestões dadas pelos cuidadores, que em nossa opinião fazem todo o sentido e podem talvez ter uma resposta por parte da ECCI, nomeadamente, o prolongamento do Apoio de enfermagem ao período da tarde/noite, fins-de-semana e feriados. Não sendo possível estender-se a todos os períodos, porque não pôr a hipótese de que se prolongue até mais tarde nos dias úteis.

A mobilização de voluntários durante um determinado período de tempo, 1 ou 2 vezes por semana; tendo sido este um recurso utilizado por nós e de forma muito positiva, porque não capacitar estes voluntários no sentido de serem um apoio aos FC de forma a que estes possam de vez em quando ter um tempo só para si mesmos.

A necessidade de melhorar a comunicação entre utentes e profissionais, a ideia com que ficamos é que por vezes os profissionais estão tão centrados nos cuidados à pessoa dependente que “esquecem” um pouco o cuidador que muitas das vezes só precisa de uma palavra de conforto para enfrentar aquele dia com uma outra perspectiva.

Criação de um blogue para familiares e utentes dependentes; nas sessões de educação para a saúde que promovemos, um dos cuidadores manifestou este interesse e os conhecimentos necessários para a criação deste blogue, pelo que

deixamos como sugestão à equipa a utilização deste cuidador como um elemento que criasse este meio de comunicação e dinamizasse os contactos com e entre os restantes familiares cuidadores.

6 CONCLUSÕES

Chegados ao final deste relatório, pretende-se realizar uma retrospectiva tendo em conta a problemática em causa, a metodologia utilizada e as principais conclusões. No final desta última parte ficam também as sugestões que nos parecem mais pertinentes.

É um facto que a dependência com base no envelhecimento e longevidade da população tem vindo a aumentar e a adquirir importância crescente nos sistemas de saúde e sociais. A família, nomeadamente o familiar cuidador assume um papel de extrema importância na manutenção do familiar em casa e na prestação de cuidados. O Familiar Cuidador confrontado com estas exigências, está muitas vezes sujeito a uma sobrecarga com repercussões a nível físico, emocional e social.

Desta forma, surgiu a sobrecarga dos familiares cuidadores como foco de intervenção e a intervenção no sentido de capacitar estes FC para gerirem factores de Sobrecarga relacionados com o cuidar em casa.

Após o diagnóstico de situação percebeu-se que a população em estudo era constituída maioritariamente por familiares cuidadores do sexo feminino, filhos ou conjugues da pessoa dependente, faixa etária elevada, casados, reformados, com baixo nível de escolaridade e sujeitos a sujeitos a sobrecarga intensa (> 56).

O domínio de sobrecarga com maior expressividade e alvo de intervenção foi o das “Expectativas face ao Cuidar”.

Delineou-se um plano de intervenção e interviu-se de acordo com o Planeamento em Saúde.

Os resultados das diferentes estratégias demonstram que:

- A nível do atendimento telefónico, tendo em conta o número de contactos efectuados (20 contactos) recebidos pela ECCL, mais especificamente pela equipa de enfermagem e maioritariamente realizados por FC num curto período de tempo, constata-se que este atendimento de forma organizada é uma necessidade efectiva que dê resposta aos receios do cuidador relativamente à pessoa dependente.

- As EPS's constituíram-se de verdadeiros momentos de partilha. A avaliação de conhecimentos realizada no final das sessões revela resultados de aprendizagem positivos e a avaliação da sobrecarga no domínio mais afectado após um pequeno período de tempo (uma semana) já revelam uma ligeira diminuição que pensamos que a longo prazo se traduziria numa diminuição de sobrecarga mais sentida pelos familiares cuidadores e visível à equipa.
- A criação de um Cartão de Cuidador que estabeleça prioridade no acesso aos cuidados de saúde ficou como proposta aos ACES VII Amadora e como tal não foi alvo de avaliação.

O Planeamento em Saúde e a forma como as etapas estão definidas, demonstrou ser um método eficaz na gestão de todo o projecto, principalmente a nível da gestão de recursos. Por sua vez, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, revelou também ser um modelo de grande utilidade na intervenção Comunitária, a nível da construção dos diagnósticos de enfermagem, selecção e execução das estratégias e avaliação.

É evidente que apesar de os resultados serem positivos, não estamos plenamente satisfeitos e deixamos duas recomendações: primeiro a continuidade deste projecto, gerando assim um maior conhecimento da sobrecarga e das interacções com os familiares cuidadores; segundo, através dos resultados aqui apresentados, se possa dar continuidade ao planeamento de estratégias de intervenção comunitária por parte dos profissionais envolvidos nesta área para que possam mais eficazmente junto dos Familiares Cuidadores ajudar a maximizar as suas capacidades no cuidar, minimizando a sobrecarga do ponto de vista físico, emocional e social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACES VII - AMADORA – **Plano de acção da Unidade de Cuidados da Comunidade Amadora +2010**. acessível no ACES VII Amadora – Venda Nova, Portugal.
- ANDREASEN, N. (2003) - **Admirável cérebro novo – dominar a doença mental na era do genoma**. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editora.
- ARAÚJO, I; [et al] (2009) - **Cuidar de Idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida**. In: Revista Ciências da Saúde. Braga. vol. 8,nº 2.
- ATKINSON, J; BLACK,; CURTIS, A. (2008) - **Exploring the digital divide in an Australian regional city: a case study of Albury**. In: Australian Geographer. p. 479-493.
- BARDIN, L. (2009)- **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. ISBN: 978-972-44-1506-2.
- BARRIBALL, K.; [et al] (1996) - **The telephone survey method: a discussion paper**. In: Journal of Advanced Nursing p.115-121.
- BRAITHWAITE, V. (1992) - **Caregiving burden, making the concept scientifically useful and policy relevant**. Research on Aging, vol. 1, nº14.
- BRAITHWAITE, V. (2000) - **Contextual or general stress outcomes. Making choices through caregiving appraisals**. The Gerontologist, n.º 40.
- BOLAND, M.; [et al] (2006) - **Emerging advantages and drawbacks of telephone surveying in public health reserch in Ireland and the U.K**. In: BMC Public, p. 1-7.
- BRITO, L. – (2001) - **A Saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos**. Coimbra: Quarteto.
- CALDAS, C. P. (1995) - **A abordagem do enfermeiro na assistência ao cliente portador de demência**. In: Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, vol. 3, n.º 2.
- CAMARGO, R. - **Implicações na saúde mental de cuidadores de idosos: Uma necessidade urgente de apoio formal**. Rev. Eletrônica Salud Mental Alcohol y Drogas., 6(2), p. 231-54. 2010. [acedido a 23/02/2011]. ´

Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v6n2/2.pdf>

- CASTRO, C.; MENDONÇA, A. (2005) – **A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal**. Lisboa: Lidel editora.
- CATTANI, R., PERLINI, G. (2004) - **O Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares**. Revista Eletrónica de Enfermagem.vol. 6, n.º2.
- COLLIÉRE, M. (1999) - **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lider.
- DIÁRIO DA RÉPUBLICA.- **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Nº 35** (18 de Fevereiro de 2011),p. 8667-8669.
- DINIS, R. (2006) – **A família do Idoso: o parceiro esquecido?** Lisboa: Universidade Aberta, Tese de Mestrado Comunicação em Saúde.
- FIGUEIREDO, D., SOUSA, L. (2008) - **Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem dependência**. In: Revista Portuguesa de Saúde Pública. Lisboa. Vol.26, n.º1.
- FONSECA, N; [et al] (2008) - **Ser cuidador familiar: Um estudo sobre as consequências de assumir este papel**. In: Physis, Revista de Saúde Colectiva. Rio de Janeiro. Vol. 14. n.º 4.
- FORTIN, M. (1999) – **O Processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, ISBN: 978-972-8383-10-7
- FRANCO, J.- **Cuidador familiar: um personagem muitas vezes esquecido**. (Agosto de 2009). Acedido em 21/02/2011.

Disponível em:

<http://enfermagemaberta.blogs.sapo.pt/3039.html>

- GALÁN, I; [et al] (2004) - **Comparación entre encuestas telefónicas y encuestas "cara a cara" domiciliarias en la estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas**. In: Gaceta Sanitaria.

- GUEDEA, M; [et al]- **Necessidades de apoio social em cuidadores de familiares idosos mexicanos** in: Revista Psicologia & Saúde, nº 2, vol. 21, Brasília, 2009. Acedido em 23/02/2011.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a11.pdf>

- GUERRA, S., Figueiredo, D., Sousa, L.- **Cuidar com qualidade da pessoa com dependência**. Workshop inserido na VII Semana de Solidariedade do Concelho de Cantanhede, Maio, 2010. Acedido em 22/02/2011.

Disponível em:

<http://www.ua.pt/cs/PageText.aspx?id=9040>

- HANSON, S; [et al] (2005) - **Enfermagem de Cuidados de Saúde Família – Teoria, Prática e Investigação**. 2ª edição, Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-83-5

- HONORÉ, B. (2004) - **Cuidar – persistir em conjunto na existência**. Loures: Lusociência, ISBN: 972-8383-58-4

- IMAGINÁRIO, C. (2004) - **O idoso dependente em contexto familiar : uma análise da visão da família e do cuidador dependente**. Coimbra: Edições Formasau.

- IMPERATORI, E.; GIRALDES, M. (1986) - **Metodologia do Planeamento da Saúde – Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais**. 2ª edição. Lisboa: Edições Saúde.

-INFOPÊDIA, - **Dicionário Porto Editora**. Porto, 2011. Acedido em 01/06/2011.

Disponível em:

<http://www.portoeditora.pt/especial/index/documento/DOL>

- MARCUS, C.; CRANE,A.- **Telephone surveys in public health research**. In: Medical Care, 1986. Acedido em 22/02/2011.

Disponível em:

http://journals.lww.com/lww-medicalcare/Abstract/1986/02000/Telephone_Surveys_in_Public_Health_Research.2.aspx

- MARTINS, J. - **Necessidades de Educação em Saúde dos Cuidadores de**

Pessoas Idosas no domicílio in: Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis. vol. 16, nº 2, 2007. Acedido em 22/02/201.

Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n2/a07v16n2.pdf>

-MARTINS, M. ; LOPES, M. (2010) - **Consulta telefónica como intervenção de enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa unidade de dor** in: Pensar Enfermagem. Lisboa . vol.14, nº1.

- MARTINS, T.; RIBEIRO, P.; GARRETT, C. (2003) - **Estudo de Validação do Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais**. Lisboa: Psicologia, Saúde & Doenças, vol. 4, n.º1.

- MELO, C.(2005) - **Apoio ao doente no domicílio**. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas Lda.

- MONTÓRIO, I.; M., LÓPEZ; SÁNCHEZ,M.- **La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga** in Anales de Psicología. Murcia. vol. 14, n.º2, 1998. Acedido em 22/02/2011.

Disponível em:

http://www.um.es/analesps/v14/v14_2/09-14-2.pdf

- MOREIRA, I. (1998) - **O doente terminal em contexto familiar**. Coimbra: Formasau, Formação e Saúde Lda, Setembro 2001.

- NEUMAN, Betty; Fawcett, Jacqueline (2011) – **The Neuman Systems Model**. 5ª ed. United States of America: Pearson.

- NOGUEIRA, M. (2003) - **Necessidades da Família no Cuidar: Papel do Enfermeiro**. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto: Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem.

- OLIVEIRA, J; [et al] (2007) - **A Enfermagem Frente Aos Estressores Vivenciados Por Crianças / Adolescentes E Acompanhante Em Situação De Urgência / Emergência Sob A Ótica De Betty Neuman**. Universidade Federal De Santa Catarina: Centro De Ciências Da Saúde. Departamento De Enfermagem, Florianópolis.

- PALMA, E. (1999) - **Enfermagem agora – A família com idosos dependentes. Que expectativas?** Enfermagem. Lisboa. n.º 15.
- PAÚL, M. (1997) - **Lá para o fim da vida: idosos, família e meio ambiente.** Coimbra: Almedina, SBN: 972-40-1000-7.
- PEARLIN, L.; [et al] (1990) - **Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures.** The Gerontologist, vol.30, n.º1.
- PHIPPS, W.; [et al] (1995) - Enfermagem Médico-Cirúrgica: **Conceitos e Prática Clínica.** 2ª edição. Lisboa: Lusodidacta, Vol. 1, 1995.
- POLIT,D.,BECK, C., HUNGLER, B. (2004) - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Método, avaliação e utilização.** 5ª edição.Porto Alegre: Artes Médicas.
- PORTUGAL. DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004) - **Plano Nacional 2004-2010,** Vol.I/Prioridades, LISBOA, DGS, ISBN 972-675-108-X.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. (2007) - **Cuidados Continuados Integrados nos Cuidados de Saúde Primários - Carteira de serviços.** 2007. Lisboa, Ministério da Saúde.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Missão para os cuidados de saúde primários. (2007) - **A Equipa de Cuidados Continuados Integrados - Orientações para a sua constituição nos Centros de Saúde.** 2007. Lisboa, Ministério da Saúde.
- PORTUGAL. Ministério da Saúde. Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009) - **Cuidados Continuados - Desafios.** 2009. Lisboa, Ministério da Saúde.
- QUARESMA, M. (1996) - **Cuidados familiares às pessoas muito idosas.** Lisboa: Direcção geral de acção social/núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- QUIVY, R., CAMPENHOUDT, V. (2004) - **Manual de investigação em ciências sociais.** Lisboa: Gradiva.
- RELVAS, A. (2000) - **O Ciclo Vital da Família, perspectiva sistémica.** 2ª ed. Porto: Edições Afrontamento.

- RIBEIRO, J.; [et al] (2004) - **Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (QASCI)- Reavaliação das Propriedades Psicométricas**. In: Revista Referência. Coimbra, n.º11.
- RICARTE, L. (2009) - **Sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no Concelho da Ribeira Grande**: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, Tese de Mestrado em Ciências da Enfermagem.
- SANTOS, D. (2008) - **As Vivências do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso Dependente** - Um Estudo no Concelho da Lourinhã: Universidade Aberta- Lisboa, Dissertação de Mestrado em Comunicação e Saúde.
- SANTOS, P. (2005) - **O Familiar cuidador em Ambiente Domiciliário - Sobrecarga Física, Emocional e Social**: Escola Nacional de Saúde Pública - Lisboa, Tese de Mestrado em Saúde Pública.
- SAPETA, P. (1997) - **O doente terminal e a família, realidades e contextos**. In: Revista Nursing, n.º117.
- SEQUEIRA, C. (2010) - **Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit**. In: Revista Referência. Coimbra. série II, n.º 12.
- SEQUEIRA, C. (2007) - **Cuidar de Idosos Dependentes**. Coimbra: Quarteto Editora.
- SERVIÇO DE ESTUDOS SOBRE A POPULAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICAS CENSITÁRIAS E DA POPULAÇÃO. (2002) - **O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas**. In Revista dos Estudos Demográficos, INE, Lisboa.
- SILVA, A., PINTO, J. (2009) – **Metodologia das Ciências Sociais**. 15ª ed. Porto: Edições Afrontamento, ISBN. 978-972-36-0503-7.
- SOUSA, L; FIGUEIREDO, D; CERQUEIRA, M. (2004) – **Envelhecer em família**. Porto: AMBAR.
- SCHUMACHER, K. [et al] (2006) - **Family Caregivers: Caring for older adults, working with their families**. In AJN, Nº 8, vol. 106, 2006. Acedido em 21/02/2011.

Disponível em: <http://www.nursingcenter.com/pdf.asp?AID=659747>

- TAVARES, A. (1990) - **Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde**.Lisboa: Ministério da Saúde.
- TOMEY, M.; ALLIGOOD, M. (2002) – **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra**. 5ª ed. Lusociência: Loures, ISBN 972-8383-74-6.
- WALKER, A. (1995) - **Integrating the family in the mixed economy of care**. In: ALLEN,I., PERKINS, E. - **The future of family care for older people**. London,1995. ISBN-0113215959. p. 201-220.
- WEUVE, J., BOULT, C., MORISHITA, L. (2000) - **The effects of outpatient geriatric evaluation and management on caregiver burden**. The Gerontologist, Vol. 4, n.º 40.
- ZARIT, S.; Gaugler, J. (2000) – **Caregivers and Stress**. In: FINK, G. - Encyclopedia of stress. London: Academia Press, vol. 1.