



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

**CuiDAR melhor – um projeto de intervenção comunitária
na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de
idosos em situação de dependência**

Diana Manuela da Cunha Roriz



**Lisboa
2020**



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

**CuiDAR melhor – um projeto de intervenção comunitária
na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de
idosos em situação de dependência**

Diana Manuela da Cunha Roriz



Orientador: Laura Maria Monteiro Viegas



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“A saúde começa em casa, na família, na comunidade e na sociedade.”

Um Futuro para a Saúde. Gulbenkian, 2014.

AGRADECIMENTOS

À Professora Laura pelo constante acompanhamento, aconselhamento, disponibilidade e pelas suas palavras nos momentos de maior hesitação...

À Enfermeira Sílvia, pela orientação, por “embarcar”, tantas vezes, nas minhas ideias, pela confiança, ensinamentos e referência...

À Coordenadora da UCC, Enfermeira Áurea, por ter possibilitado a realização do meu estágio e a todos os elementos da equipa da UCC sem exceção, por me acolherem de forma tão calorosa, pela excelente parceria e entreaajuda em todas as atividades do projeto...

Aos Cuidadores Informais com quem pude privar durante esta caminhada, pela amabilidade em partilhar a sua vivência pessoal e confiança desenvolvida...

À minha chefe, Enfermeira Cândida, pela enorme ajuda em conciliar vida profissional, vida académica, vida pessoal e por confiar sempre em mim...

Aos meus amigos de sempre e à “minha” equipa de Enfermagem pela disponibilidade, entreaajuda, escuta das minhas dificuldades e feitos e por vivermos na pele, provavelmente, uma das épocas mais duras e difíceis para quem presta cuidados...

Aos meus queridos Pais, que foram, são e sempre serão os meus maiores cúmplices, aliados e fonte de apoio...

Ao meu querido marido Diogo por me transmitir tantas vezes a capacidade objetiva de encarar a vida e por ser o meu maior pilar...

À minha adorada filha Isabel por todos os abraços fortes e palavras tão doces que funcionaram tantas vezes como o oxigénio para continuar...

A todos vós... Grata!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABVD's - Atividades Básicas de Vida Diárias

ACES - Agrupamento dos Centros de Saúde

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida Diárias

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

CADI - *Carers' Assessment of Difficulties Index*

CAMI - *Carers' Assessment of Managing Index*

CES - Comissão de Ética para a Saúde

CI - Cuidador Informal

CI's – Cuidadores Informais

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DdG – Dinâmicas de Grupo

DGS – Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EESC - Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária

ESC – Escala de Sobrecarga do Cuidador

INE - Instituto Nacional de Estatística

JQI - *Joint Quality Initiative*

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

PNS – Plano Nacional de Saúde

PPGS - Programa Psicoeducativo de Gestão do *Stress*

SNS - Sistema Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados à Comunidade

% - Percentagem

RESUMO

O Envelhecimento e o fenómeno de Multimorbilidade têm constituído grandes desafios na atualidade nas políticas de saúde e sociais, surgindo o Cuidador Informal (CI) como o elemento fulcral na prestação de cuidados em ambiente domiciliário. A exigência diária deste papel poderá culminar em situações de sobrecarga com repercussões na qualidade de vida do mesmo e da pessoa cuidada. Assim, estes devem ser tidos em consideração pelas equipas multidisciplinares que operam na comunidade, em especial os Enfermeiros que surgem, muitas vezes, como o profissional de linha da frente. O presente projeto de intervenção comunitária pretende promover a melhoria na gestão da sobrecarga de CI de idosos em situação de dependência numa Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) e encontra-se alicerçado na metodologia do Planeamento em Saúde proposto por Imperatori & Giraldes (1982) e no referencial teórico do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman. Tratou-se de um estudo descritivo utilizando uma amostra por conveniência de 17 Cuidadores Informais (CI's) de idosos em situação de dependência, a quem foi aplicado a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), a *Carers' Assessment of Difficulties Index* (CADI) e *Carers' Assessment of Managing Index* (CAMI). Daqui resultou 52,9% com sobrecarga ligeira, 35,2% com sobrecarga intensa e 11,8% sem sobrecarga. Após priorização, temos como problemas resultantes da CADI a exigência física da prestação de cuidados, as reações à prestação de cuidados e restrições da vida social, mantendo em consideração todos os tipos de mecanismos de *coping* previstos na avaliação da CAMI. Após intervenção de Enfermagem comunitária que contou com a aplicação de um Programa Psicoeducativo de Gestão do Stress (PPGS), sessões de Educação para a Saúde (Eps) e Dinâmicas de Grupo (DdG) e realização de um evento de cariz multisectorial, os resultados foram favoráveis: 12% dos CI's diminuíram o seu nível de sobrecarga, 47% mantiveram o seu nível de sobrecarga em "sem" ou "ligeira" e, por último, os CI's aumentaram as estratégias de *coping* de T1 para T2 com diferenças estaticamente significativas ($p < 0,05$). Além dos ganhos evidentes para este grupo vulnerável, o presente projeto possibilitou o desenvolvimento de competências no âmbito da Especialidade de Enfermagem Comunitária, bem como na obtenção do grau de Mestre.

Palavras chave: Idoso Dependente; Cuidadores Informais; Sobrecarga; Intervenção Comunitária; Enfermagem.

ABSTRACT

Aging and the phenomenon of Multimorbidity have been major challenges today in health and social policies, with the Informal Caregiver emerging as the central element in the provision of care in the home environment. The daily requirement of this role may culminate in situations of burden with repercussions on their quality of life and the person cared for. Thus, these must be taken into account in the multidisciplinary teams that operate in the community, especially nurses who often appear as the front line professional. The present community intervention project aims to promote improvement in the management of Informal Caregivers burden of elderly people in a situation of dependency in a UCC and is based on the methodology in Health Planning proposed by Imperatori & Giraldes (1982) and in the theoretical framework of Betty Neuman Systems Model. It was a descriptive study using a convenience sample of 17 Informal Caregivers of elderly people in a situation of dependency, to whom it was applied the Caregiver Burden Scale (ESC), the Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI) and Carers' Assessment of Managing Index (CAMI). This resulted in 52,9% with slight burden, 35,2% with severe burden and 11.8% without burden. After prioritization, we have as problems resulting from CADI, the physical demand for care provision, reactions to care provision and social life restrictions, keeping in mind all types of coping mechanisms provided for in the CAMI. After a community nursing intervention that included the application of a Psychoeducational Stress Management Program, Health Education and Group Dynamics sessions and a multisectoral event, the results were favorable: 12% of CI's decreased their level of burden, 47% maintained their level of burden in "without" or "slight" and, finally, the CI's increased coping strategies T1 to T2 with statistically significant differences ($p < 0,05$). In addition, to the evident gains for this vulnerable group, this project enabled the development of skills within the Community Nursing Specialty, as well as obtaining a Master's degree.

Keywords: Dependent Elderly; Informal Caregivers; Burden; Community intervention; Nursing.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA	19
1.1. O Envelhecimento e a emergência do papel de Cuidador Informal	19
1.2. Sobrecarga dos Cuidadores Informais e sua gestão no âmbito comunitário pela Enfermagem	22
1.2.1. A intervenção da Enfermagem Comunitária na gestão da Sobrecarga: uma <i>scoping review</i>	25
1.3. Os Cuidadores Informais e a intervenção comunitária no panorama das políticas de saúde	26
2. REFERENCIAL TEÓRICO	27
2.1. Modelo dos Sistemas de Betty Neuman	27
3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	31
3.1. Diagnóstico de Situação	31
3.1.1. Local e Contexto da Intervenção Comunitária	32
3.1.2. População Alvo e Amostra	33
3.1.3. Questões éticas.....	33
3.1.4. Instrumentos de colheita de dados.....	34
3.1.5. Apresentação e Análise dos resultados	37
3.2. Definição de Prioridades.....	42
3.2.1. Diagnósticos de Enfermagem	43
3.3. Fixação dos Objetivos.....	44
3.4. Seleção de Estratégias.....	47
3.5. Preparação Operacional	54
3.6. Avaliação.....	56

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	61
4.1. No âmbito das Competências do Enfermeiro Especialista previstas pela OE	61
4.2. No âmbito do Mestrado e descritores de Dublin.....	62
5. CONCLUSÃO	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69

APÊNDICES

APÊNDICE I – Modelo de Pearlin

APÊNDICE II – Scoping Review

APÊNDICE III – Níveis de prevenção no modelo de Betty Neuman adaptado ao projeto

APÊNDICE IV – Análise SWOT

APÊNDICE V – Cronograma de Atividades

APÊNDICE VI – Modelo de Consentimento Informado ao CI e idoso em situação de dependência

APÊNDICE VII – Questionário ao CI

APÊNDICE VIII – Questionário sobre o Idoso em situação de Dependência

APÊNDICE IX – Notas explicativas da ESC

APÊNDICE X – Notas explicativas da CADI

APÊNDICE XI – Notas explicativas da CAMI

APÊNDICE XII – Notas explicativas da Escala de Barthel

APÊNDICE XIII – Gráficos e Tabelas relativas ao Diagnóstico de Situação

APÊNDICE XIV – Indicadores de Saúde do Diagnóstico de Situação, tendo em conta a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman

APÊNDICE XV – Método do Plano de Biscaia aplicado ao projeto

APÊNDICE XVI – Explicitação das percentagens enunciadas nos Indicadores de Atividade

APÊNDICE XVII – Diagrama de Gantt na fase de Execução do Plano

APÊNDICE XVIII – Atividades desenvolvidas mediante as metas traçadas

APÊNDICE XIX – Desenvolvimento de PPGS nas várias fases

APÊNDICE XX – Sessões de EpS/DdG

APÊNDICE XXI – Planos de Sessão (EpS/DdG)

APÊNDICE XXII – Recursos materiais realizados a propósito do Encontro do CI

APÊNDICE XXIII – Ações formativas para equipa de Enfermagem da UCC

APÊNDICE XXIV – Planos de sessão das ações formativas para a equipa de Enfermagem da UCC

APÊNDICE XXV – Cartaz informativo das sessões para a equipa de Enfermagem da UCC

APÊNDICE XXVI – Fase de Avaliação do PPGS e ESC no início e no final do projeto

APÊNDICE XXVII – Avaliação das sessões de EpS/DdG

APÊNDICE XXVIII – Dados de Participação Encontro do CI

APÊNDICE XXIX – Dados das sessões de EpS/DdG e sessões para os profissionais

APÊNDICE XXX – Folha de avaliação da satisfação dos participantes nas sessões

APÊNDICE XXXI – Projetos e Eventos na disseminação de Informação

ANEXOS

ANEXO I – Parecer favorável da CES da ARSLVT

ANEXO II – Autorização da Diretora Executiva do ACES Loures/Odivelas

ANEXO III – Autorização da Responsável pelo Acesso à Informação do ACES Loures/Odivelas

ANEXO IV – Autorização concedida para utilização da ESC

ANEXO V – ESC validada para a população portuguesa

ANEXO VI – Autorização concedida para utilização da CADI e CAMI

ANEXO VII – CADI validada para a população portuguesa

ANEXO VIII – CAMI validada para a população portuguesa

ANEXO IX – Autorização concedida para utilização da Escala de Barthel

ANEXO X – Escala de Barthel validada para a população portuguesa

ANEXO XI – Autorização concedida para utilização da Escala de Lawton & Brody

ANEXO XII – Escala de Lawton & Brody validada para a população portuguesa

ANEXO XIII – Grelha de despiste do CI em risco de Sobrecarga

ANEXO XIV – Autorização da difusão do PPGS pela Comunidade de Enfermeiros
dos Centros de Saúde de Lisboa

ANEXO XV – Etapas do PPGS

ANEXO XVI – Matriz para registo do PPGS em SClinico®

ÍNDICE DE FÍGURAS

Figura 1- Estrutura da população residente em Portugal, por grupos etários e em quatro décadas.....	20
Figura 2– Esquematização do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman	30
Figura 3 – Níveis de Sobrecarga e fatores da ESC	39
Figura 4 – Médias nos fatores da ESC.....	39
Figura 5- Dificuldades dos CI's avaliadas mediante o índice CADI	40
Figura 6 - Estratégias de <i>coping</i> mobilizados pelos CI's avaliadas mediante o índice CAMI	41

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Explicação das variáveis na teoria dos Sistemas de Betty Neuman.....	29
Quadro 2 – Matriz do Método do Plano de Biscaia	43
Quadro 3 - Formulação dos Diagnósticos de Enfermagem	44
Quadro 4 - Relação entre Objetivos específicos, Metas e Indicadores	46
Quadro 5 - Avaliação dos Indicadores de Resultado.....	57
Quadro 6 - Avaliação dos Indicadores de Atividade	58

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação entre fatores da ESC no início (T1) e no final da intervenção (T2).....	59
Tabela 2 - Comparação entre itens que compõem a CAMI no início (T1) e no final da intervenção (T2)	59

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

INTRODUÇÃO

O envelhecimento das populações constitui hoje um dos maiores desafios das sociedades contemporâneas, sendo Portugal um exemplo dessa relevante transformação demográfica, uma vez que não só a esperança média de vida tem vindo a aumentar, como a proporção entre idosos e jovens tem vindo a diminuir (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico [OECD] & Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde, 2017). Assim, o aparecimento de múltiplas condições de doença e a perda de funcionalidade inerente, potenciará a necessidade de reformas nas áreas da saúde e ação social de forma a prestar a melhor assistência (OECD, 2011). Apesar da carga que a multimorbilidade assume, é na funcionalidade da pessoa, que reside na dinâmica entre o estado de saúde e os fatores do contexto onde a mesma se insere, que irá resultar a dependência, ou não, de terceiros no autocuidado (Plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, 2016).

O CI surge como a figura a quem é reconhecida importância na prestação de cuidados prolongados, com custo-efetividade associada, capaz de impedir a institucionalização, mantendo os seus usuários no domicílio (Zigante, 2018). Vários são os desafios diários associados a esta prestação de cuidados com repercussões muitas vezes negativas no seio familiar (Suen & Thang, 2018) e, particularmente, para o CI, nomeadamente, problemas a nível laboral quando o cuidador está em idade ativa, bem como a nível financeiro e na saúde mental (OCDE, 2017). A sobrecarga é outra das consequências reconhecidas na prestação de cuidados, uma vez que este ato se assume como uma tarefa exigente, que envolve dedicação, algum conhecimento inerente e implica, muitas vezes, abdicar das relações interpessoais (Fuhrmann, Bierhals, Santos & Paskulin, 2015).

A Enfermagem, em contexto comunitário, estando próximo das pessoas e desenvolvendo trabalho com as famílias, grupos ou comunidades enquanto cliente, tem competência para desenvolver intervenção capaz de contribuir para a adaptação às transições normativas e situacionais, melhorando a sua resposta e potencial de adaptação na saúde e na doença (Kaakinen & Birenbaum, 2011). Estas competências são reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) junto do Enfermeiro Especialista de Saúde Comunitária (EESC) no âmbito da sua especialidade (OE, 2018).

O presente projeto seguiu a metodologia do Planeamento em Saúde proposta por Imperatori & Giraldes (1982) pelas inúmeras vantagens reconhecidas quando

aplicado em problemas de saúde na comunidade: a escassez de recursos, o incidir na prevenção do problema e segundo uma ordem de prioridades, ser desenvolvido trabalho num âmbito multidisciplinar e multissetorial e por proporcionar o envolvimento das instituições e dos seus profissionais de saúde para os problemas emergentes do ponto de vista social (Nunes, 2016). Assim, como objetivo geral para este projeto pretendeu-se: promover, mediante intervenções de Enfermagem de âmbito comunitário, a melhoria na gestão da sobrecarga dos CI's de idosos em situação de dependência numa UCC pertencente a um agrupamento de centros de saúde da região Lisboa e Vale do Tejo (LVT). Como objetivos específicos pretendeu-se:

- Realizar um diagnóstico de situação do grupo de CI's no que concerne à sobrecarga associada, dificuldades sentidas e mecanismos de *coping* mobilizados;
- Determinar áreas prioritárias de atuação a fim de desenvolver intervenções de âmbito comunitário que contribuam para uma melhoria na gestão da sobrecarga dos CI's;
- Delinear objetivos que ancorem as intervenções de enfermagem comunitária que contribuam para a melhoria na gestão da sobrecarga dos CI's;
- Selecionar estratégias que potenciem o desenvolvimento de intervenções de âmbito comunitário que contribuam para a melhoria da gestão da sobrecarga dos CI's;
- Desenvolver intervenções de âmbito comunitário que contribuam para a melhoria da gestão da sobrecarga dos CI's;
- Realizar uma avaliação para cada intervenção de âmbito comunitário que contribua para a melhoria na gestão da sobrecarga dos CI's.

Para início deste projeto, e à luz dos níveis de competência definidos por Benner (2001), foi definido como posicionamento inicial o nível de “Iniciada avançada”, dado à falta de experiência na área dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), mas também pela inexperiência em operacionalizar esta metodologia a desenvolver no projeto, como seja o Planeamento em Saúde, com todos os obstáculos e vicissitudes que são próprios num percurso académico e na prestação de cuidados na comunidade a grupos vulneráveis.

O presente documento, encontra-se organizado em quatro capítulos, sendo o primeiro referente ao enquadramento teórico relativo à temática em estudo,

sublinhando a *scoping review* realizada no âmbito da intervenção comunitária pela Enfermagem na gestão da sobrecarga do CI. De seguida, será feita uma identificação e mobilização do referencial teórico adotado para este projeto. O terceiro capítulo retrata as várias etapas do projeto seguindo a metodologia do Planeamento em Saúde e por último, é reservado um capítulo para apresentação e análise das competências desenvolvidas e que vão ao encontro das explicitadas no âmbito da especialidade e no segundo ciclo, de acordo com os descritores de Dublin.

Este documento foi redigido segundo as normas para a elaboração dos trabalhos escritos, publicada pelo centro de documentação e biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

1. SOBRECARGA DOS CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA

1.1. O Envelhecimento e a emergência do papel de Cuidador Informal

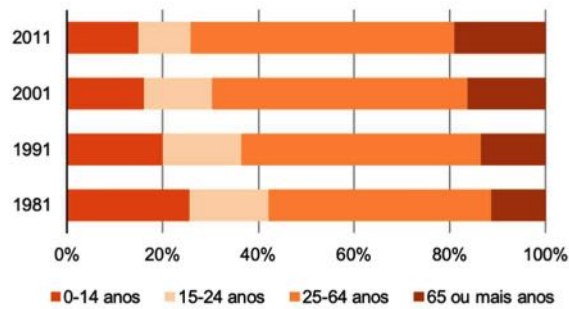
O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento representam alguns dos fenómenos demográficos e socioeconómicos mais preocupantes da atualidade nas sociedades modernas, num contexto mundial e europeu. Ele é assunto de debate pela comunidade internacional que alerta para pertinência, de carácter urgente, de definir medidas concretas a fim de dar visibilidade a políticas vocacionadas para a resolução de problemas, tais como a fragilização da economia (pela diminuição da produção), abrandamento do ritmo da inovação e o aumento dos custos indiretos na área do trabalho, mas também da despesa em saúde (Rosa, 2016).

A nível mundial a população idosa mais que duplicou quando comparados dados relativos de 1980 e 2017, respetivamente 382 milhões e 962 milhões de idosos, sendo que até 2050, as projeções apontam para nova duplicação, rondando os quase 2,1 biliões de idosos em todo o mundo (United Nations, 2017).

Por sua vez, a Europa representa um continente fortemente envelhecido com tendência a intensificar essa proporção entre jovens e idosos, veja-se as projeções do Gabinete Europeu de Estatística que refere que até 2060 haverá apenas duas pessoas em idade ativa (15-64 anos) para cada pessoa com mais de 65 anos, quando comparado com o rácio atual de quatro para um (Comissão Europeia, 2011). Portugal segue a mesma tendência, registando um novo aumento do número de idosos nos últimos Censos relativamente aos de 2001, a par de um decréscimo do número de jovens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2011). Em 2011, a nível nacional, 19% da população tinha 65 ou mais anos de idade (Figura 1), motivando igualmente o aumento do índice de dependência total (INE, 2011).

Para este projeto considera-se idoso, em termos de idade cronológica, a pessoa com 65 ou mais anos de idade (Direção Geral de Saúde - DGS, 2017).

Figura 1- Estrutura da população residente em Portugal, por grupos etários e em quatro décadas



Fonte: Censos 2011

A melhoria das condições de vida, nomeadamente de saneamento, habitação ou acesso aos cuidados de saúde têm contribuído para o aumento da esperança média de vida (Fernandes, 2007). Mas longevidade não significa, necessariamente, qualidade de vida. Do ponto de vista epidemiológico, com o aumento das doenças não comunicáveis como a diabetes, as doenças cardiovasculares, as doenças respiratórias, o acidente vascular cerebral e as neoplasias (Tarricone & Tsouros, 2008) e com os números relativos à prevalência de pessoas com distúrbios neurológicos e mentais, como a demência e a depressão (Prince, Wu, Guo, Gutierrez Robledo, O'Donnell, Sullivan & Yusuf, 2015) estão constituídas condições que incrementam a excessiva carga que a doença desempenha na sociedade. Assim, mais importante que entender o conceito de co-morbilidade é imperativo entender a perspetiva no que concerne à multimorbilidade, onde o foco de atenção é a pessoa com presença de múltiplas condições de saúde a longo prazo, relacionadas ou não (Broeiro, 2015; Mercer, Salisbury & Fortin, 2015). É na pessoa que recaí a diminuição das capacidades associados ao envelhecimento biológico e ao aumento das doenças crónicas que podem potenciar uma perda de autonomia e aumento da dependência de terceiros (Sequeira, 2010). A situação de dependência remete para a falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada (Decreto-lei n.º 101/2006).

A par desta realidade, é perceptível a mudança atual de paradigma no contexto de desenvolvimento de cuidados, saindo cada vez mais das instituições para a comunidade, sendo neste meio que emerge a importância dos CI's, estimando-se que 60% dos cuidados desenvolvidos em contexto domiciliário na União Europeia são assumidos por CI's e pelas previsões esse número deve, igualmente, aumentar

(Genet, Boerma, Kroneman, Hutchinson & Saltman, 2012). Assim, este grupo de prestadores de cuidados surge com uma relevância no assegurar de cuidados, muitas vezes, de longa duração e na satisfação das necessidades (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010), mas também na promoção da qualidade de vida (Rocha & Pereira, 2013) e no protelar, ou até mesmo no evitar, da institucionalização dos idosos em situação de dependência (Gonçalves, 2014; Willemse et al., 2016). Há quem os considere mesmo a “coluna vertebral dos cuidados continuados” (Teixeira et al., 2017, p. 6), sendo considerado um fator de sustentabilidade, quer para os sistemas de segurança social, saúde e até para as finanças públicas (Robaye, Mormont, Lassaux, Janne & Gourdin, 2018).

A prestação de cuidados de cariz informal é habitualmente desenvolvida por elementos da família, amigos ou até vizinhos, contudo estes últimos dois habitualmente assumem responsabilidade em situações pontuais (Sequeira, 2018). Na literatura, nem sempre existe uma unanimidade no conceito de cuidador, CI ou prestador de cuidados informal, sendo que objetivamente não existem diferenças (Sequeira, 2018), contudo e tendo em conta as medidas governativas e legislação nacional atual (Lei n.º 100/2019 de 6 de Setembro), opta-se por neste projeto de intervenção comunitária pelo conceito de CI.

O CI surge, assim, como um elemento da rede familiar e/ou de amigos, decorrente da proximidade residencial, que assume os cuidados da pessoa dependente (parcial ou totalmente), fora do âmbito profissional e sem qualquer remuneração (Melo, Rua, & Santos, 2014; Sequeira, 2018). Este papel está habitualmente vinculado à família (Sequeira, 2010; Loureiro, Fernandes, Nóbrega & Rodrigues, 2014; Sequeira, 2018) e numa abordagem de intervenção comunitária interessa olhar para os CI's como cliente, ou seja, enquanto “grupo: unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2016, p. 143). Cuidar de idosos em situação de dependência surge, muitas vezes, como uma tarefa contínua com repercussão na organização familiar, potenciando alterações na vida do cuidador, pondo em causa, muitas vezes, o seu bem-estar e qualidade de vida (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010; Floriano, Souza Azevedo, Oliveira Reiners & Siqueira Sudre, 2012; Loureiro et al., 2014; Brinda, Rajkumar, Enemark, Attermann & Jacob, 2014; Pereira, 2013; Fuhrmann, Bierhals, Santos & Paskulin, 2015; Couto, Castro & Caldas, 2016; Valleé & Valleé, 2017; Couto, Caldas

& Castro, 2018; Robaye et al., 2018). É uma situação que exige responsabilidade, dedicação, paciência e coragem permanente (Nardi, Santos, Oliveira & Sawada, 2012) com capacidade de potencializar o desgaste físico e emocional (Lage & Araújo, 2014) e assim, potencializar situações de sobrecarga.

1.2. Sobrecarga dos Cuidadores Informais e sua gestão no âmbito comunitário pela Enfermagem

No que concerne ao conceito de sobrecarga (*burden* em inglês) e analisando a sua definição conceptual, esta diz respeito por um lado ao trabalho e ao peso do mesmo, mas por outro lado à responsabilidade e dever associados (Gil, 2010), o que no seio familiar adquire um significado especial uma vez que implica uma obrigação não retributiva, muitas vezes inesperada e que se pode manter por muitos anos com necessidade de assistência diária e contínua (Gil, 2010).

Perceber o conceito de sobrecarga no CI implica perceber, igualmente, que esta se pode dividir em várias vertentes seja a sobrecarga física, psicológica, financeira, social e familiar (Gratao, Vendrúscolo, Talmelli, Figueiredo, Santos, Rodrigues, 2012) e que é tanto maior, quanto maior também é o nível de dependência do idoso (Garcés et al., 2011; Kuzuya, Enoki, Hasegawa, Izawa, Hirakawa, Shimokata & Akihisa, 2011; Loureiro et al., 2014; Fuhrmann et al., 2015), sendo que o nível de dependência pode funcionar, por si só, como um determinante de desgaste e sobrecarga (Gratao et al, 2012).

Por outro lado, entender o conceito de sobrecarga importa perspetivá-la em duas vertentes, objetiva e subjetiva (Gil, 2010; Pereira, 2013). A objetiva refere-se às atividades desenvolvidas pelos CI's com repercussões visíveis na dinâmica familiar, tais como as questões laborais, a vida social, o tempo livre, as tarefas domésticas ou a interação entre membros da família (Gil, 2010; Pereira, 2013). No que concerne à dimensão subjetiva, esta está relacionada com a perceção pessoal que os CI's têm no ato de cuidar, ou seja, nas consequências emocionais e afetivas que a prestação de cuidados pode vir a desenvolver (Gil, 2010; Pereira, 2013) pela interdependência psicológica entre as partes e pela vivência da doença e fases da mesma (Gil, 2010). A incrementar a estas exigências no cuidar, somam-se a falta de conhecimentos e habilidades para a prestação de cuidados, a insuficiência de respostas formais e informais na comunidade, os problemas financeiros e restrições sociais que potenciam

situações de isolamento e ausência de tempo para si próprios, tanto para atividades de lazer como de socialização (Melo et al., 2014).

Perante este cenário, para o fenómeno de sobrecarga parecem concorrer a existência de inúmeros *stressores* no ambiente de prestação de cuidados e mobilização disfuncional de mecanismos de *coping* capazes de gerir situações de *stress* (Luchesi et al., 2016), concorrendo para a ansiedade, existência de sintomas depressivos (del-Pino-Casado, Palomino-Moral & Frias-Osuna, 2015) e até défice para o auto-cuidado (Puig, Rodriguez, Lluch-Canut, Moreno, Roldán & Montesó, 2015), com vontade de abandono dos cuidados (Gil, 2010). Para além das consequências na saúde mental dos CI's, são também reconhecidas consequências na saúde física, tais como alterações do sistema imunitário, alterações metabólicas e problemas cardiovasculares (Gil, 2010).

Um dos modelos utilizados na tentativa de enquadrar o conceito de sobrecarga foi o modelo de *stress* de *Pearlin*. Neste modelo é reconhecido que a prestação de cuidados pelo CI pode ser gerenciador de um *stress* crónico, mediante a presença de três componentes que podem variar entre si: *stressores*, mediadores e resultados (Gil, 2010), tendo como enquadramento a presença de um contexto e um *background* pessoal (características socio-demográficas do cuidador e da pessoa cuidada e história da prestação de cuidados) (Apêndice I). Este modelo reconhece, assim, que o *stress* no cuidador não é um evento isolado ou unitário, mas sim um conjunto de experiências, circunstâncias, respostas e presença de recursos que variam consoante os cuidadores, variando, inevitavelmente, o impacto quer no seu comportamento e na sua saúde (Pearlin, Mullan, Semple & Skaff, 1990). Por outro lado, os mecanismos de *coping* surgem como um conjunto, quer de esforços cognitivos e comportamentais, que podem ser mobilizados para gerir questões internas e externas que excedem os recursos já utilizados (Lazarus & Folkman, 1984). Estes podem ser mobilizados em três situações no cenário de prestação de cuidados pelo cuidador: na gestão de situações que potenciem *stress*, na gestão de situações e seu significado e, por último, gestão de sintomas de *stress* que advêm de uma determinada situação (Pearlin et al., 1990). Assim, torna-se evidente que o indivíduo deve procurar manter a capacidade de desenvolver e usar estratégias de *coping* de acordo com as suas necessidades específicas e que se centrem na resolução de problemas e na gestão de emoções (Viegas, Fernandes & Veiga, 2018). Reconhece-se que no trabalho desenvolvido na comunidade com os CI's de idosos em situação de dependência é necessário considerar o uso de estratégias de *coping* e que estas têm a capacidade de influenciar

a qualidade de vida dos mesmos (Rodríguez-Pérez, Abreu-Sánchez, Rojas-Ocaña & del-Pino-Casado, 2017).

Em suma, é na dimensão da sobrecarga na prestação de cuidados, percebendo quais as dificuldades que estão por detrás e a forma como os CI's vão fazendo frente no seu quotidiano (através de mecanismos de *coping*) que importa intervir em Enfermagem comunitária, de forma a proporcionar um apoio e capacitação dos mesmos com benefícios não só enquanto grupo vulnerável, mas também, e inexoravelmente, para os idosos cuidados numa perspetiva micro (Kuzuya et al., 2011; Fuhrmann et al., 2015; Teixeira et al., 2017) e para os sistemas sociais e em saúde numa perspetiva macro (Teixeira et al., 2017).

Na prática, a criação de “pacotes de cuidados” liderado por um profissional gestor de caso, nos CSP, surge com uma elevada relevância, não só na orientação dos CI's, mas também mantendo o conhecimento da situação familiar dos mesmos, proporcionando a manutenção do seu bem-estar, gerindo situações de *stress* e de maior vulnerabilidade, providenciando informação em tempo útil, avaliando a necessidade de medidas de suporte social e de apoio adicional, aumentando o número de visitas domiciliárias em caso de necessidade e verificando se a situação continua a ser ou não suportável para os mesmos (Aguiar, Ferreira & Meneses, 2014; Fuhrmann et al., 2015; González & Palma, 2015; Willemse et al., 2016; Couto et al., 2018). Deste modo, terá de ser desenvolvido um verdadeiro trabalho de coordenação e parceria entre CI's, profissionais do setor da saúde e do setor social. O verdadeiro desafio é como operacionalizar esta intenção de forma a contribuir na melhoria da gestão da sobrecarga dos CI's. No seio da comunidade, o Enfermeiro surge como o profissional de excelência pela proximidade junto das famílias com capacidade e competência para identificar estratégias que possam aliviar a sobrecarga e, assim, o *stress* (de la Cuesta-Benjumea, 2011). Os programas de índole psicoeducativa parecem surgir com capacidade para contribuir para o alívio da sobrecarga, seja por via de desenvolvimento e treino de habilidades na prestação de cuidados direta, mas também por via de resolução de problemas ou técnicas que visem a auto-eficácia (Abdollahpour, Nedjat & Salimi, 2018).

1.2.1. A intervenção da Enfermagem Comunitária na gestão da Sobrecarga: uma *scoping review*

A Prática Baseada na Evidência (PBE) é um termo usado com frequência no âmbito dos cuidados de saúde, nomeadamente na Enfermagem enquanto ciência, assumindo-se como força motriz com vista à melhoria da qualidade de cuidados (numa lógica de eficácia, segurança e eficiência) e nas políticas de saúde (Stevens, 2013). Assim, e decorrente desta premissa, com a PBE é dada uma oportunidade, acima de tudo, de fundamentar a tomada de decisão clínica (Brower & Nemec, 2017).

Os diferentes tipos de evidência, os vários objetivos e as questões levantadas exigem a criação de várias abordagens que sejam desenvolvidas no sentido de sintetizar essa mesma evidência de forma eficaz e rigorosa. Deste modo, a *scoping review* permite mapear a evidência relativa a uma determinada área temática, identificando lacunas, esclarecendo conceitos-chave e enumerando os tipos de evidência (Joanna Briggs Institute, 2015).

A presente *scoping review* (Apêndice II) foi desenvolvida mediante a metodologia proposta pela *Joanna Briggs Institute* (2015), encontrando-se organizada segundo os seguintes itens: informação do autor, desenvolvimento do título, objetivo e questão orientadora, *background*, critérios de inclusão, estratégia de pesquisa, extração dos resultados e apresentação dos resultados. Neste local encontra-se explanado não só a metodologia de pesquisa, como as principais conclusões orientadas para a intervenção de Enfermagem de âmbito comunitário capaz de contribuir para a gestão da sobrecarga dos CI's de idosos em situação de dependência.

A pergunta de partida deste projeto e para a *scoping review* foi: “Quais as intervenções desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária capazes de contribuir na gestão da sobrecarga dos CI's?”. Desta forma, e tendo em conta os resultados obtidos (Apêndice II), percebeu-se que a utilização de uma estratégia psicoeducativa pareceu ser uma abordagem bastante válida na intervenção de Enfermagem perante a sobrecarga dos CI's, recorrendo a estratégias diversificadas, nomeadamente: treino de habilidades e partilha de informação na prestação de cuidados, trabalho de situações *stressantes*, técnicas de resolução de problemas, participação em dinâmicas de grupo, medidas de suporte telefónico, aconselhamento de condições crónicas dos idosos, suporte emocional e psicológico e trabalho de cooperação com parceiros na comunidade.

1.3. Os Cuidadores Informais e a intervenção comunitária no panorama das políticas de saúde

Os CI's têm vindo a ser reconhecidos como um fator de sustentabilidade quer nos sistemas sociais, quer na saúde e com a evolução sociodemográfica futura é exetável que a sua figura assuma uma importância extrema no âmbito dos Cuidados Continuados (Teixeira et al., 2017). A recente aprovação do seu estatuto (Lei n.º 100/2019 de 6 de setembro) reitera ainda mais essa premissa.

A nível do Plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2016-2019) está reconhecido que os CI's sejam integrados no processo de prestação de cuidados e que seja estabelecida uma relação de parceria porque estão identificadas, também nestes, carências de cuidados (muitas vezes pessoas igualmente idosas) e está reconhecida, uma vez mais, a exigência e a sobrecarga no processo de prestação de cuidados com repercussões no seu bem-estar e qualidade de vida. Torna-se, assim, imprescindível direcionar estratégias e intervenções que proporcionem gerir essa sobrecarga e potenciar a auto-realização na prestação de cuidados. Contudo, neste processo é preciso tomar este grupo de pessoas como parceiros nesse caminho de capacitação fazendo jus ao contemplado no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 e também na visão defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que os cidadãos devem ser assumidos enquanto parceiros e não objetos de trabalho das organizações de saúde surgindo a “Capacitação do cidadão” como promotor do potencial de cada pessoa, organização e comunidade com o objetivo de promover a sua saúde e a dos outros (DGS, 2013). A importância de capacitar grupos e comunidades está, igualmente, previsto no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e na área de Enfermagem de Saúde Familiar que prevê o contributo “para o processo de capacitação de grupos e comunidades (...) e integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde” (OE, 2018). Assim, fica reiterado a importância da Enfermagem Comunitária como um recurso com competência capaz de desenvolver intervenções junto dos CI's com o intuito de mitigar as consequências negativas associadas à prestação de cuidados (González & Palma, 2016).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

A Enfermagem busca incessantemente a excelência no seu exercício, garantindo a sustentabilidade profissional e qualidade da sua assistência, e neste sentido os modelos de prática profissional parecem dar um bom contributo na obtenção desses resultados (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2016). Assim, um modelo de prática profissional surge como um referencial conceptual para desenvolver a prática com vista a obter segurança e qualidade assistencial (Slatyer, Coventry, Twigg & Davis, 2016). No fundo, não só traz resultados para a prática de Enfermagem, como para o usuário de cuidados, mediante medidas de prevenção, tratamento, educação e manutenção da saúde (Cherry & Jacob, 2017).

Um modelo conceptual consiste numa perspetiva, de forma estruturada, em relação a determinado fenómeno, havendo sempre a explicação e clarificação do processo de Enfermagem, bem como dos quatro conceitos fundamentais do metaparadigma: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Alligood, 2014; Cherry. & Jacob, 2017). Nele resulta uma moldura conceptual para a prática, mas também para a pesquisa e para a educação em Enfermagem (Lawson, 2014).

O Modelo de Enfermagem orientador e norteador da intervenção comunitária em questão será o Modelo dos Sistemas proposto por Betty Neuman.

2.1. Modelo dos Sistemas de Betty Neuman

O presente modelo encontra-se orientado para o bem-estar, holismo, percepção e motivações do cliente em constante sinergia com o ambiente (Neuman & Fawcett, 2011). O cliente pode ser a pessoa, família, grupo ou comunidade, sendo que este apresenta-se como um sistema único, mas em constante interação dinâmica e troca energética com o ambiente, sendo esta interação o foco da preocupação para a Enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011; Lawson, 2014). Cada sistema é composto por um conjunto de características inatas que lhes proporciona um conjunto de respostas normais, havendo por outro lado muitos *stressores* ambientais, que podem ou não ser conhecidos, capazes de perturbar o sistema com diferentes graus de intensidade, perturbando assim a sua estabilidade (linha de defesa normal). Concomitantemente, existe uma linha flexível de defesa que pode em determinada fase temporal ser incapaz de proteger este sistema, rompendo-se e traduzindo-se em

repercussões para o cliente. Também dentro de cada sistema existem fatores internos de resistência conhecidas como linhas de resistência que protegem o *core* e auxiliam a estabilizar a linha normal de defesa após ação de um *stressor* ambiental (Neuman & Fawcett, 2011). Estas linhas concêntricas envolvem o *core* ou estrutura básica que surge como a componente deste modelo onde estão encerrados os fatores básicos de sobrevivência do cliente, como sejam as características inatas ou genéticas, bem como recursos ou características exclusivas do cliente (Neuman & Fawcett, 2011; Lawson, 2014).

Os *stressores* ambientais podem produzir resultados positivos ou negativos (Lawson, 2014) a partir de três tipos de forças: intrapessoais (dentro do indivíduo), interpessoais (entre um ou mais indivíduos) e extrapessoais (que ocorrem fora dos indivíduos), capazes de colocar a estabilidade do sistema em causa (Neuman & Fawcett, 2011.; Lawson, 2014). Apesar deste modelo ser orientado para o bem-estar, a saúde é vista como um processo contínuo e em permanente mudança entre bem-estar e doença (Lawson, 2014), sendo que se há mais energia gerada do que usada há uma estabilidade do sistema e, portanto, maior bem-estar. No entanto, com a invasão da linha normal de defesa por partes dos *stressores*, este bem-estar pode ser ameaçado e criar um desequilíbrio no sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

Assim, para este modelo, a Enfermagem é vista como a profissão com capacidade de ter em conta na sua abordagem todas as variáveis que podem afetar a resposta do cliente perante situações de *stress* (Lawson, 2014 citando Neuman, 1982). As variáveis que compõem e interagem no sistema do cliente em causa são: fisiológica, psicológica, sociocultural, do desenvolvimento e espiritual (Quadro 1) (Neuman & Fawcett, 2011).

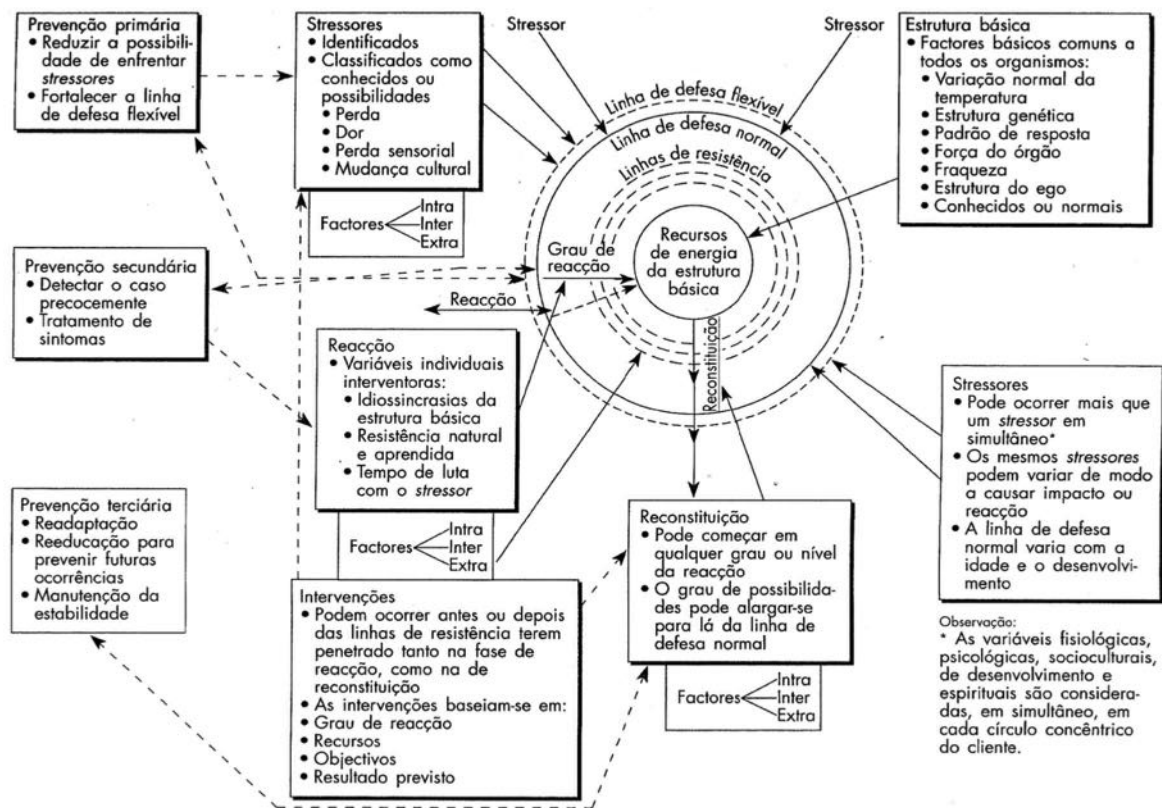
Quadro 1 – Explicação das variáveis na teoria dos Sistemas de Betty Neuman

Variável	Significado
Fisiológica	Refere-se à estrutura corporal e sua função (células, tecidos, órgãos e sistemas).
Psicológica	Refere-se aos processos mentais e efeitos ambientais interativos, sendo exemplos aspetos ligados à cognição e ao <i>self</i> .
Sociocultural	Refere-se aos efeitos combinados de condições e influências culturais e sociais.
Desenvolvimento	Refere-se aos processos e atividades de desenvolvimento ao longo do ciclo vital.
Espiritual	Refere-se às crenças e influências espirituais.

Fonte: Marriner-Tomey, A. & Alligood (2004); Neuman & Fawcett (2011)

O foco da Enfermagem visa contribuir para estabilidade do sistema, enquanto cliente, que se operacionaliza mediante intervenções que procurem manter ou alcançar o bem-estar do sistema, mediante os três níveis de prevenção: primária, secundária e terciária (Neuman & Fawcett, 2011; Lawson, 2014), tal como esquematizado na Figura 2.

Figura 2– Esquemática do Modelo dos Sistemas de Betty Neuman



Fonte: Marriner-Tomey & Alligood (2004)

Este modelo apresenta uma boa adaptabilidade nas várias culturas e, por isso, é muito usado também em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública (Lawson, 2014). Neste projeto de intervenção comunitária pretendeu-se dar contributos inseridos nos três níveis de prevenção (Apêndice III) “na, para e com” o grupo de CI’s, tendo em conta este referencial teórico em Enfermagem. O desenvolvimento do processo de Enfermagem encontra-se organizado em três categorias: diagnóstico de Enfermagem, metas de Enfermagem e resultados de Enfermagem (Neuman & Fawcett, 2011), o que acaba por ter uma estreita relação com a metodologia adotada para o desenvolvimento do projeto: o Planeamento em Saúde.

3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia de projeto posiciona-se no estudo e resolução de problemas em contexto social, segundo uma dinâmica integradora que alie a teoria com a prática (Leite, Malpique & Santos, 2001). Quando o projeto é desenvolvido em contexto de saúde torna-se indispensável analisar as necessidades de uma população/grupo de forma a que as ações e estratégias desenvolvidas aproveitem os recursos, concentrem esforços e motivem o trabalho multidisciplinar de forma a contribuir com ganhos para a população de uma forma o mais sustentável possível (Ruivo et al., 2010). Esta visão é, igualmente, partilhada por Imperatori & Giraldes (1982) no sentido em que é necessário avaliar e analisar até que ponto os vários sectores podem condicionar a saúde de uma população, levando em consideração que os recursos disponíveis são sempre escassos.

Deste modo, este projeto para além da metodologia que lhe é inerente em termos académicos, baseou-se na metodologia do Planeamento em Saúde proposto por Imperatori & Giraldes (1982), seguindo as etapas que lhe são inerentes de forma a desenvolver uma “racionalização na utilização dos recursos escassos com vista a atingir objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas em saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes de vários sectores socioeconómicos” (Imperatori & Giraldes, 1982, p. 6). Este processo contínuo deve ser pautado de uma atitude de flexibilidade e capacidade de adequação face às constantes dificuldades e necessidades que vão emergindo perante uma realidade em constante mutação, daí o conhecimento profundo da mesma ser fundamental (Nunes, 2016).

3.1. Diagnóstico de Situação

O diagnóstico de situação refere-se à primeira etapa da metodologia do Planeamento em Saúde e é relativo ao conjunto de necessidades de saúde de uma população (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990), sendo também importante identificar os problemas nela existentes (Tavares, 1990). É a partir desta caracterização que é possível justificar o conjunto de atividades desenvolvidas, servindo de comparação no momento final de avaliação mediante os indicadores estabelecidos (Imperatori & Giraldes, 1982).

Nesta fase de preparação implica dispêndio de tempo e energia na identificação e definição de inúmeras vertentes: pertinência e finalidade do estudo, definição da população, escolha de indicadores e sua tipologia, escolha das fontes de informação, escolha da abordagem a utilizar, recolha de informação e análise e interpretação dos mesmos com realização do respetivo relatório (Tavares, 1990). Estes passos estarão espelhados nos seguintes subcapítulos.

Nesta etapa inicial de desenvolvimento do projeto é também uma fase de perceção e identificação das forças, fraquezas, ameaças e oportunidades do ambiente quer interno quer externo (Brissos, 2004; Nunes 2016). Neste projeto essa caracterização foi crucial pelo tempo de intervenção disponível e pelas dificuldades sentidas e até expetáveis, tendo sido utilizada a metodologia da análise SWOT (Apêndice IV).

Realizar um diagnóstico de situação suficientemente efetivo e abrangente é crucial, considerando que é a primeira etapa deste processo e que condicionará, inexoravelmente, os resultados que se procuram atingir. Nele são fundamentais o contributo de inúmeras disciplinas (Imperatori & Giraldes, 1982), sendo no presente projeto pode-se evidenciar os contributos da Enfermagem, da Ética, da Investigação, da Estatística e da Informática.

Para proceder à sua consecução e de forma a enquadrar o presente projeto em termos temporais foi definido, no início do mesmo, um cronograma de atividades que sofreu alguns ajustes ao longo da consecução das suas etapas (Apêndice V).

3.1.1. Local e Contexto da Intervenção Comunitária

O local de estágio escolhido para desenvolver este projeto de intervenção comunitária foi uma UCC pertencente a um Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) da Região de Lisboa e Vale do Tejo (LVT).

Esta UCC desenvolve programas dirigidos à população ao longo de todo o ciclo vital, nomeadamente na área do idoso, tendo também integrada a sua Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) e o programa “Educar para Cuidar”, de onde emerge o grupo de CI’s como um dos grupos alvo de intervenção por parte dessa equipa.

3.1.2. População Alvo e Amostra

A população alvo deste projeto de intervenção comunitária são os CI's pertencentes às famílias que são seguidas pela ECCI nesta UCC.

A amostra do presente projeto foi formada por conveniência a partir dos seguintes critérios de inclusão: CI's de idosos em situação de dependência física e/ou mental (com idade cronológica do idoso igual ou superior a 65 anos de idade), CI's com idade igual ou superior a 18 anos de idade e que aceitem, mediante assinatura de consentimento informado, participar no projeto.

3.1.3. Questões éticas

A preocupação com as questões éticas na área da saúde vai além do cumprimento da legislação ou do código deontológico inerente à profissão, estando intrínseco acima de tudo, o respeito pela pessoa como ser social, bem como o desenvolvimento de uma postura de consciência, solidariedade e responsabilidade por parte dos profissionais de Saúde, onde a Enfermagem se enquadra (Koerich, Machado & Costa, 2005). As questões morais e dilemas éticos neste plano podem compreender aspetos que vão desde a forma como se envolve a participação das pessoas, passando pelos métodos de colheita de dados até há divulgação de resultados da investigação em causa (Fortin, 2003).

Assim, foi exigido a construção de um processo junto da Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), dando a conhecer detalhes do projeto, tendo obtido o parecer favorável (Anexo I). Desse protocolo fez também parte o modelo de consentimento informado a ser utilizado para o CI e para o idoso em situação de dependência (Apêndice VI). Entretanto foi, igualmente, obtida autorização por parte do ACES envolvido, por intermédio da sua Diretora Executiva à data, para desenvolver o projeto de intervenção comunitária (Anexo II) e concedida autorização pelo Responsável pelo Acesso à Informação do mesmo ACES, por intermédio da Presidente do Conselho Clínico (Anexo III).

Apesar de um dos critérios de inclusão pressupor aos CI's serem relativos a pessoas idosas (com idade de 65 anos ou mais), foi integrada neste projeto um CI de uma pessoa com idade próxima dos 65 anos por um pedido de ajuda quer do CI, quer

da Enfermeira gestora de caso que entendeu que seria benéfico poder integrar a intervenção com vista a contribuir na gestão da sobrecarga que era evidente. Assim, e alegando o princípio da beneficência, no qual está “relacionado com o dever de ajudar os outros, de fazer ou promover o bem a favor dos seus interesses” (Koerich et al., 2005, p. 108) foi integrado este CI no âmbito deste projeto, não só na fase de diagnóstico de situação, como na execução do plano ou intervenção.

3.1.4. Instrumentos de colheita de dados

No presente projeto de intervenção comunitária, na fase de diagnóstico de situação, pretendeu-se desenvolver uma explicação ou predição de um fenómeno em estudo, pelo que se fez uso de questionários estruturados e escalas de medida como instrumentos de recolha de dados (Fortin, 2003). Assim, foram selecionadas escalas/índices quer para o CI, quer para o Idoso em situação de dependência, mas também foram construídos pela autora, para ambos, questionários que permitiram realizar uma caracterização sociodemográfica, psicossocial e clínica (com base nas variáveis preconizadas pelo modelo de *stress* de Pearlin), permitindo, igualmente, fundamentar o planeamento das futuras intervenções (Apêndice VII e VIII).

No que toca ao CI procura-se avaliar os seguintes itens: nível de sobrecarga, dificuldades sentidas e estratégias de *coping* utilizadas. No caso particular do idoso em situação de dependência pretende-se enquadrar o nível de dependência.

a) Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

Este instrumento consiste numa escala que permite monitorizar a sobrecarga do cuidador a fim de desenvolver um conjunto de intervenções capazes de minimizar as consequências negativas associadas à prestação de cuidados (Sequeira, 2010) e permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do CI, incluindo informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento (Sequeira 2010, Sequeira, 2018). Esta escala possibilita avaliar, ainda, quatro fatores que aglutinam um conjunto de respostas: impacto na prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar e perceção da autoeficácia (Sequeira, 2018).

A escala foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Sequeira (2007) a partir da *Burden Interview Scale* (Zarit & Zarit, 1983). Ao autor da validação para a população portuguesa foi pedida autorização para ser feito uso da mesma no presente projeto, tendo sido dada permissão de utilização (Anexo IV) e partilhada da versão original (Anexo V). As características da escala, bem como o seu uso é explicitado em Apêndice (Apêndice IX).

b) *Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI)*

A CADI constituiu-se como um questionário de avaliação subjetiva da situação dos prestadores de cuidados com a finalidade de identificar quais as dificuldades sentidas, bem como a forma como as percecionam e vivenciam no seu quotidiano de cuidados (Brito, 2002). A versão portuguesa foi desenvolvida pela Professora Luísa Brito em colaboração com o Professor Doutor João Barreto (em 2000), a partir do trabalho de Nolan e seus colaboradores (1996), com o objetivo de facilitar o trabalho dos profissionais quer na avaliação, mas também na abordagem e intervenção junto dos CI's, constituindo-se como uma ferramenta de estudo e investigação nesta área (Brito, 2002 citando Nolan et al., 1996). Foi pedida autorização para o seu uso ao autor da validação para a população portuguesa, tendo sido a mesma concedida (Anexo VI) e partilhada a versão original (Anexo VII). As características deste índice, bem como o seu uso é explicitado em Apêndice (Apêndice X).

c) *Carers' Assessment of Managing Index (CAMI)*

A CAMI constituiu-se como um instrumento que visa avaliar a forma como os prestadores de cuidados lidam e percecionam as dificuldades vivenciadas, quais os mecanismos de *coping* utilizados e até que ponto são eficazes face às situações (Brito, 2002).

Os dados obtidos a partir deste instrumento podem ser mobilizados e otimizados pelos profissionais de saúde para ajudar a implementar intervenções dirigidas aos prestadores de cuidados de forma a gerir esses mecanismos caso a situação não esteja a ser resolvida de forma eficaz ou então procurando desenvolver novas estratégias na gestão da situação (Sarmiento, Pinto & Monteiro, 2010; Sequeira, 2018).

Para esta escala foi, igualmente, pedida autorização ao autor da validação para a população portuguesa, tendo sido a mesma concedida (Anexo VI) e partilhada a versão original (Anexo VIII). As características deste instrumento, bem como o seu uso é explicitado em Apêndice (Apêndice XI).

d) Índice de *Barthel*

O Índice de *Barthel* é um instrumento que permite avaliar o nível de independência da pessoa de uma forma global na consecução de dez atividades voltadas para o autocuidado: comer, higiene pessoal, uso do sanitário, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Araújo, Ribeiro, Oliveira & Pinto, 2007 citando Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2018). Apesar de ser um instrumento muito utilizado em contexto hospitalar, unidades de convalescença ou centros de reabilitação, a verdade é que já existe evidência no sentido de comprovar o benefício e fidelidade do seu uso na comunidade (Araújo et al., 2007).

As características da escala, bem como o seu uso é explicitado em Apêndice. (Apêndice XII). Para esta escala foi, igualmente, pedida autorização ao autor da sua validação para a população portuguesa, tendo sido a mesma concedida (Anexo IX) e partilhada a versão original (Anexo X).

e) Índice de *Lawton & Brody*

O Índice de *Lawton & Brody* refere-se a um instrumento que permite avaliar as atividades instrumentais de vida diárias no seu global, mas também de forma parcelar, ou seja, as atividades que permitem a pessoa interagir com a comunidade, mantendo-se adaptada com o meio (Araújo, Ribeiro, Oliveira, Pinto & Martins, 2008; Sequeira, 2018). Esta escala é composta por oito atividades: capacidade para usar o telefone, fazer compras, preparação da comida, cuidado com a casa, lavar a roupa, usar meios de transporte, responsabilidade com a sua medicação e capacidade para tratar dos seus assuntos económicos (Araújo et al., 2008).

No contexto da prática de cuidados, nomeadamente na comunidade, coloca-se em causa até que ponto a escala na sua versão original (dicotómica, conotação entre dependente ou independente) é suficientemente abrangente e discriminatória na avaliação das atividades instrumentais de vida diária. No estudo desenvolvido por

Araújo et al. (2008) a versão policotómica (alternativa à original e disponibilizada pela autora) apresenta resultados mais favoráveis na avaliação psicométrica dos idosos, permitindo uma melhor avaliação dos mesmos neste tipo de atividades no contexto da comunidade (Araújo et al., 2008).

Para esta escala foi, igualmente, pedida autorização ao autor da sua validação para a população portuguesa, tendo sido a mesma concedida (Anexo XI) e partilhada a versão policotómica original (Anexo XII).

3.1.5. Apresentação e Análise dos resultados

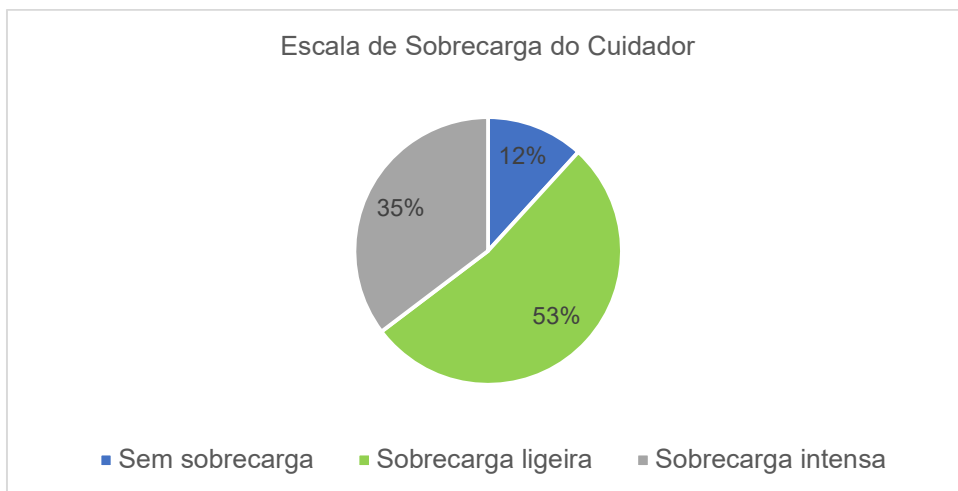
Um diagnóstico de situação deve ser suficientemente abrangente a fim de desenhar uma intervenção que possa capacitar os CI's para uma melhor prestação de cuidados (Sequeira, 2018). Para isso, proceder à avaliação do nível de sobrecarga dos CI's, através do uso de instrumentos validados para esse fim, permite sugerir uma relação entre a prestação de cuidados e a qualidade de vida dos mesmos (Fuhrmann et al., 2015; Abdollahpour et al., 2018). Por outro lado, pode funcionar como um preciso indicador na consecução de programas que tenham em conta fatores de risco inerentes à prestação de cuidados com vista a prevenir problemas futuros (Gratao et al., 2012; Sequeira, 2018).

Para o tratamento estatístico e análise dos dados foi utilizado o *software Statistical Program for Social Sciences (SPSS®)* versão 25 e o *Microsoft Excel®* e recorreu-se à estatística descritiva que corresponde à “fase inicial da análise de dados num estudo e consiste no resumo e descrição dos dados recolhidos” (Almeida, 2017, p. 1). Esta análise é feita em termos de valores absolutos (contagens) e relativos (percentagens). Dado ao reduzido tamanho da amostra não foram possíveis extrapolar conclusões, contudo as que foram feitas serviram para orientar a intervenção junto deste grupo. A análise encontra-se sintetizada em Apêndice XIII, mediante a apresentação de gráficos e tabelas. Posteriormente, e na etapa da avaliação, recorreu-se à estatística inferencial para análise comparativa a fim de identificar associação entre variáveis através do teste não paramétrico de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas. Na análise estatística escolheu-se um nível de significância de 5%.

Em suma, foi possível verificar que o perfil do CI neste grupo particular apresenta-se como: maioritariamente mulheres (70,6%), com idade superior a 40 anos de idade, ressalvando que quase 30% tem idade igual ou superior a 70 anos, são maioritariamente casados (70,6%), prestando, em mais de 80% dos casos, cuidados ao cônjuge ou aos seus pais. Nesta amostra observa-se que 82,4% coabita com o idoso em causa e que o nível de escolaridade é relativamente baixo, sendo que cerca de metade (52,9%) não completaram mais do que o 1.º ciclo, dados que vão ao encontro de dados publicados em Portugal quanto ao perfil do CI (Sousa & Figueiredo, 2004). Neste grupo particular, existe ainda uma percentagem considerável que mantém vida ativa (41,2%), ou seja, a par do papel de CI ainda mantém atividade profissional onde auferir rendimento, estando a maioria reformado. Desta percentagem, cerca de metade considera “um pouco difícil” essa conciliação de papéis, contudo nenhum pensou abandonar o emprego, nem a prestação de cuidados. No que toca ao tempo de prestação de cuidados, neste grupo em concreto, quase metade (47%), está à menos de um ano neste papel, sendo as razões maioritariamente invocadas a “única pessoa disponível” e “decisão familiar”, executando na sua maioria cuidados de forma contínua (64,7%). Neste grupo todos os CI's reconhecem que têm algum tipo de apoio, seja por membros que pertencem ao centro de saúde, apoio domiciliário por uma pessoa particular, profissionais do centro de dia ou empresas de prestação de serviços. A família também é apontada como um recurso em 29,4% dos casos. No que diz respeito ao estado de saúde dos CI's deste grupo 76,5% manifesta que sofre de alguma doença ou incapacidade, sendo as principais doenças referidas a “hipertensão arterial” (21,7%) e “problemas de ossos” (34,8%), para as quais é utilizada, maioritariamente, a medicação (24% e 16%, respetivamente). Quase todos (94,1%) fazem vigilância de saúde, metade fazem-no uma vez por ano e a outra metade mais de uma vez por ano.

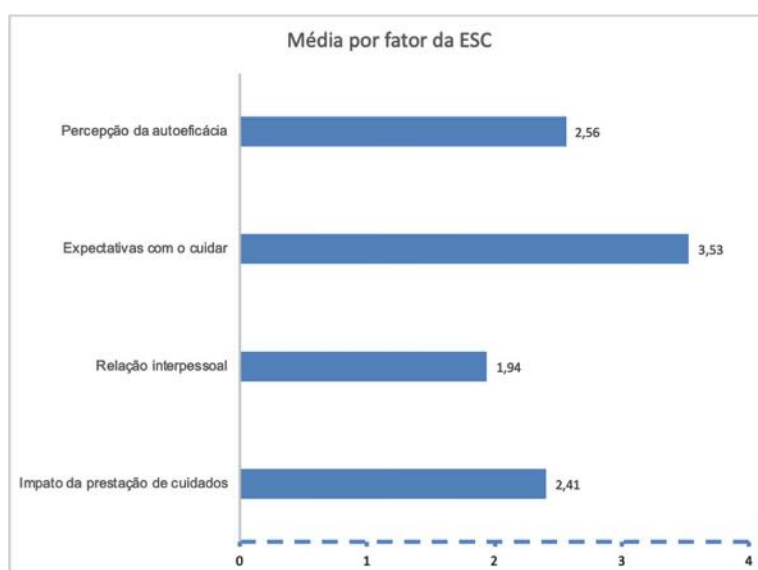
No plano da aplicação das escalas, no que toca à ESC, é possível inferir que neste grupo particular, cerca de metade (52,9%) encontra-se em sobrecarga ligeira, havendo uma percentagem considerável (35,3%) em sobrecarga intensa (Figura 3).

Figura 3 – Níveis de Sobrecarga e fatores da ESC



Essa sobrecarga foi maior nos homens (100% dos homens revelam algum nível de sobrecarga versus 83% nas mulheres), nos mais velhos (100% nos CI's com 60 ou mais anos de idade) e nos que têm 1.º ciclo de escolaridade completo (100%).

Figura 4 – Médias nos fatores da ESC



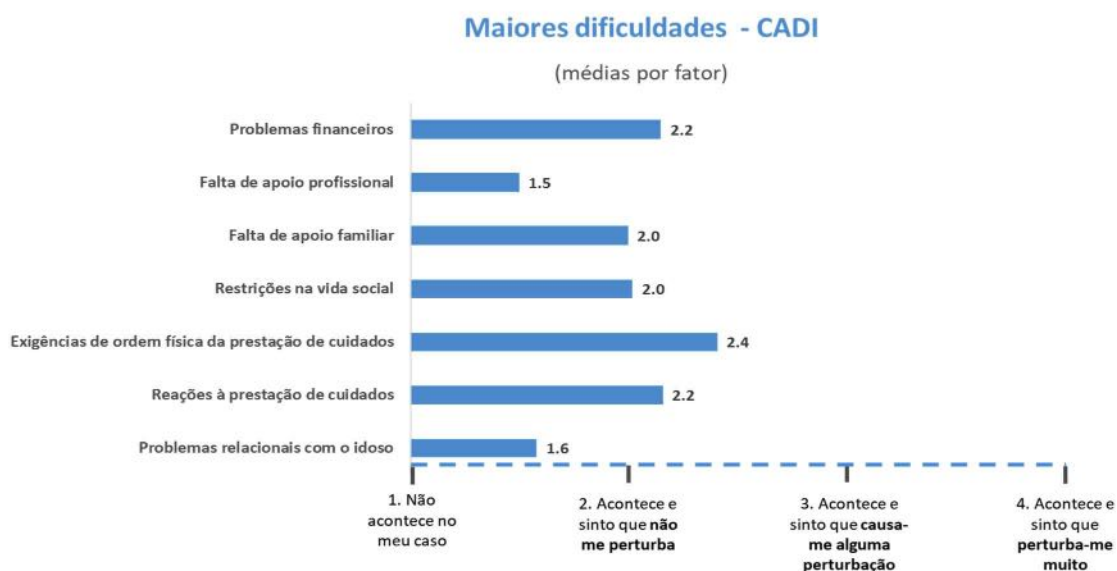
Na análise dos fatores da ESC representado na Figura 4 (impacto de prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar e percepção da auto-eficácia) é possível constatar que o fator com *score* médio mais elevado (tendo em conta o número de perguntas dentro de cada fator e a sua ponderação) é relativa à "expectativas com o cuidar" referente aos medos, receios e disponibilidade experienciada pelo cuidador (Sequeira, 2018). Logo de seguida, temos os itens referentes à auto-eficácia, que se prende com a opinião do cuidador sobre o seu

desempenho e o impacto na prestação de cuidados diretos (Sequeira, 2018). Em oposto o fator com menor *score* na sobrecarga é o relativo à relação interpessoal entre CI's e pessoa alvo de cuidados

Em relação à CADI, as dificuldades vivenciadas e percebidas pelos CI's, encontram-se visíveis na

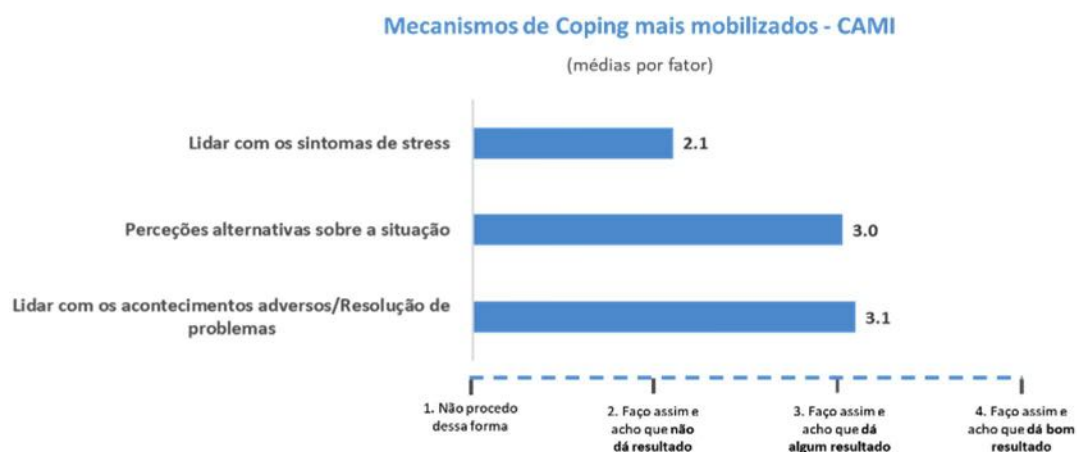
Figura 5, sendo a exigência de ordem física da prestação de cuidados a dificuldade que lidera, logo seguida das reações na prestação de cuidados e problemas financeiros. Estas dificuldades serão tidas em conta aquando dos diagnósticos de Enfermagem e sua priorização, com vista a adequar a resposta a desenvolver junto deste grupo.

Figura 5- Dificuldades dos CI's avaliadas mediante o índice CADI



No que toca às estratégias de *coping* utilizadas para fazer frente às dificuldades percebidas, esta avaliação foi feita mediante o índice CAMI. Ao analisar os fatores da CAMI (Figura 6) pode-se observar, neste grupo de CI's, que os mecanismos de *coping* mais mobilizados são a forma como lida com os acontecimentos/resolução de problemas e as percepções alternativas sobre a situação, em oposição às formas de lidar com o *stress* de onde figuram soluções que podem tender para um afastamento dos CI's do domicílio, como procura de atividades físicas, meditação ou reuniões de grupo de pessoas com o mesmo tipo de problemas.

Figura 6 - Estratégias de *coping* mobilizadas pelos CI's avaliadas mediante o índice CAMI



Quanto ao idoso em situação de dependência estes são igualmente e maioritariamente mulheres (76,5%) e cerca de metade (58,9%) tem uma idade igual ou superior a 80 anos. Cerca de metade é casado (52,9%), havendo um considerável número de viúvos (41,2%) e no que toca à escolaridade, esta é ainda mais baixa relativamente aos CI's, uma vez que nenhum idoso completou mais do que o 1.º ciclo, havendo uma quantidade considerável de analfabetos (41,2%). No que diz respeito ao(s) motivo(s) que levaram à dependência estas foram um pouco diversificadas, no entanto as doenças do sistema nervoso central e músculo-esqueléticas predominaram, e talvez por isso observa-se uma dependência física e mental assinalável (76,5%). Cerca de metade da amostra (52,9%) ainda evidencia orientação a todos os níveis (tempo, espaço e pessoa). No que diz respeito à avaliação das Atividades Instrumentais de Vida Diárias (AIVD's), a maior percentagem dos idosos é totalmente dependente na concretização das mesmas, com exceção do uso do telefone (cerca de 42,1%), preparação da comida (35,3%) e no cuidado com a casa (35,3%) onde existe ainda alguma capacidade nessas AIVD's. Nesta amostra, pode-se observar que a dependência é maior nos que têm dependência física e mental, nos que têm 80 ou mais anos de idade, que possuem doenças do sistema nervoso central e nos analfabetos. No que diz respeito às Atividades Básicas de Vida Diárias (ABVD's), a sua maioria localiza-se na "Total dependência" com 70,6% na realização das mesmas, enquanto que 29,4% dos idosos apresentam "dependência moderada", sendo os itens referentes à capacidade de se alimentar (52,9%), de se vestir (47,1%) e o respetivo controlo de esfíncteres (47,1%) os que apresentam menor dependência.

Da análise dos dados recolhidos mediante os questionários, escalas e índices são possíveis obter os principais indicadores do diagnóstico de situação deste grupo

vulnerável. Para isso foram cruzados os dados obtidos nos questionários/índices/escalas com o modelo teórico escolhido, de forma a determinar os *stressores* ambientais capazes de desequilibrar o sistema e culminar em situações de sobrecarga (Apêndice XIV).

3.2. Definição de Prioridades

Depois de identificados os problemas, foi tempo de priorizá-los a fim de poder contribuir na resolução dos mesmos, mediante diagnósticos de Enfermagem estabelecidos. A priorização assume especial relevância uma vez que, e sobretudo na intervenção comunitária, os recursos raramente são suficientes face as necessidades de uma comunidade (Sousa et al., 2017).

Na definição de prioridades existem dois aspetos a ter em linha de conta: a dimensão temporal e a dimensão dos recursos (Imperatori & Giraldes, 1982; Nunes, 2016). No que concerne à primeira definição, ela é relativa ao tempo previsto que compreende o tempo de planear uma atividade até ao tempo previsto para alcançar uma meta definida (Nunes, 2016). Quanto à outra dimensão, a dos recursos, ela tem em conta sobretudo aspetos financeiros e humanos (Nunes, 2016).

Vários são os métodos ou técnicas que podem ajudar na definição de prioridades, contudo o eleito foi o método do Plano de Biscaia (Quadro 2). Este consiste num método simples em que perante cada problema é feito uma análise mediante a existência de quatro critérios: magnitude, transcendência social, transcendência económica e factibilidade tecnológica (Imperatori & Giraldes, 1982) ou vulnerabilidade (DGS, 2016).

Quadro 2 – Matriz do Método do Plano de Biscaia

Peso	Magnitude	Transcendência Social	Transcendência Económica	Factibilidade tecnológica ou Vulnerabilidade
1	Não preocupante	Não afeta significativamente o grupo	Sem grande repercussão económica	Grande dificuldade em minimizar
2	Importância média	Afeta parcialmente o grupo	Repercussão económica média	É redutível, mas recursos de difícil aplicação
3	Grande importância	Afeta todo o grupo	Repercussão económica grande	Fácil de reduzir com os recursos disponíveis

Fonte: Imperatori & Giraldes (1982); DGS (2016)

Assim, a cada problema foi realizada uma análise segundo as respetivas dimensões, atribuindo uma pontuação de 1 a 3. No final foi realizado um somatório para cada problema (Apêndice XV). Pela análise da aplicação deste método os três problemas definidos como prioritários são: exigências de ordem física, reações à prestação de cuidados e restrições de vida social.

3.2.1. Diagnósticos de Enfermagem

Um diagnóstico de Enfermagem refere-se um “julgamento clínico a respeito de uma resposta humana indesejável a uma condição de saúde/processo da vida que existe num indivíduo, família, grupo ou comunidade” (Herdman & Kamitsuru, 2018, p. 7) e que irá constituir a decisão na intervenção de Enfermagem (Conselho Internacional dos Enfermeiros, 2016).

Para a formulação dos mesmos foi utilizada a taxonomia CIPE® versão 2015 traduzida pela OE (2016), também vigente no programa Informático SClínico® utilizado na prática clínica de Enfermagem.

Os diagnósticos de Enfermagem baseiam-se nas escalas que foram escolhidas no diagnóstico de situação (ESC, CADL e CAMI) e apresentam-se formulados no seguinte quadro (Quadro 3).

Quadro 3 - Formulação dos Diagnósticos de Enfermagem

Taxonomia CIPE®	Por (CADI):
Stress do Cuidador presente (Sobrecarga ligeira e intensa)	Exigências de ordem física na prestação de cuidados Reações à prestação de cuidados Restrições da vida social
Risco de Stress do Cuidador (Sem sobrecarga)	
	Por (CAMI):
Conhecimento sobre estratégias de coping potencialmente comprometido	Lidar com os acontecimentos/Resolução de problemas Perceções alternativas sobre a situação Lidar com os sintomas de <i>stress</i>

3.3. Fixação dos Objetivos

Definidos os problemas prioritários e os respetivos diagnósticos de Enfermagem tornou-se indispensável fixar objetivos e metas para orientar a intervenção a desenvolver e avaliar a eficácia da mesma. Um objetivo é entendido como um enunciado que reflete um resultado que se pretende atingir, que é tecnicamente possível de ser concretizado de forma a alterar a sua tendência natural de existência (Imperatori & Giraldes, 1982).

Na formulação de um objetivo existem quatro aspetos que são estruturais: pertinência (referente à adequação da intervenção a desenvolver), precisão (definição do novo estado que se pretende atingir e o percurso a realizar), possibilidade de ser realizável (realista face ao tempo disponível) e mensurável (ser possível realizar a sua avaliação de forma objetiva) (Tavares, 1990).

Assim, para a presente intervenção de Enfermagem foram formulados um objetivo geral que espelhou a situação que se pretendia alcançar e objetivos específicos que iriam detalhar aspetos mais elementares a alcançar nessa situação (Tavares, 1990).

Como objetivo geral para a intervenção neste projeto pretendeu-se: “Contribuir para melhorar a gestão da sobrecarga dos CI de idosos em situação de dependência numa UCC pertencente a um agrupamento de centros de saúde da região LVT”. Como objetivos específicos foram traçados dois (Quadro 4). De forma a avaliar o êxito da intervenção foi necessário traçar metas ou objetivos operacionais que balizassem o êxito da mesma. A forma de traduzir esses resultados procedeu-se à criação de

indicadores: de resultado e de atividade (Imperatori & Giraldes, 1982). Se um indicador de resultado mede as alterações verificadas num problema dando resposta às metas, um indicador de atividade mede as ações desenvolvidas que poderão ter contribuído na alteração do problema (Tavares, 1990). Assim, e de forma a sintetizar e relacionar, objetivos específicos, metas e indicadores projetou-se o Quadro 4.

Quadro 4 - Relação entre Objetivos específicos, Metas e Indicadores

Objetivos Específicos		
Capacitar os CI's, de idosos em situação de dependência numa UCC pertencente a um agrupamento de centros de saúde da região LVT, para a diminuição do nível de sobrecarga.		Capacitar os CI's, de idosos em situação de dependência numa UCC pertencente a um agrupamento de centros de saúde da região LVT, para aumentar a capacidade de mobilizar estratégias de <i>coping</i> adequadas na gestão da sobrecarga.
Metas		
Diminuir, em pelo menos, 5% dos CI's os níveis de sobrecarga.	Mantener, em pelo menos, 10% dos CI's os níveis de sobrecarga ligeira e sem sobrecarga.	Aumentar, em pelo menos, 10% dos CI's o uso de estratégias de <i>coping</i> diárias que contribuam para gerir a sobrecarga.
Indicadores de resultado		
Percentagem (%) de CI's que diminuíram o seu nível de sobrecarga.	% de CI's que mantiveram o seu nível de sobrecarga em níveis "sem sobrecarga" ou "sobrecarga ligeira.	% de CI's que melhoram a capacidade de mobilizar estratégias de <i>coping</i> .
Indicadores de Atividade		Previsão
% de adesão ao PPGS nas 5 fases preconizadas.		70%
% de conclusão do PPGS nas 5 fases preconizadas.		30%
% de realização de sessões de Educação para a Saúde (EpS)/Dinâmica de Grupo (DdG) realizadas na UCC.		100% (3)
% de adesão de CI's de idosos em situação de dependência da amostra que frequentaram as sessões de EpS/DdG.		10%
% de adesão dos participantes nas sessões de EpS/DdG realizadas na UCC.		30%
% de satisfação dos participantes nas sessões de EpS/DdG realizadas na UCC.		70%
% de realização de ações formativas para a equipa de Enfermagem da UCC.		100% (2)
% de adesão de elementos da equipa de Enfermagem da UCC às ações formativas.		50%
% de satisfação dos elementos da equipa de Enfermagem da UCC nas ações formativas.		70%
% de realização de eventos de cariz interdisciplinar junto da comunidade na área temática do CI.		100% (1)

De forma a perceber como se construiu cada percentagem construiu-se um documento explicativo (Apêndice XVI).

Nas ações desenvolvidas foi importante perceber qual a adesão e a satisfação no desenvolvimento das mesmas, de forma a puderem ser constituídos e incluídos como indicadores de atividades.

3.4. Seleção de Estratégias

A presente etapa é tida como aquela onde fica definida qual o plano mais adequado, mediante utilização de técnicas específicas, para atuar sobre os problemas tidos como prioritários (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990). O conjunto de estratégias que podem ser desenvolvidas compreendem desde a aplicação de tecnologia, procedimentos administrativos, aspetos organizacionais, prestação de serviços, podendo-se formular novas intervenções ou aperfeiçoar as já existentes, não obstante é requerida a maior criatividade possível (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990). A estratégia deverá ser detalhada para que possa ser compreendida a razão da sua escolha (Nunes, 2016).

No presente projeto, foi crucial perceber que a nível nacional, o tipo de intervenção junto dos CI's ainda se encontra muito centrada no desenvolvimento de competências voltadas para a prestação direta de cuidados, onde o cuidador surge como “omisso” nessa dinâmica, havendo uma subvalorização das suas necessidades (Viegas et al., 2018). Assim, procurou-se desenvolver um plano de ação que teve como máxima a nova lógica das organizações e que contempla quatro elementos fulcrais, como sejam a capacidade de inovar, o dar primazia à qualidade face à quantidade, dar importância aos recursos humanos e contribuir num investimento imaterial face ao material (Brissos, 2004 citando Crozier, 1989), sem nunca esquecer a sustentabilidade da intervenção, podendo esta dar início a algo que pode perdurar no tempo (Brissos, 2004).

Desta forma, tendo por base os resultados obtidos na *scoping review*, as reuniões com a Orientadora Clínica e Orientadora académica, os dados do diagnóstico de situação e da análise SWOT foram selecionadas várias estratégias a fim de contribuir para o sucesso na consecução das metas traçadas: escolha de uma intervenção individual e de proximidade (PPGS) selecionada no contributo à gestão de *stress* nos CI's subjacente aos vários níveis de sobrecarga (Ducharme, Trudeau & Ward, 2008 – traduzida e adaptada por Viegas, 2014), EpS, técnicas formativas e pedagógicas (DdG, educação de pares), comunicação em saúde, instrumentos de

avaliação familiar (genograma e ecomapa), formação em serviço, registos na taxonomia CIPE® e parceria interdisciplinar (parceiros da comunidade).

No que concerne à escolha do PPGS, este foi adotado por várias razões. Primeiramente, compreendeu-se, através da *scoping review*, que utilizar uma estratégia psicoeducativa podia ser um caminho válido na intervenção a este grupo vulnerável, com capacidade de contribuir para resultados positivos, quer para os CI's quer para as pessoas alvo da sua prestação de cuidados (Vandepitte, Van Den Noortgate, Putman, Verhaeghe, Verdonck & Annemans, 2016). Outra das razões para a escolha do instrumento, foi constatar o isolamento e restrição social deste grupo de CI's, vislumbrando-se ganhos em realizar uma intervenção individualizada, personalizada e no domicílio dos utentes. A evidência acaba por corroborar este princípio de que quando a intervenção de Enfermagem é desenvolvida de forma mais personalizada, ela é mais eficaz (Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi, 2008). As razões que parecem estar por detrás dessa premissa prendem-se com o facto de haver uma recolha de informação sobre as características pessoais, necessidades e perceções do individuo que condicionam a sua ação, mas também porque é mantido o mesmo como elemento ativo na tomada de decisão sobre qual a estratégia mais ajustada para si (Suhonen et al., 2008). Por outro lado, o PPGS possibilita trabalhar a gestão do *stress* do CI utilizando estratégias previstas na *scoping review* realizada, tais como treino de habilidades, trabalho de situações *stressantes* pessoais, suporte telefónico, orientação e partilha de informação relativa à prestação de cuidados, aconselhamento sobre as condições crónicas dos idosos cuidados e suporte emocional. Por último, este instrumento escolhido permitiu trabalhar com CI's em situação “sem sobrecarga”, “sobrecarga ligeira” e “sobrecarga intensa”, desde que não obtivessem uma pontuação superior a 16 na “Grelha de despiste do cuidador em risco de sobrecarga” (Anexo XIII) que reflete cuidadores que estão a viver uma situação de crise e para as quais outras abordagens podem ser mais adequadas (Ducharme, Trudeau & Ward, 2008).

O presente instrumento de Intervenção foi também autorizado a ser difundido pela comunidade de Enfermeiros dos Centros de Saúde na área de Lisboa por intermédio da Professora Laura Viegas (Orientadora Clínica), onde este projeto se enquadra igualmente (Anexo XIV).

Antes de começar a intervenção no terreno houve um investimento pessoal na compreensão de como utilizar esta ferramenta de trabalho, não só pela leitura e compreensão do “Manual do Enfermeiro” que fundamenta a intervenção e que

acompanhou todo o trabalho no terreno junto dos CI's durante o período de intervenção, mas também através da leitura de bibliografia e discussão com a orientadora académica, quando dúvidas existiram ou esclarecimentos foram necessários. Por outro lado, cada cuidador teve o seu “Caderno do Cuidador” que serviu de ferramenta ao longo das várias etapas do PPGS.

O programa psicoeducativo escolhido tem como finalidade promover o desenvolvimento de competências aos CI's contribuindo para melhorar a gestão de situações difíceis ou *stressantes* experienciadas na prestação de cuidados ao familiar no domicílio (Ducharme, Trudeau & Ward, 2008). Ele norteou a intervenção de Enfermagem, que de forma estruturada, contribuiu para reduzir o *stress* secundário à prestação de cuidados ao idoso em situação de dependência (Ducharme, Trudeau & Ward, 2008). Nela o Enfermeiro escuta o CI na sua vivência de prestação de cuidados e a sua perceção individual, valoriza o que é dito, promove a reflexão quando confrontado com a realidade e com outras perspetivas/abordagens para fazer face à situação difícil, encoraja a desenvolver habilidades/estratégias e a aplicá-las para que possam contribuir para a gestão do *stress* e, por último, o Enfermeiro mantém-se atento em caso de alguma situação que seja particularmente difícil (exemplo violência contra o idoso ou ideação suicida) para assim encaminhar para os recursos e profissionais mais adequados (Ducharme, Trudeau & Ward, 2008).

A sua operacionalização consistiu em pelo menos cinco encontros semanais com duração média de 30-45 minutos. Em cada encontro foi abordado uma das cinco etapas do processo de gestão de *stress*, sendo a perceção do cuidador a pedra basilar de toda a intervenção, de forma a favorecer a utilização das estratégias adaptativas ajustadas à sua situação particular enquanto prestador de cuidados (Ducharme, Trudeau & Ward, 2008). O PPGS encontra-se esquematizado em anexo (Anexo XV) por forma a dar a conhecer as suas diferentes etapas e no que consiste cada uma delas.

Quanto à EpS esta foi utilizada também como estratégia, uma vez que também no âmbito da gestão da sobrecarga dos CI's está reconhecida a importância da participação em iniciativas de grupo que servirão de apoio e suporte, tal como previsto na *scoping review* realizada. Havendo já uma estrutura na UCC dedicada a este grupo vulnerável, esta foi aproveitada no sentido de dinamizar sessões de EpS. Esta surge como um recurso com alto sentido pedagógico e didático (Rodrigues, Pereira & Barroso, 2005) e resulta numa combinação de experiências de aprendizagem que têm por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através

do aumento dos conhecimentos ou influenciando as suas atitudes (OMS, 1998). Este recurso facilita a operacionalização de medidas que visam a Promoção da Saúde, tal como contemplado e defendido no âmbito da Carta de Ottawa (1986), uma vez que pode funcionar como veículo capaz de capacitar e “empoderar” o indivíduo e os grupos. Na prática, contribuiu-se no desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e consciência crítica para tomar decisões pessoais (Barroso, Vieira & Varela, 2003).

Pelas características do grupo e pela área temática da sobrecarga em que muitas vezes aspetos emocionais estão em estreita relação, a par da EpS foi muitas vezes importante desenvolver DdG. Estas possibilitam trabalhar e estimular algumas dimensões do funcionamento psicológico, nomeadamente a dimensão emotiva-afetiva, a dimensão cognitiva e dimensão experiencial (Manes, 2014). Mais concretamente, proporciona-se o desenvolvimento de atitudes de aceitação, apoio, esperança, partilha de vivências, altruísmo, avaliação e aprendizagens (Manes, 2014) e potencia-se de uma forma consciente os fenómenos e processos que estão a ser vividos pelos seus participantes, bem como o auto-conhecimento (Idáñez, 2004). Por outro lado, esta técnica pedagógica cria um ambiente sinérgico entre os participantes e facilita o encontro de soluções, podendo haver um forte contributo e funcionar como um agente de mudança (Mão de Ferro, 1999). Aqui o enfermeiro, com o seu conjunto de habilidades e competências reconhecidas, pode funcionar como o “animador”, o “coordenador do grupo”, o “líder” (Idáñez, 2004).

As sessões de EpS/DdG possuíram ainda uma característica que acabou por funcionar como vantagem: a existência de educação de pares entre CI's atuais (da amostra e outros que iam surgindo para intervenção pela UCC) e outros que já o foram no passado. Nestes momentos proporcionou-se uma escuta ativa entre participantes, o que funciona bem em grupos pequenos (Idáñez, 2004), como era o caso. A educação por pares começa a assumir-se como uma estratégia nas áreas da promoção da saúde, prevenção da doença e comportamentos de risco (Dias, 2000). Esta assume-se como um conjunto de atividades educacionais informais a fim de promover o desenvolvimento de conhecimentos, competências, atitudes e até crenças nos seus pares a fim de os capacitar com vista à sua saúde individual, mas também da comunidade onde pertencem (Dias, 2000). Esta técnica pedagógica começa a ganhar terreno, também, no suporte ao CI (Maas & Specht, 2011), tendo feito sentido na população em questão pela partilha de vivências.

A comunicação em saúde foi mais uma das estratégias utilizadas por ser fulcral quando desenvolvida intervenção comunitária, assumindo-se como:

“Uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para atingir diferentes públicos e partilhar informações relacionadas com a saúde, com o objetivo de influenciar, envolver e apoiar indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, formuladores de políticas e o público a participar, introduzir, adotar ou sustentar um comportamento, prática ou política que acabará por melhorar os resultados de saúde” (Schiavo, 2007, p. 7).

Existem princípios chave que são fundamentais quando dada importância à forma como se comunica, não só num plano individual mas também coletivo, sendo eles: centrado no público alvo e suas características peculiares, baseado na evidência, que utilize uma estratégia multidisciplinar, que tenha em conta todo o processo, que apele à criatividade, que utilize os *media* específicos, que seja desenvolvida uma relação e que vise uma mudança de comportamento individual ou social (Schiavo, 2007). A dimensão da comunicação em Saúde compreende várias audiências ou níveis desde a individual (no plano de um-para-um), grupal e comunitário (Parvanta & Baas, 2020) e vários são os canais através da qual a comunicação pode ser feita, seja pelos meios de comunicação mais convencionais (de um para um, *media*, escrito), até àquelas que recorrem às mais recentes tecnologias de informação como sejam as redes sociais (OMS, 1998; Parvanta & Baas, 2020). Os contextos sociais também podem ser igualmente diversificados desde o domicílio, escolas, locais de trabalho, hospitais ou grupos comunitários (Parvanta & Baas, 2020). Neste contexto, onde foi desenvolvida a intervenção comunitária, vários fatores tiveram de ser tidos em conta de forma a adequar o melhor possível a comunicação em saúde e não funcionarem como barreiras, veja-se a população envelhecida, com baixo nível de Literacia e nível socioeconómico baixo.

Trabalhar CI's é trabalhar famílias e dentro do PPGS, aquando da terceira etapa, houve necessidade de desenvolver um conhecimento da situação *stressante*, o que implicou, muitas vezes, haver uma compreensão mais aprofundada daquele agregado e suas relações. Para isso, em muitos casos foi utilizado como instrumento de recolha de informação o Genograma e o Ecomapa. Eles funcionaram como uma ferramenta poderosa no trabalho com as famílias, uma vez que puderam contribuir com dados que ajudaram a definir um plano de ação, nomeadamente quais os recursos a mobilizar (Kaakinen & Tabacco, 2015). Do genograma obtém-se informações variadas relativamente aos membros da família, suas relações, problemas de saúde e datas de eventos importantes (Kaakinen & Webb, 2016). Por outro lado, o Ecomapa surge como um diagrama que permite visualizar a família e suas relações com outros subsistemas na comunidade e perceber forças e fraquezas

nessas conexões (Kaakinen & Webb, 2016), dando informações relevantes sobre os recursos na comunidade que podiam ser mobilizados e que podiam contribuir na melhor gestão da sobrecarga dos CI's.

A parceria multidisciplinar foi mais uma das estratégias adotadas, não só em alguns casos no PPGS, mas também, e mais vincadamente, na realização de um evento comunitário a propósito da celebração do Dia Internacional do CI. Aliás, a parceria multidisciplinar é apontada não só como uma estratégia, mas também como uma intervenção efetiva a nível local de promoção de saúde (Jackson, Perkins, Khandor, Cordwell, Hamann & Buasai, 2006). Ela é vista como um acordo voluntário entre dois ou mais parceiros que visa trabalhar num espírito de cooperação com vista à obtenção de resultados compartilhados de saúde (Gillies, 1998). Este tipo de parceria dá um contributo na mudança, tanto naquilo que pode constituir os determinantes em saúde, como nas mudanças de comportamento mais a nível individual, havendo uma partilha de poder, tomada de decisão e responsabilidade (Gillies, 1998). Desta forma, acaba por ser criado um ambiente de iniciativa à promoção da saúde num contexto sociocultural (Jackson et al., 2006), tal como previsto nas áreas de ação preconizadas na Carta de Ottawa (Fry & Zask, 2016). Por outro lado, integrar este tipo de intervenção multisectorial poderá trazer, junto da equipa de Enfermagem nesta UCC, um tipo de intervenção que pode melhorar as parcerias sustentáveis com possibilidade de produzir benefícios no futuro e criar momentos que poderão ser o ponto de partida para outro tipo de iniciativas (Brissos, 2004).

A formação em serviço foi também outra estratégia utilizada, uma vez que se pretendia com a implementação deste projeto, deixar uma intervenção bem estruturada e apta a ser aplicada junto deste grupo vulnerável pelos Enfermeiros. Por outro lado, existia interesse por parte da equipa de Enfermagem da UCC em puder ter contato com uma intervenção que pudesse dar resposta perante a vivência da sobrecarga no seu grupo de CI's. Para isso, foram construídos indicadores de atividade que salvaguardassem momentos formais de partilha e discussão junto da equipa de Enfermagem da UCC para apresentação de dados referentes quer à pertinência da temática e que justificaram a importância da intervenção em si e dos resultados. Para isso, foi utilizada como estratégia a Formação em Serviço. Esta acaba por ser integrante da formação contínua das organizações e pode ser entendida como uma dinâmica de transmissão de conteúdos de cariz formal através de ações formativas, mas também através de partilha e discussão de situações vividas em

contexto de trabalho (Serra, Nascimento, Ferrão, Mestrinho, Félix, Mègre, Lopes & Antunes, 2016). Também acaba por fazer parte do desenvolvimento profissional com vista a melhorar não só a prática de cuidados, como a contribuir para promover a saúde das populações (Serra, Nascimento, Ferrão, Mestrinho, Félix, Mègre, Lopes & Antunes, 2016).

No que refere aos registos em SClínico® foi mais uma das estratégias utilizadas como forma de espelhar a intervenção de Enfermagem tendo em conta a intervenção desenvolvida com o aplicativo informático disponível. A importância dos registos prende-se com o dar visibilidade à abordagem sistemática de cuidados desenvolvidos, comunicar esses dados entre elementos de equipa num sentido de continuidade de cuidados, proporcionar uma base para a avaliação dos cuidados, constituir-se como um meio de pesquisa e investigação; um suporte legal que pode ser utilizado quer pelas auditorias, justiça ou até para fins de seguro; um poderoso instrumento de ensino-aprendizagem; um meio de avaliação de desempenho profissional e desenvolvimento de uma linguagem própria (Alfaro-LeFevre, 2000; Leal, 2006). Eles fazem parte do processo de Enfermagem e são a visibilidade da sua intervenção reforçando o poder de autonomia e responsabilidade profissional da profissão (Leal, 2006). A matriz disponível para espelhar a prática de cuidados foi a CIPE® constante no aplicativo informático SClínico®. Este comporta-se como “um sistema de classificação de fenómenos, ações e resultados de Enfermagem que tem vindo a ser desenvolvido internacionalmente, sob patrocínio do Conselho Internacional dos Enfermeiros, e pretende constituir-se como “uma matriz unificadora de todas as classificações existentes” (Leal, 2006, p. 89). A ideia foi igualmente dar a conhecer a matriz que espelhasse a intervenção desenvolvida junto destes CI’s tendo em conta esta taxonomia particular (Anexo XVI).

3.5. Preparação Operacional

Neste projeto de intervenção comunitária foram desenvolvidas um conjunto de atividades inseridas num período de tempo bem definido (Imperatori & Giraldes, 1982), tal como consta no cronograma de atividades (Apêndice V). Por seu turno, as atividades devem estar bem especificadas em função dos objetivos operacionais apresentados (Tavares, 1990). Para demonstrar as atividades desenvolvidas foi desenhado um diagrama de Gantt (Apêndice XVII), no qual estão relacionadas as atividades e sua cronologia (Nunes, 2016). As atividades desenvolvidas foram a aplicação do PPGS, sessões de EpS/DdG, Encontro do Cuidador Informal e Formação em Serviço, que estão organizadas segundo as metas tal como é possível visualizar no Apêndice XVIII.

Quanto à aplicação do PPGS antes de começar a intervenção foi aplicada a “Grelha de despiste do cuidador em risco de sobrecarga” e não foi obtido ninguém com *score* superior a 16, pelo que se avançou na intervenção. Dos 17 CI’s ao longo da intervenção foram-se perdendo pessoas nas várias fases e por motivos variados, nomeadamente dois CI’s que não quiseram participar na PPGS, uma situação de novo emprego do CI, uma situação de doença grave do CI e três falecimentos do idoso em situação de dependência. Chegou-se ao final com 10 CI’s onde foram trabalhados os diferentes problemas segundo as suas prioridades e utilizadas as diferentes estratégias, chegando-se a um resultado final (Apêndice XIX).

Quanto às sessões de EpS/DdG foram realizadas quatro que tiveram em conta as áreas prioritárias de intervenção (exigência de ordem física, reações à prestação de cuidados e restrição de vida social), tendo como temas “Estou em Sobrecarga... É tempo de agir!”, “Cuidar é exigente fisicamente... Que melhorar?”, “Enquanto há vida... Há Esperança!” e “*Nostra casa é a vossa casa!*” (Apêndice XX). Para cada um destes momentos realizaram-se previamente os respetivos planos de sessão que foram apresentados quer à orientadora clínica, quer à orientadora académica de forma a transmitir as intenções formativas e obter *feedback* estratégico (Apêndice XXI). Na última sessão de EpS/DdG não existe um modelo de *PowerPoint*[®] a ser partilhado em anexo porque foi desenvolvido um momento mais dinâmico, liderado pela mestranda e que contou com presença não só dos profissionais da equipa multidisciplinar da UCC, mas também estudantes da Licenciatura em Enfermagem. Para além da liderança deste dia, a mestranda esteve na dinamização de uma das assoalhadas que compunham a “casa” (assoalhada “O meu tempo”).

Quanto ao Encontro do CI foi um dia que resultou num trabalho árduo de preparação: reunião com representantes do gabinete de Saúde da Câmara Municipal local, pedidos de autorização para uso do símbolo da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, reunião com equipa multidisciplinar da UCC, contato com uma associação nacional de CI's, criação de cartaz informativo do evento, criação do link *online* de inscrição, criação em papel da ficha de inscrição, folheto informativo para os CI's, realização de uma pequena lembrança (marcador de livro), realização dos certificados de presença aos participantes e aos preletores e realização de divulgação junto de um jornal local. Todos estes recursos materiais podem ser conhecidos em Apêndice XXII. O objetivo deste evento foi envolver uma comunidade local e sensibilizá-la para a importância que a figura do CI assume no seio da prestação de cuidados em âmbito domiciliário, informar das medidas de intervenção comunitária desenvolvidas pela UCC em questão e dar lugar a uma partilha de experiências. Para além de ter estado na organização deste evento, foi também possível integrar o painel de preletores numa das suas mesas e articular com os parceiros da comunidade em questão: outras instituições do ACES, Câmara Municipal, Junta de Freguesia, Polícia, Escolas, Centros de Dia, Associação Nacional de Cuidadores Informais, Jornal local, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Escola Agrícola, Centro de Formação Profissional para o Sector Alimentar e Pastelaria Local.

Quanto à formação em serviço realizada na UCC, este deu-se em dois momentos, um relativo ao diagnóstico de situação do grupo e outro relativo ao desenvolvimento do PPGS (Apêndice XXIII). Para ambos os momentos, foi desenvolvido o respetivo plano de sessão (Apêndice XXIV) e feito um cartaz informativo que foi exposto para notificar a equipa das duas sessões (Apêndice XXV). Sobretudo a segunda sessão serviu como ponto de partida para dar a conhecer a aplicabilidade do PPGS, havendo já uma enfermeira da equipa que deu início à sua utilização na prática.

3.6. Avaliação

Chegada a fase de avaliação é também chegado o momento de averiguar os progressos alcançados com as atividades desenvolvidas e comparar com a situação inicial, tendo em conta os objetivos e metas traçadas (Imperatori & Giraldes, 1982). Esta fase deverá espelhar informações objetivas e que se revelem pertinentes (Imperatori & Giraldes, 1982; Tavares, 1990), demonstrando se o plano traçado foi eficaz (Nunes, 2016). Existem várias formas de se realizar uma avaliação, por exemplo fazendo a utilização de dados quantitativos (informação quantificável), dados qualitativos (cariz mais subjetivo) ou mediante dados de estrutura (física ou organizacional), processo (atividades) e resultados (utentes) (Tavares, 1990).

A avaliação retrospectiva baseou-se em dados disponíveis no final do estágio e a fonte dos mesmos esteve centrada nos indicadores formulados mediante as metas traçadas. Para além de se espelhar os resultados referentes aos indicadores de resultado e atividade, serão igualmente apresentados dados que concorreram para a compreensão dos mesmos, nomeadamente a fase de avaliação da PPGS, as avaliações feitas nas sessões de EpS/DdG e dados obtidos no Encontro do Cuidador Informal. A título conclusivo, e dado que no final da intervenção submeteu-se novamente as escalas ESC e CAMI a fim de perceber que mudanças ocorreram após a existência de uma intervenção de Enfermagem, recorreu-se à estatística inferencial.

A fim de conhecer a 5.^a fase do PPGS, ou seja, a sua fase de avaliação, é necessário visualizar o Apêndice XXVI. Nele constam, ainda, os valores obtidos a partir da avaliação pela ESC no início (T1 – pré intervenção) e fim da intervenção (T2 – pós intervenção) a fim de poder tecer comparações. Quanto à avaliação do PPGS de uma maneira geral houveram resultados favoráveis com a aplicação deste instrumento, com 6 casos com “resultado atingido”, 4 “resultado melhor que o esperado” e 1 com “resultado menos que o esperado”. Ainda para fechar os ganhos trazidos com a aplicação do PPGS, várias são as frases proferidas pelos CI's que demonstram o agrado com uma intervenção de Enfermagem que se focou neles, a título exclusivo e que procurou de uma forma estruturada e centrada nos seus problema reais e particulares, contribuir para a sua capacitação no lidar com as adversidades e situações *stressantes*. Em termos de tradução para a avaliação da ESC, em termos numéricos, quase todos os CI's avaliados tiveram um decréscimo no seu score com exceção de um CI: 2 CI's mantiveram-se “sem sobrecarga”, 4

mantiveram-se em “sobrecarga ligeira”, 2 passaram de “sobrecarga ligeira” para “sem sobrecarga” e, por último, 2 mantiveram “sobrecarga intensa”.

Em relação às sessões de EpS/DdG é possível conhecer os produtos de avaliação tendo em conta o desenvolvimento das mesmas, havendo a perceção de atingimento de objetivos traçados (Apêndice XXVII). Em 2 casos o produto de avaliação, resultou numa análise de conteúdo dos testemunhos partilhados mediante o método proposto por Bardin (2011).

Relativamente ao dia do CI, a nível informal houve a obtenção de bons *feedbacks* dos participantes e preletores, parceiros e responsáveis locais de saúde e sociais, sendo um evento a dar continuidade e que figura já a agenda de eventos desta UCC no presente ano. Em apêndice fica alguns dados estatísticos relativamente aos 69 participantes, ficando a confirmação do envolvimento de uma comunidade local em torno desta temática (Apêndice XXVIII).

Por último, e de uma forma mais objetiva e quantitativa e recorrendo aos indicadores de resultado, pode afirmar-se que de uma maneira global foram obtidos valores favoráveis e que revelam sucesso no plano traçado (Quadro 5). Para isto poderá ter contribuído o facto de precocemente ter sido perceptível que no trabalho junto deste grupo vulnerável existiam fatores de grande imprevisibilidade, daí não terem sido traçadas metas muito elevadas.

Quadro 5 - Avaliação dos Indicadores de Resultado

Indicador de Resultado	Previsto	Obtido
% de CI's que diminuíram o seu nível de sobrecarga	5%	12%
% de CI's que mantiveram o seu nível de sobrecarga em níveis “sem sobrecarga” ou “sobrecarga ligeira	10%	47%
% de CI's que melhoram na capacidade de mobilizar estratégias de <i>coping</i>	10%	59%

Outros dados objetivos remontam para a interpretação dos indicadores de atividade (Quadro 6). De uma maneira geral, pode afirmar-se que face aos indicadores traçados, estes foram atingidos e nalguns casos até superados. Também aqui foram sentidas algumas vicissitudes, nomeadamente no que diz respeito à adesão nas sessões de EpS/DdG pelos CI's da amostra, obrigando a aproveitar esses momentos como recurso valioso para um pequeno número de CI's.

Quadro 6 - Avaliação dos Indicadores de Atividade

Indicadores de Atividade	Previsto	Obtido
% de adesão ao PPGS nas 5 fases preconizadas.	70%	88%
% de conclusão do PPGS nas 5 fases preconizadas.	30%	59%
% de realização de sessões de EpS/DdG realizadas na UCC.	100%	133%
	(3)	(4)
% de adesão de CI's de idosos em situação de dependência da amostra que frequentaram as sessões de EpS/DdG (média).	10%	17%
% de adesão dos participantes nas sessões de EpS/DdG realizadas na UCC (média).	30%	87%
% de satisfação dos participantes nas sessões de EpS/DdG realizadas na UCC.	70%	100%
% de realização de ações formativas para a equipa de Enfermagem da UCC.	100%	100%
	(2)	(2)
% de adesão de elementos da equipa de Enfermagem da UCC às ações formativas.	50%	100%
% de satisfação dos elementos da equipa de Enfermagem da UCC nas ações formativas.	70%	100%
% de realização de eventos de cariz interdisciplinar junto da comunidade na área temática do CI.	100%	100%
	(1)	(1)

De forma a compreender de que forma foram obtidos estes valores, remonta-se ainda para apêndice XXIX para clarificar os itens de avaliação das sessões de EpS/DdG e das ações formativas para a equipa de Enfermagem da UCC.

Para avaliar a satisfação dos participantes, quer nas sessões para os CI's quer para os Enfermeiros foi elaborada uma folha de avaliação da sessão (Apêndice XXX).

Como último item de avaliação e de forma a perceber onde se deram as diferenças mais significativas no que diz respeito aos valores de sobrecarga (ESC) nos seus fatores em T1 e T2 (Tabela 1), bem como nos itens que compõem a CAMI em T1 e T2 (Tabela 2), foi ainda realizada análise estatística que demonstra os seguintes resultados

Tabela 1 - Comparação entre fatores da ESC no início (T1) e no final da intervenção (T2)

ESC	Medidas	T1	T2	Estatística de teste*
	Estatísticas	(n=17)	(n=10)	Valor de p
Impacto na prestação de cuidados	Média	26,47	22,10	
	Mediana	25,00	21,00	-1,614
	DP	7,79	5,90	0,106
	Min-Max	12,0-39,0	17,0-34,0	
Relação Interpessoal	Média	9,71	8,90	
	Mediana	9,00	8,50	-1,225
	DP	2,98	2,77	0,221
	Min-Max	7,0-18,0	6,0-14,0	
Expectativas com o cuidar	Média	14,12	13,00	
	Mediana	14,00	13,00	0,000
	DP	3,24	2,21	1,000
	Min-Max	7,0-20,0	10,0-17,0	
Perceção da autoeficácia	Média	5,12	4,40	
	Mediana	6,00	4,50	-1,890
	DP	1,36	1,26	0,059
	Min-Max	2,0-7,0	2,0-6,0	

* teste de *Wilcoxon*

Tabela 2 - Comparação entre itens que compõem a CAMI no início (T1) e no final da intervenção (T2)

CAMI	Medidas	T1	T2	Estatística de teste*
	Estatísticas	(n=17)	(n=10)	Valor de p
Lidar com os acontecimentos adversos/ Resolução de problemas	Média	3,07	3,31	
	Mediana	3,14	3,39	-2,823
	DP	0,39	0,40	0,005
	Min-Max	2,36-3,57	2,50-3,71	
Perceções alternativas sobre a situação	Média	3,00	3,23	
	Mediana	3,00	3,30	-2,546
	DP	0,39	0,27	0,011
	Min-Max	2,07-3,53	2,80-3,33	
Lidar com os sintomas de stress	Média	2,08	2,50	
	Mediana	2,11	2,50	-2,384
	DP	0,47	0,39	0,017
	Min-Max	1,33-2,89	2,00-3,00	

* teste de *Wilcoxon*

Pelos valores encontrados, e que comparam o início e fim da intervenção, não existem diferenças significativas do ponto de vista da sobrecarga (ESC) na análise dos seus fatores à semelhança do igualmente encontrado por Ducharme, Lebel, Lachance & Trudeau (2006). Contudo, e neste caso particular, o item que ainda assim se denotou maior diferença foi na perceção da autoeficácia. Este fator poder-se-á ter sucedido, e neste grupo concreto, pelo contributo em procurar gerir áreas problemáticas pessoais e prioritárias, capacitando-o a encontrar soluções num ambiente de verdadeira parceria e escuta. Por outro lado, estas diferenças poderão não ter sido tão significativas, uma vez que intervir perante um diagnóstico de sobrecarga, carregado de complexidade e com várias áreas percíveis de intervenção (Sequeira, 2018), implicaria mais tempo de contato e intervenção a fim de serem trabalhadas outros eventos *stressantes* que poderiam concorrer, eventualmente, para a obtenção de ganhos com mais expressão. Quanto à CAMI, em todos os seus fatores, obteve-se um aumento das estratégias de *coping* de T1 para T2 também à semelhança no estudo de Ducharme et al. (2006). Estes valores apresentam diferenças estaticamente significativas ($p < 0,05$), o que neste grupo em concreto, poderá predizer que pelo menos a perceção que o CI teve na mobilização de mecanismos de *coping*, no final da intervenção e de uma forma mais imediata, sofreu uma mudança positiva e significativa. Com este trabalho desenvolvido e centrado na individualidade e vivência de um evento *stressante* do CI, por intermédio do PPGS, pode significar que foram dados contributos à capacidade de reflexão acerca das estratégias habitualmente mobilizadas face às situações tidas como difíceis na prestação de cuidados (Viegas et al., 2018) e habilidade para mobilizar e utilizar outras estratégias de *coping* (Lazarus & Folkman, 1982). Por outro lado, as sessões de EpS/DdG e o dia do Encontro do CI, para quem as frequentou, pode ter promovido o conhecimento de outras respostas ou estratégias de *coping* utilizadas em contextos com muitas semelhanças entre si.

Mobilizando o modelo dos Sistemas de Neuman, a intervenção especializada de Enfermagem Comunitária desenvolvida sugere o contributo para a minimização de alguns *stressores* e aumento do *coping*, fortalecendo sobretudo a Linha Normal de Defesa e dando um contributo à estabilização do sistema enquanto cliente.

Em jeito de balanço final, os dados expostos sugerem que as estratégias adotadas com o projeto incrementam o desenvolvimento de intervenções proactivas junto dos CI's, com vista à promoção da saúde destes e que resultam em ganhos em saúde, ao invés de intervenções reativas (Ducharme et al., 2006).

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

4.1. No âmbito das Competências do Enfermeiro Especialista previstas pela OE

Tendo sido a finalidade do estágio capacitar a mestrandia para intervir na comunidade, seja no âmbito da saúde da família, grupos ou comunidade, com a concretização do estágio várias atividades foram realizadas e contribuíram no desenvolvimento de um perfil de competências que se entrosam com o conjunto de competências definidas pela OE para o EESC (OE, 2018, p. 19354): 1) “Estabelece, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, 2) “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”, 3) “Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do PNS” e 4) “Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico”. No que concede ao primeiro descritor de competência, a operacionalização do presente projeto nas suas várias fases, baseado na metodologia do Planeamento em Saúde, permitiu trabalhar “numa, com e para” uma comunidade específica com um problema concreto, procurando obter ganhos em saúde, num tempo delimitado e sustentado por evidência científica atual. Na segunda competência foi possível dar contributos nesta área, mediante toda a intervenção desenvolvida junto do grupo de CI’s, seja pela intervenção individual e de proximidade referente à aplicação do PPGS, seja pela intervenção em grupo junto dos seus pares em sessões de EpS/DdG e participação e organização de um evento de cariz interdisciplinar na comunidade. Por outro lado, até a envolvimento e partilha com a equipa de Enfermagem da UCC nas atividades do projeto e na partilha de conhecimento relativamente a um instrumento que tem capacidade para contribuir para a gestão da sobrecarga do CI’s, acabou também por dar um contributo nessa capacitação. No que diz respeito à terceira competência, com este projeto de âmbito comunitário, foi possível desenvolver uma intervenção que procurou contribuir com uma resposta efetiva e estruturada a uma necessidade daquele grupo de CI’s, onde se procurou envolver e proporcionar a participação ativa dos mesmos nesse processo de capacitação com vista a possibilitar uma melhor gestão do problema/evento *stressante* e, quiçá, proporcionar uma tomada de decisão mais consolidada. Por outro

lado, e tendo em conta os objetivos do PNS, com este projeto, deu-se um contributo na obtenção de ganhos em saúde e nas medidas de suporte ao agregado familiar, com uma abordagem sustentável em Enfermagem que não descarta a estratégia multisectorial, num contexto de transição como é o papel de CI, onde a sobrecarga é reconhecida mediante a literatura, a evidência científica e até, e mais recentemente, num estatuto enquadrado na lei portuguesa. Quanto à quarta área de competência, com o desenvolvimento deste projeto, foi possível contribuir neste sentido mediante a construção de um diagnóstico de situação recorrendo a instrumentos de recolha de dados (escalas, índices e questionários) que foram posteriormente trabalhados mediante análise estatística, tendo sido decisivos na construção de indicadores que possibilitaram realizar uma avaliação da intervenção comunitária.

Por outro lado, e ainda no âmbito da especialidade, mas na área da saúde familiar foram também dados contributos naquilo a que se refere o “Lidera e colabora nos processos de intervenção no âmbito da enfermagem de saúde familiar” (OE, 2018, p. 19357), uma vez que intervir junto dos CI’s é intervir, inevitavelmente, nas famílias. Assim, foi possível liderar um projeto que contou com a parceria dos enfermeiros gestores de caso, restantes elementos da equipa da UCC, parceiros da comunidade, mas acima de tudo com os CI’s com quem foi estabelecida uma relação terapêutica no sentido de potenciar a gestão de uma situação complexa, como seja a sobrecarga em diferentes níveis e experiências pessoais.

4.2. No âmbito do Mestrado e descritores de Dublin

Estando este projeto integrado também num Mestrado são esperados um conjunto de atributos e competências mais avançadas no estudante de 2.º ciclo. Assim, e na sequência do processo de Bolonha, onde é dado ênfase ao trabalho desenvolvido pelo estudante e no ensino desenvolvido por competências (Cardoso, 2009), surgem os descritores de Dublin criados pela *Joint Quality Initiative* (JQI), definindo competências para cada nível de ensino (JQI, 2004), nomeadamente para o Mestrado. No que diz respeito às competências esperadas, estas estão organizadas segundo as seguintes categorias: conhecimento e compreensão, aplicação do conhecimento e compreensão, capacidade para realizar julgamentos, capacidade de comunicação e aprendizagem de habilidades (JQI, 2004).

No que confere ao descritor do desenvolvimento de “conhecimento e compreensão” este foi possível mediante a pesquisa e leitura de evidência científica disponível nas bases de dados e publicações, mas também a partir da *scoping review* realizada e na leitura das políticas de saúde que sustentam a intervenção comunitária pela Enfermagem. No que refere à “aplicação do conhecimento e compreensão” esta foi possível de ser desenvolvida através da utilização desse conhecimento e operacionalização, num contexto real, da metodologia do Planeamento em Saúde com vista a contribuir na resolução de um problema conhecido, mediante um diagnóstico de saúde de um grupo particular e posterior intervenção em Enfermagem. Quanto à “capacidade de fazer julgamentos”, e em particular na Enfermagem comunitária, foi integrado o conhecimento dos dados provenientes do diagnóstico de situação e, mediante uma priorização, foi possível criar diagnósticos de Enfermagem usando uma taxonomia reconhecida na área, como seja a linguagem CIPE[®]. No que refere à capacidade de comunicação esta foi desenvolvida na partilha de conhecimento e na intervenção comunitária desenvolvida junto de uma audiência informal, quer entre os elementos da equipa multidisciplinar da UCC, quer com estudantes de Licenciatura e Mestrado portugueses e até estrangeiros. Por outro lado, durante o período de estágio deu-se também a partilha de conhecimento junto de uma audiência formal, como seja na participação do encontro do CI como preletora numa das mesas que compunham o evento, como membro da comissão organizadora desse mesmo evento, quer na apresentação de *posters*, apresentação de uma comunicação oral do qual resultou a atribuição do 1.º prémio e até participação num projeto de saúde (Apêndice XXXI). Para já, fica o desafio da publicação deste trabalho como forma de translação do conhecimento desenvolvido neste contexto. Por último, e no que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades, este foi possível num cenário de grande autonomia na definição do caminho que se pretendia fazer, mas sempre orientado por um Enfermeira Especialista e no seio de uma equipa que funcionou como útil conselheira pela experiência no campo. No fundo, foi liderar e representar um projeto de intervenção de uma forma auto-dirigida, mas balizado por uma estrutura que diria muito favorável e motivada para a concretização de um produto a dar continuidade no seio desta organização, aproximando a disciplina com a *praxis*.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

5. CONCLUSÃO

O presente projeto de intervenção comunitária visou contribuir para a melhoria da gestão da sobrecarga dos CI's, considerados um fator de sustentabilidade socioeconómica e na saúde, providenciando a prestação de cuidados a pessoas em situação de dependência, sendo grande parte desses usuários pessoas idosas, o que acaba por contribuir para a manutenção destes no seu domicílio. A prestação de cuidados de cariz informal é marcada em muitos casos, por uma sobrecarga quer objetiva e subjetiva, que pode constituir uma problemática com necessidade de intervenção pelas equipas multidisciplinares que operam na comunidade, onde o Enfermeiro funciona como *pivot* nessa intervenção. O EESC surge como um profissional de excelência, com capacidade e competência, para liderar uma intervenção estruturada na proximidade e em parceria com o seu cliente e que se traduza em ganhos em saúde para as pessoas, grupos e comunidades envolvidas.

O projeto “CuidAR melhor” procurou proporcionar uma oportunidade disso mesmo, analisando problemas concretos num grupo particular na perspetiva de ação que se traduziu em ganhos objetivos para o seu alvo de cuidados, neste caso os CI's. Mais concretamente, este projeto de intervenção comunitária, alicerçado pela metodologia do Planeamento em Saúde e sustentado por um modelo teórico em Enfermagem (o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman), possibilitou contribuir para a capacitação dos CI's na gestão de um problema fortemente associado à sua prestação de cuidados em ambiente domiciliário como seja a sobrecarga. Deste modo, todo o percurso de intervenção de Enfermagem especializada na comunidade procurou ser mais uma opção sustentável e socialmente aceite de “DAR” as ferramentas capazes de contribuir para que estes CI's consigam “DAR” o melhor de si, enquanto prestadores de cuidados diários, pelo reconhecimento das dificuldades e da capacidade de fazer frente às mesmas com respostas que nem sempre surgem como as mais ajustadas. Percebeu-se que mais do desenvolver intervenções para os CI's foi fundamental desenvolver intervenções com os mesmos, num tempo formalmente dedicado e em exclusivo, a fim de colher benefícios para a díade alvo de cuidados pelas equipas comunitárias.

Tendo em conta todo o percurso desenvolvido pelo projeto que cumpre as recomendações e partilha da visão defendida pela OMS, PNS e regulamento de competências para o EESC pela OE, e levando em consideração que os resultados obtidos pelo indicadores definidos de uma maneira geral foram bem sucedidos, isso

leva a crer que o desenvolvimento de uma Enfermagem Avançada na Comunidade poder-se-á figurar nestes moldes, dando visibilidade à Enfermagem enquanto disciplina e *praxis*, num trabalho especializado capaz de trabalhar as respostas humanas nos processos de transição que, muitas vezes, requerem verdadeiras adaptações. Esta constitui, provavelmente, a maior implicação para a prática com o desenvolvimento deste projeto, contudo outras poder-se-ão referir, tais como a continuidade de algumas atividades por parte da equipa da UCC (aplicação do PPGS, realização de EpS/DdG nos temas desenvolvidos, a celebração do dia do CI). Por fim, outra implicação para a prática que se tenciona desenvolver é a utilização deste projeto e dos resultados obtidos em apresentações de jornadas ou congressos e, a título de desafio, publicá-lo em revistas da área.

Quanto às limitações deste projeto, destaca-se os procedimentos éticos e a sua morosidade, que acabaram por contribuir para a reestruturação do cronograma, uma vez que o diagnóstico de situação teve de ser desenvolvido mais tarde do que o inicialmente previsto, o que condicionou as etapas seguintes, exigindo um esforço, perseverança e organização pessoais. Outra limitação prende-se com o tamanho da amostra, que foi a possível e a disponível à data, que a tornou não probabilística não permitindo generalizar dados para a população em geral. Por último, as dificuldades encontradas na adesão nas atividades em grupo pela amostra, condicionou a abordagem a desenvolver, obrigando a reformular a estratégia pessoal, a refletir nas razões para o sucedido e como fazer manter a intervenção junto deste grupo com características tão peculiares.

Desenvolver este trabalho de projeto na área comunitária constituiu um desafio, uma vez que a área profissional pessoal tem-se cingido, ao longo destes quase doze anos de profissão, em âmbito hospitalar, contudo a motivação e vontade de ingressar nos CSP e de desenvolver projetos nesse âmbito, permitiram ultrapassar algumas dificuldades sentidas. O estudo e compreensão dos aspetos metodológicos, o rigor científico e as terminologias inerentes, os pedidos de ajuda e orientação junto da orientadora académica, bem como no contexto de estágio, revelaram-se boas estratégias para dar continuidade e desenvolver trabalho junto destes “novos” clientes. Outro ganho pessoal imediato, a título profissional, e até pessoal, é a visão muito mais abrangente do papel do CI, uma vez que essa interação já existe com os mesmos em contexto hospitalar. Aqui são também perceptíveis as suas dificuldades diárias, as necessidades de aprendizagem e até de ajustamento numa transição de saúde-doença grave do seu familiar, contudo é do ponto de vista dos apoios sociais e

da necessidade de uma transição entre níveis de cuidados, que é perceptível a importância que o Enfermeiro pode ter na otimização destas parcerias que deveriam ser cada mais reais e efetivas, dado que é na comunidade que o CI está mais tempo e onde uma equipa multidisciplinar deve estar disponível a capacitar para o cuidado com o mínimo de impacto negativo para o CI e restante família.

Por tudo isto, e à luz dos níveis de competência definidos por Benner (2001), no início a mestranda situou-se no nível “princípio avançado” e terminado este percurso a mesma pensa posicionar-se no nível de competência algures entre competente/proficiente. É certo que a experiência, em particular em CSP, pode ainda não ter existido, mas a experiência profissional e pessoal e a vivência e trabalho junto de CI's já adquirida, forneceram ferramentas que em conjunto com os conhecimentos e experiência teórico-prática desenvolvida num contexto real, permitiram incrementar e aprimorar características, atributos e comportamentos que são esperados nesses níveis de competência. São exemplos disso, a capacidade de ultrapassar a imprevisibilidade, a capacidade de organização e planificação a fim de obter eficiência, a capacidade de aprendizagem pela experiência antevendo situações e capacidade de análise mais detalhada das situações e fatores que podem concorrer para, ou seja, ter a habilidade para desenvolver uma abordagem mais holística no cuidar na comunidade.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdollahpour, I., Nedjat, S., & Salimi, Y. (2018). Positive Aspects of Caregiving and Caregiver Burden: A Study of Caregivers of Patients with Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(1), 34–38. <https://doi.org/10.1177/0891988717743590>;
- Aguiar, V., Ferreira, D. & Meneses, R. (2014). The nurse as a facilitator of care for the dependent elderly at home: an integrative review. *Journal of Nursing*, 8(10), 3473-3482. DOI: 10.5205/reuol.6039-55477-1-ED.081020127;
- Alfaro-LeFevre, R. (2000). *Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo*. (4.^a ed.). Porto Alegre: Artmed Editora;
- Alligood, M. (2014). *Nursing theorists and their work*. (8.^a ed.). Estados Unidos da América: Elsevier;
- Almeida, S. (2017). *Estatística aplicada à investigação em ciências da saúde: um guia como o SPSS*. Loures: Lusodidacta;
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A. & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados, *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 25, 59–66;
- Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C. & Martins, T. (2008). Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados. In: Leal, I., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., & Marques, S. (Edts.). *Actas do 7º congresso nacional de psicologia da saúde*. Lisboa: ISPA;
- Barbosa, A., et al. (2011). Coping with the caregiving role: Differences between primary and secondary caregivers of dependent elderly people. *Aging and Mental Health*, 15(4), 490–499. <https://doi.org/10.1080/13607863.2010.543660>;
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Almedina Brasil;
- Barroso, M.; Vieira, N. & Varela, Z. (2003) *Educação em saúde: no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha;
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito Excelência e Poder na Prática Clínica da Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Brinda, E., Rajkumar, A., Enemark, U., Attermann, J., & Jacob, K. (2014). Cost and burden of informal caregiving of dependent older people in a rural Indian community. *BMC Health Services Research*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-207>;

- Brissos, M. A. (2004). O planeamento no contexto da imprevisibilidade: algumas reflexões relativas ao sector da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(1), 43–55. Acedido a 10/02/20. Disponível em: <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/1-05-2004.pdf>
- Brito, L. (2002) *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. Coimbra: Quarteto Editora;
- Broeiro, P. (2015). Multimorbilidade e comorbilidade: duas perspetivas da mesma realidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*. 31, 158-160. Acedido a 02/06/19, disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v31n3/v31n3a01.pdf>;
- Brower, E. & Nemeč, R. (2017). Practice and What it Means for Nurses. *International Journal of Childbirth Education*. 32(2), 14–19;
- Cardoso, A. (2009). Processo de Bolonha e correntes pedagógicas. *Revista de Ciências de Saúde da ESSCVP*, 1, 3–11. Acedido a 18/07/19, disponível em: <http://www.salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=30281>;
- Cherry, B. & Jacob, S. (2017) *Contemporary Nursing: Issues, Trend & Management* (7.ªed.). Estados Unidos da América: Elsevier;
- Comissão Europeia (2011). *Active ageing and solidarity between generations - A statistical portrait of the European Union 2012*. Luxemburgo: Publications Office of the European Union;
- Conselho Internacional dos Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2015*; edição portuguesa. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 30/03/2019. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/cipe-2015.html?fbclid=IwAR1u9YSHVQPkiGX2xPamiqLYUFxTjOJH8VcXQRTbrce4JONEfouVPS6Rwg8>;
- Couto, A., Castro, E. & Caldas, C. (2016). Experiences to be a family caregiver of dependent elderly in the home environment. *Revista Da Rede de Enfermagem Do Nordeste*, 17(1), 76. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.2016000100011>;
- Couto, A., Castro, E. & Caldas, C. (2018). Cuidador familiar de idosos e o Cuidado Cultural na assistência de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 959–967. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0105>;

- Decreto-lei n.º 101/2006 (2006) Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série -A (N.º 109 de 06-06-2006), 3856- 3865. <https://dre.pt/application/conteudo/353934>;
- de la Cuesta-Benjumea, C. (2011). Strategies for the relief of burden in advanced dementia care-giving. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1790–1799. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05607.x>;
- del-Pino-Casado, R., Palomino-Moral, P. & Frías-Osuna, A. (2015). The Association of Satisfaction and Perceived Burden with Anxiety and Depression in Primary Caregivers of Dependent Elderly Relatives. *Research in Nursing and Health*, 38(5), 384–391. <https://doi.org/10.1002/nur.21671>;
- Dias, S. (2006). Educação pelos pares: Uma estratégia de educação para a saúde. Universidade Nova de Lisboa/Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Unidade de Saúde e Desenvolvimento/Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais; Acedido a 15/02/20. Disponível em: <https://www.pnvihsida.dgs.pt/comunicacao-social/ficheiros/educacao-pelos-pares-pdf.aspx>;
- Direção Geral da Saúde. (2006). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Acedido a 08/02/20. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde 2012-2016: versão resumo. Acedido em: 12/01/18. Disponível em: http://pns.dgs.pt/files/2013/05/PNS2012_2016_verseaoresumo_maio20133.pdf;
- Direção Geral de Saúde. (2016). Desenvolver os Planos Locais de Saúde. Reforçar o Plano Nacional de Saúde, 1–26.
- Direção Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. *Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial*. Acedido em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>;
- Ducharme, F., Dubé, V., Lévesque, L., Saulnier, D., & Giroux, F. (2011). An online stress management training program as a supportive nursing intervention for family caregivers of an elderly person. *Canadian Nursing Informatics Journal*, 6(2), 1–26.
- Ducharme, F., Lebel, P., Lachance, L., Trudeau, D. (2006). Implementation and Effects of an Individual Stress Management Intervention for Family Caregivers of an Elderly Relative Living at Home: A Mixed Research Design. *Research in Nursing & Health*, 29, 427-441. Doi: 0.1002/nur.20152;

- Ducharme F., Trudeau D. & Ward J. (2008). *Manuel de l'intervenant – gestion du stress - Programme psychoéducatif de gestion du stress destine aux proches-aidants d'un parent âgé à domicile*. Montréal: Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, Université de Montréal;
- Fernandes, A. (2007). Determinantes da mortalidade e da longevidade: Portugal numa perspetiva europeia (UE15, 1991-2001). *Análise Social*, 42(183), 419–443. Acedido 02/04/19, disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aso/n183/n183a03.pdf>;
- Floriano, L., de Souza Azevedo, R., Oliveira Reiners, A., & Siqueira Sudre, M. (2012). Care Performed By Family Caregivers To Dependent Elderly, At Home, Within the Context of the Family Health Strategy. *Texto & Contexto Enfermagem*, 21(3), 543–548;
- Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação: da concepção à realização*. (3.^a ed.). Loures: Lusociência;
- Fry, D., & Zask, A. (2017). Applying the Ottawa Charter to inform health promotion programme design. *Health Promotion International*, 32(5), 901–912. <https://doi.org/10.1093/heapro/daw022>
- Fuhrmann, A., Bierhals, C., Santos, N. & Paskulin, L. (2015). Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem/EENFUFGRS*, 36(1), 14–20. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>;
- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F. & Sanjosé, V. (2009). Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 372–379. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.03.004>;
- Genet, N., Boerma, B., Kroneman, M., Hutchinson, A. & Saltman, R. (2012). Home Care across Europe - Current structure and future challenges. *World Health Organization*, 1-56;
- Gil, A. (2010) *Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian: Fundação Para a Ciência e a Tecnologia, 2010. 599 [2];
- Gillies, P. (1998). Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, 13(2), 99–120. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.2.99>;

- Gonçalves, J. (2014) *Cuidadores informais e o papel do médico de família* (Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra;
- González, E. & Palma, F. (2016). Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. *Invest Educ Enferm*, 34(1), 67–73. Doi: 10.17533/udea.iee.v34n1a08;
- Herdman, T. & Kamitsuru, S. (2018). *Diagnósticos de Enfermagem – I: Definições e Classificações 2018-2020*. (11^a ed.). Porto Alegre, Artmed Editora Ltd;
- Idáñez, M. J. (2014). *Como animar um grupo: princípios básicos e técnicas*. (2.^a ed.). Petrópolis: Vozes;
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982). *Metodologia do planeamento em saúde*. (3^a ed.). Lisboa, ENSP: Edições da saúde;
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa, Portugal;
- Joanna Briggs Institute (2015) Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement. (2015). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Jackson, S. F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S., & Buasai, S. (2006). Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promotion International*, 21 Suppl 1, 75–83. <https://doi.org/10.1093/heapro/dal054>;
- Joint Quality Initiative (2004). Shared 'Dublin' descriptors for short cycle, first cycle, second cycle and third cycle awards. *Draft 1, Working Document on JQI Meeting in Dublin*, (October), 1–5. Acedido a 18/07/19, disponível em: https://www.fibaa.org/fileadmin/files/folder/FIBAA-FBK-PROG/dublin_descriptors.pdf;
- Kaakiken, J. & Birenbaun, L. (2011). Desenvolvimento da família e apreciação do desenvolvimento da família. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *Enfermagem de Saúde Pública*. (Capítulo 24. p. 574-604) (7^a ed). Lisboa: Lusodidacta;
- Kaakinen, J. & Tabacco, A. (2015) Family Nursing Assesment and Intervention. In Kaakinen, J.; Coehlo, D.; Steele, R.; Tobacco, A. & Hanson, A. *Family Health Care Nursing: Theory, Practice and Research*. (Capítulo 1. p. 3-32) (5.^a ed). Filadélfia: F.A. Davis Company;
- Kaakinen, J. & Webb, j. (2016) Working with Families in the Community for Healthy Outcomes. In Stanhope, M. & Lancaster, J. *PUBLIC HEALTH NURSING:*

- Population-Centered Health Care in the Community*. (Capítulo 5. p. 592-621) (9.^a ed). Missouri: Elsevier Inc.;
- Koerich, M., Machado, R. & Costa, E. (2005). Ética e Bioética: Para Dar Início à Reflexão. *Texto Contexto Enferm*, 14(1), 106–110. Acedido a 10/07/19, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a14v14n1.pdf>;
- Kuzuya, M., Enoki, H., Hasegawa, J., Izawa, S., Hirakawa, Y., Shimokata, H. & Akihisa, I. (2011). Impact of caregiver burden on adverse health outcomes in community-dwelling dependent older care recipients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 382–391. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181e9b98d>;
- Lage, M., & Araújo, O. (2014). A experiência de cuidar um idoso dependente em contexto familiar. *3º Congresso Ibero-Americano Em Investigação Qualitativa*. Acedido em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/30252>;
- Lawson, T. (2017) *Systems Model In: Cherry, B. & Jacob, S. (2017) Contemporary Nursing: Issues, Trend & Management (7.ªed.)*. Estados Unidos da América: Elsevier;
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. Nova Iorque: Spring Publishing Company;
- Leal, M.T. (2006) *A CIPE® e a Visibilidade da Enfermagem*. Camarate: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda;
- Lei n.º 100/2019 de 6 de Setembro de 2019. Aprova o Estatuto do Cuidador Informal, altera o Código dos Regimes Contributivos do Sistema Previdencial de Segurança Social e a Lei n.º 13/2003, de 21 de maio. Disponível em: <https://dre.pt/home/-/dre/124500714/details/maximized>;
- Leite, E., Malpique, M. & Santos, M. (2001) *Trabalho de Projecto 1. Aprender por projectos centrados em Problemas*. Porto: Edições Afrontamento;
- Loureiro, L., Fernandes, M., Nóbrega, M. & Rodrigues, R. (2014). Overburden on elderly's family caregivers: association with characteristics of the elderly and care demand. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 227–232. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20140030>;
- Luchesi, B., Souza, É., Gratão, A., Gomes, G, Inouye, K., Alexandre, T., ... Pavarini, S. (2016). The evaluation of perceived stress and associated factors in elderly caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.06.017>;

- Maas, M. & Specht, J. (2011) Caregiver Support Groups: Led by Peers, Professional or Both. In Toseland, R., Haigler, D. & Monahan, D. (2011) Education and Support Programs for Caregivers. London: Springer;
- Manes, S. (2011). *83 jogos psicológicos para a dinâmica de grupos: um manual para psicólogos, professores, animadores socio-culturais*. (10.^a ed.). Lisboa: Paulus;
- Mão de Ferro, A. (1999). *Na rota da pedagogia*. Lisboa: Colibri;
- Marriner-Tomey, A. & Alligood (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem*. (5.^a ed.). Loures: Lusociência;
- Melo, R., Rua, M. & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (Nº 2), 143–151.
<https://doi.org/10.12707/RIV14003>
- Ministério da Saúde. (2018) *Retrato da Saúde*. Portugal. ISBN 978-989-99480-1-3;
- Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model*. (5.^a ed.). Upper Saddle River: Pearson;
- Nunes, M. (2016). *Cartilha Metodológica do Planeamento em Saúde e as Ferramentas de Auxílio*. Lisboa: Chiado Editora;
- Organização Mundial de Saúde (1997). A Declaração de Jakarta sobre a Promoção da Saúde no século XXI. Acedido a 12/01/19. Disponível em:
https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_portuguese.pdf
- Organização Mundial de Saúde (1998). Health Promotion Glossary. Geneva. Acedido no dia 17/02/20. Disponível em:
<https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2011), *Health Reform: Meeting the Challenge of Ageing and Multiple Morbidities*, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264122314-en>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico/Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde. (2017). Portugal: Perfil de Saúde do País 2017, State of Health in the EU, 9. <https://doi.org/10.1787/9789264285385-pt>
- Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (2017), Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en

- Ordem dos Enfermeiros (2018) Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Regulamento n.º 428/2018. *Diário da República*, 2.^a Série (N.º 135 de 16-07-2018), 19354-19359. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>;
- Parvanta, C. & Baas, S. (2020). *Health Communication: Strategies and Skills for a New Era*. Burlington: Jones & Bartlett Learning;
- Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S. & Skaff, M. (1990). Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 30(5), 583–594. <https://doi.org/10.1093/geront/30.5.583>;
- Pereira, H. (2013). *Subitamente Cuidadores Informais! Dando voz(es) às experiências vividas*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda;
- Plano de Desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (2016-2019). Cuidados Continuados Saúde e Apoio Social. República portuguesa. Acedido a 11 de Março de 2019. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Plano-de-desenvolvimento-da-RNCCI.pdf>;
- Prince, M., Wu, F., Guo, Y., Gutierrez Robledo, L., O'Donnell, M., Sullivan, R. & Yusuf, S. (2015). The burden of disease in older people and implications for health policy and practice. *The Lancet*, 385(9967), 549–562. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61347-7](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61347-7);
- Ribeiro, O., Martins, M. & Tronchin, D. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 125–133. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV16008>;
- Robaye, L., Mormont, E., Lassaux, A., Janne, P. & Gourdin, M. (2018). Vulnerability of caregivers of people with a neurodegenerative disease: A synthesis. *Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement*, 16(3), 298–304. <https://doi.org/10.1684/pnv.2018.0747>;
- Rocha, B., & Pacheco, J., (2013). Elderly persons in a situation of dependence: informal caregiver stress and coping. *Acta Paul Enferm*, 26(261), 50–650. Acedido a 02/04/19, disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n1/en_09.pdf;
- Rodrigues, M., Pereira, A., Barroso, T. (2005). *Educação para a Saúde - Formação pedagógica de educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau;

- Rodríguez-Pérez, M., Abreu-Sánchez, A., Rojas-Ocaña, M. & del-Pino-Casado, R. (2017). Coping strategies and quality of life in caregivers of dependent elderly relatives. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0634-8>;
- Rosa, M. J. (2016). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos;
- Ruivo, M. A., et al. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15, 1-37. Acedido a 15/06/19, disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf;
- Sarmiento, E., Pinto, P. & Monteiro, S. (2010) *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio mecanismos de adaptação*. Coimbra: Formasau – Formação e Saúde, Lda;
- Schiavo, R. (2007) *Health Communication: from theory to practice*. Estados Unidos da América: John Wiley & Sons, Inc;
- Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit Adaptation and validation of Zarit Burden Interview Scale. *Revista Referência*, II(12), 9–16. Acedido a 02/04/19, disponível <http://www.index-f.com/referencia/2010pdf/12-0916.pdf>
- Sequeira, C. (2018) *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. (2.^a ed.). Lisboa: Lidel;
- Serra, M., Nascimento, C., Ferrão, S., Félix, I., Mestrinho, G., Mègre, P., Lopes, V. & Antunes, L. (2016) *Formação e Desenvolvimento Profissional dos Enfermeiros*. Loures: Lusodidacta – Soc. Port. De Material Didático, Lda;
- Slatyer, S., Coventry, L., Twigg, D., & Davis, S. (2016). Professional practice models for nursing: A review of the literature and synthesis of key components. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 139–150. <https://doi.org/10.1111/jonm.12309>;
- Sousa, F., Goulart, M., Braga, A., Medeiros, C., Rego, D., Vieira, F., ... Loura, M. (2017). Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso. *Revista de Saúde Pública*, 51(0), 1–10. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006460>;
- Sousa, L. & Figueiredo, D. (2004). *Eurofamcare: National Background Report for Portugal*. União Europeia, Alemanha. Acedido a 25/11/19. Disponível em: https://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/nabares/nabare_portugal_rc_1_a5.pdf

- Stevens, K., (2013). The impact of evidence-based practice in nursing and the next big ideas. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 18(2), Manuscript 4. doi: 10.3912/OJIN.Vol18No02Man04;
- Suen, J., & Thang, L. (2018). Contextual Challenges and the Mosaic of Support: Understanding the Vulnerabilities of Low-Income Informal Caregivers of Dependent Elders in Singapore. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 33(2), 163–181. <https://doi.org/10.1007/s10823-017-9334-4>;
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*, 17(7), 843–860. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x>;
- Tarricone, R. & Tsouros. A. (2008), *Home Care in Europe*. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde. Acedido em 30/01/2019. Disponível em: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/96467/E91884.pdf;
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Caderno de Formação, n.º 2. Lisboa: Ministério da Saúde. DRHS;
- Teixeira, A., et al. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais - documento enquadrador, perspetiva nacional e internacional*. Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa Portugal. Acedido em: 11 de março de 2019. Disponível em: http://cuidadores.pt/sites/default/files/documentos/Doc_CI.PDF
- United Nations (2017). *World Population Ageing 2017 - Highlights*, New York. Acedido em 30/01/2019. Disponível em: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf
- Vallée A. & Vallée, J. (2017) Ressenti des aidants de personnes âgées dépendantes atteintes de démence. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr*. 5 (2): 138-44. DOI: 10.1684/pnv.2017.0663;
- Viegas, L., Fernandes, A. & Veiga, M. (2018). Intervenção de Enfermagem no Estresse do Cuidador Familiar do Idoso Com Dependência: Estudo Piloto. *Revista Baiana de Enfermagem*. 32:e25244 <https://doi.org/10.18471/rbe.v32.25244>;
- Willemsse, E., Anthierens, S., Farfan-Portet, M. I., Schmitz, O., Macq, J., Bastiaens, H., ... Remmen, R. (2016). Do informal caregivers for elderly in the community use support measures? A qualitative study in five European countries. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1487-2>;

Zigante, V. (2018). *Informal Care in Europe: Exploring Formalisation, Availability and Quality*. Bruxelas: Comissão Europeia.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Modelo de *Pearlin*

Modelo de *Stress* de *Pearlin*

Stressores	Mediadores	Resultados
Experiências e condições causadoras de <i>stress</i> .	Ações e recursos com capacidade de modificar o processo de <i>stress</i> e atenuar o impacto sobre as pessoas.	Efeitos secundários à prestação de cuidados.
Exemplos: <ul style="list-style-type: none">• Nível de dependência do idoso;• Número de atividades diárias desempenhadas pelo CI;• Comportamentos que ameaçam a segurança do CI;• Dinâmica familiar e suas relações.	Exemplos: <ul style="list-style-type: none">• Género;• Idade;• Tipo de relação;• O rendimento;• Traços de personalidade;• Capacidade de resolver problemas;• Mecanismos do <i>coping</i>;• Apoio social.	Exemplos: <ul style="list-style-type: none">• Alterações físicas;• Alterações do sistema imunitário;• Sofrimento, ansiedade, depressão;• Incapacidade para prestar cuidados;• Recurso à institucionalização.

Adaptado de Pearlin et al. (1990); Gil, (2010)

APÊNDICE II – *Scoping Review*

Intervenções de Enfermagem Comunitária na gestão da sobrecarga dos cuidadores informais de idosos em situação de dependência: uma revisão *scoping*

Community Nursing Intervention in managing the burden of informal caregivers of dependent elderly: a scoping review

Autor:

- Diana Roriz (Enfermeira no Centro Hospitalar de Lisboa Central, serviço de Hematologia Clínica – droriz@campus.esel.pt)

Objetivo: Mapear a evidência disponível sobre as intervenções de Enfermagem de âmbito comunitário utilizadas na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência.

Questão: Quais as intervenções que podem ser desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária capazes de contribuir na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência?

Mnemónica PCC – P (População) – Cuidadores informais; C (Conceito) – Sobrecarga, Intervenção de Enfermagem e Idoso Dependente; C (Contexto) – Comunidade

Palavras-Chave: Cuidador informal (*Informal Caregiver*); Sobrecarga (*burden*); Intervenção de Enfermagem (*Nursing Intervention*); Idoso dependente (*Dependent elderly*); Comunidade (*Community*)

1) Background

O aumento da longevidade e o conseqüente envelhecimento populacional proporcionam a prevalência de múltiplas doenças crônicas na pessoa, levando ao aparecimento do fenômeno da multimorbilidade (Fabbri, Zoli, Gonzalez-Freire, Salive, Studenski & Ferrucci, 2015). Este consiste na presença de múltiplas condições de saúde a longo prazo, relacionadas ou não, numa determinada pessoa, sendo esta o foco de atenção (Mercer, Salisbury & Fortin, 2015), resultando no conseqüente aumento da dependência de terceiros com necessidade de assistência, particularmente no domicílio (Cianfrocca, Caponnetto, Donati, Lancia, Tartaglini & Di Stasio, 2018). A dependência parcial ou total do idoso traduz-se na perda de funções físicas e/ou mentais levando à incapacidade para executar as suas atividades de vida diárias com necessidade de auxílio por alguém (Nardi, Santos, Oliveira & Sawada, 2012). Neste contexto considera-se idoso como a pessoa com idade cronológica com 65 ou mais anos de idade (Direção Geral de Saúde, 2017).

O Cuidador Informal surge como sendo a pessoa pertencente à rede familiar e/ou amigos resultante da proximidade residencial, que assume a prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência (parcial ou totalmente), fora do âmbito profissional e sem qualquer remuneração (Melo, Rua, & Santos, 2014; Sequeira, 2018). Cuidar de um idoso em situação de dependência é uma experiência árdua, muitas vezes *stressante*, com muita responsabilidade envolvida, dedicação, paciência e coragem (Nardi et al., 2012). Esta experiência difícil é tanto maior, quanto maior é o nível de dependência do idoso que representa por si só um forte preditor de desgaste e sobrecarga do cuidador (Gratao, Vendrúscolo, Talmelli, Figueiredo, Santos & Rodrigues, 2012; Fuhrmann, Bierhals, Santos & Paskulin, 2015), podendo acarretar conseqüências na estrutura familiar, pelo desgaste físico e emocional, e influenciar o bem-estar psicossocial, a saúde e a qualidade de vida dos cuidadores (Lage & Araújo, 2014), bem como do idosos cuidados (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010).

O conceito de sobrecarga do cuidador que presta cuidados a uma pessoa em situação de dependência remete para problemas de índole física, psicológica, familiar, social e financeira (Gratao et al, 2012) por via dos seus aspetos objetivos e subjetivos do cuidar, ou seja, não só tendo em conta as repercussões deste papel na vida e dinâmica familiar do cuidador, mas também na percepção, sentimentos e emoções que o cuidador tem face a esse papel, respetivamente (Sequeira, 2018). Para além destas

exigências associadas ao cuidar, outras dificuldades podem contribuir para o incremento da sobrecarga sentida. São exemplo disso: a falta de conhecimentos e habilidades para a prestação de cuidados, a insuficiente resposta formal e informal na comunidade, os problemas financeiros e as restrições sociais que potenciam situações de isolamento e ausência de tempo para si próprios, tanto para atividades de lazer como de socialização (Melo et al., 2014). Perante tudo isto, a sobrecarga sentida parece estar interligada aos mecanismos de *coping* mobilizados de forma disfuncional e presença de *stressores* no ambiente de cuidados que podem potenciar situações de *stress*, concorrendo para a ansiedade (del-Pino-Casado, Palomino-Moral & Frias-Osuna, 2015) e até défice para o auto-cuidado (Puig, Rodriguez, Lluch-Canut, Moreno, Roldán & Montesó, 2015).

Avaliar o grau de sobrecarga de um Cuidador Informal, mediante instrumentos validados para esse fim, permite relacionar em que medida a prestação de cuidados pode interferir na qualidade de vida do cuidador, de forma a desenvolver estratégias, e intervenções que visem contribuir para a gestão dessa sobrecarga de forma a aliviá-la (Fuhrmann et al, 2015; Abdollahpour, Nedjat & Salimi, 2018). Este indicador valioso a par de outros avaliados em contexto do trabalho comunitário, não só no Cuidador Informal mas também no idoso dependente, devem suscitar junto dos profissionais de saúde para a importância de reconhecer o risco de sobrecarga sentida, de forma a desenvolverem programas que tenham por base estes fatores de risco e permitam realizar um diagnóstico dessa situação a fim de prevenir problemas futuros (Gratao et al, 2012; Sequeira, 2018). Neste sentido, os programas de cariz psico-educacional, seja por via do desenvolvimento e treino de habilidades relacionadas com a prestação de cuidados, seja por via da resolução de problemas e técnicas de autoeficácia surgem como estratégias com a possibilidade para contribuir para a gestão da sobrecarga no Cuidador Informal (Abdollahpour et al., 2018). A ideia é prevenir a deterioração da saúde quer física quer mental dos Cuidadores Informais, mas também da pessoa alvo dos seus cuidados (Kuzuya, Enoki, Hasegawa, Izawa, Hirakawa, Shimokata & Akihisa, 2011; Imaiso, 2015), com impacto na mortalidade e hospitalização destas últimas (Kuzuya et al., 2011) e probabilidade de institucionalização (Gonçalves, 2014).

Particularmente, a Enfermagem comunitária pode ser vista como um recurso social e de saúde de excelência com idoneidade e competência suficiente para capacitar e desenvolver habilidades e estratégias junto dos Cuidadores Informais com vista a mitigar as consequências que podem advir com a prestação de cuidados

(González & Palma, 2016). Os seus profissionais ao avaliar situações de vulnerabilidade e ao desenvolver intervenções e medidas de suporte estão a gerir possíveis consequências para o cuidador, mas também para a pessoa cuidada (Uesugui, Fagundes & Pinho, 2011; Fuhrmann et al., 2015).

2) Critérios de Inclusão

Um protocolo de *scoping review* assenta na estratégia de definição da população, conceito e contexto com base na mnemónica PCC. Assim, torna-se vital defini-los e explicitar algumas ideias.

População/Tipo de Participantes (P)

A presente *scoping review* pretende incluir estudos que incluem Cuidadores Informais com ligações familiares ou não.

Conceitos (C)

Os conceitos relevantes para esta *scoping review* são: Sobrecarga, Intervenção de Enfermagem e Idoso Dependente. O conceito de sobrecarga está muitas vezes associado a termos inerentes à experiência diária de prestação de cuidados por parte dos CI, nomeadamente a experiência vivida, as dificuldades sentidas e os mecanismos do *coping*, daí constituírem termos de pesquisa. No que concerne ao conceito de idoso dependente cingiu-se a pesquisa à pessoa com idade cronológica igual ou superior a 65 anos de idade de acordo com o definido no *background*.

Contexto (C)

O contexto definido remete para o contexto comunitário de acordo com o âmbito do projeto de intervenção.

Tipos de recursos / Fontes de Informação

No que confere aos tipos de estudos utilizados nesta *scoping review*, foram incluídos todos os tipos de estudos quer qualitativos, quantitativos (independente da sua metodologia e método), estudos primários e revisões da literatura disponíveis em português, espanhol, francês e inglês.

3) Estratégia de Pesquisa

Relativamente à estratégia de pesquisa foram selecionadas as bases de dados, *Medline* e *CINAHL* para identificar a evidência que desse resposta à pergunta inicialmente colocada, tendo sido desenvolvida pesquisa em cada uma delas separadamente.

Em cada base de dados partiu-se dos termos constantes nas palavras-chave, procurou-se termos sinónimos (caso existissem) funcionando como palavras naturais. Destas, foram pesquisados os termos indexados em cada base de dados. Outra estratégia utilizada foi referente à utilização de termos com truncatura que permitissem alargar o espectro de pesquisa dentro de termos muito semelhantes (seja na família de palavras) que podem fazer a diferença na pesquisa de artigos.

De seguida demonstra-se as palavras naturais (por vezes com recurso ao uso de truncaturas) e os termos indexados relacionados para cada base de dados selecionada (Quadro 1).

Quadro 1 - Palavras naturais e termos indexados utilizados nas bases de dados

Base de dados Medline	Termos Naturais	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Informal Caregiver*</i> • <i>Carer*</i> 	Base de dados CINAHL	Termos Naturais	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Informal Caregiver*</i> • <i>Carer*</i> • <i>Caregiver*</i>
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Burden or Caregiver</i> <i>Burden</i> • <i>Exhaustion</i> • <i>Stress</i> • <i>Difficult*</i> • <i>Coping or Family Coping</i> • <i>Experience</i> • <i>Care or Caring or Caregiving</i> • <i>Intervention* or Nurs* or Program or Nursing Intervention or community intervention or community setting</i> • <i>Dependent elder* or dependent aged or dependente old* or Aged* or Dependens*</i> 			<ul style="list-style-type: none"> • <i>Burden</i> • <i>Exhaustion</i> • <i>Stress</i> • <i>Bournout</i> • <i>Difficult*</i> • <i>Coping or Family Coping</i> • <i>Experience</i> • <i>Life Change Events</i> • <i>Care or Caregiving</i> • <i>Intervention* or Nurs* or Program or community intervention or community setting</i> • <i>Dependent elder* or dependent aged or dependente old* or Aged* or Dependens*</i>

	<p>Termos Indexados (Mesh 2018)</p>	<p><i>MM Caregiver</i> <i>MM Bournout, Psychological</i> <i>MM Stress, Phychological</i> <i>MM Stress, Psychological</i> <i>MH Adaptation, Phychological +</i> <i>MM Life Change Events</i> <i>MM Episode of Care</i></p>		<p>Termos Indexados (Títulos CINAHL)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>MM Caregiver Burden</i> • <i>MM Stress</i> • <i>MM Family Coping</i> • <i>MH Coping +</i> • <i>MM Caring</i> • <i>MM Nursing Intervention</i> • <i>MH Adaptation, Phychological +</i>
--	--	---	--	---	--

Outra estratégia de pesquisa utilizada é relativa aos termos indexados nem sempre serem os mesmos nas duas bases de dados, pelo que de forma a alargar o espectro de pesquisa em cada uma delas, utilizou-se os termos indexados de uma para pesquisar naturais na noutra caso houvessem diferenças.

No que confere aos limites temporais foi definido o limite temporal de 10 anos (desde 2008 em diante).

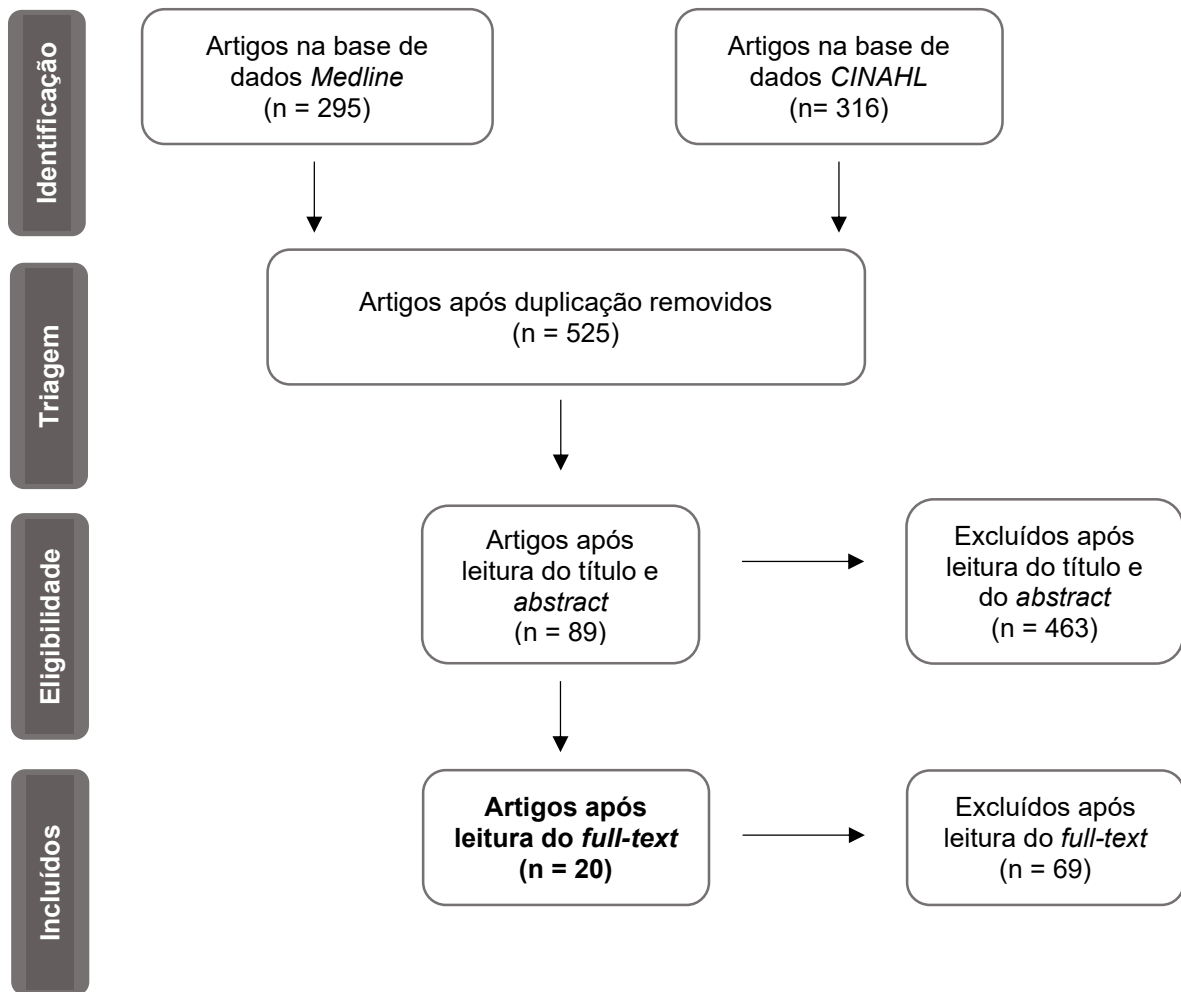
Para obtenção dos resultados foram utilizados os operadores booleanos “OR” e “AND”, mediante a estratégia de pesquisa.

4) Extração dos resultados

Após a obtenção dos resultados nas bases de dados selecionadas e verificação dos artigos em repetição, os artigos foram analisados na leitura do título e do *abstract*, critérios que ditaram a seleção dos artigos tendo por base a questão colocada e os critérios de inclusão definidos, consoante a mnemónica do PCC. Os mesmos critérios continuaram a prevalecer quando se fez a leitura integral dos artigos, onde se percebeu que muitos deles não se direcionavam para o lado interventivo no contexto comunitário.

A Figura 1 ilustra as etapas de seleção e exclusão dos artigos nas diferentes etapas da pesquisa mediante o *Prisma Flow-diagram*.

Figura 1 – Prisma Flow-diagram



5) Extração dos resultados

Depois de analisados os resultados obtidos, os dados foram extraídos e foi realizado um quadro, onde estão registadas as informações mais relevantes face ao artigo em questão. Ao longo do processo de extração de dados, este instrumento sofreu ajustes e alterações, contudo as informações consideradas importantes de apresentar face à temática em questão e que constam no quadro são:

- Autores;
- Ano da publicação;
- País de origem da publicação;
- Objetivo/finalidade do estudo;
- Amostra;
- Tipo de estudo;

- Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal;
- Intervenção Comunitária;
- Resultados;
- Lacunas do Estudo;
- Implicações para a prática.

6) Apresentação dos resultados

Os resultados obtidos serão apresentados através do quadro adiante (que foi repartido para melhorar a leitura dos resultados), procurando dar resposta à pergunta inicial “Quais as intervenções que podem ser desenvolvidas pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária capazes de contribuir na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência?” e encontram-se organizados segundo as categorias definidas para análise do artigo.

Especialmente nos países ocidentais onde o cuidar informal assume posição de cada vez maior destaque, desenvolver estratégias e intervenções dirigidas a estes torna-se fundamental (Carmeli, 2014). Este adquire especial atenção reconhecendo que o papel dos Cuidadores Informais é muitas vezes pautado de uma sobrecarga com impacto para o próprio e até para pessoa em situação de dependência (Kuzuya et al., 2011; Fuhrmann et al., 2015; Teixeira et al., 2017).

Estando o Enfermeiro muito bem posicionado em termos de proximidade junto das famílias, no seio da comunidade, neste são reconhecidas não só capacidades, mas também competências para identificar e desenvolver intervenções que podem aliviar situações de sobrecarga e *stress* (de la Cuesta-Benjumea, 2011).

Perante a pesquisa obtida percebeu-se que a estratégia psicoeducativa surge como uma opção bastante válida na abordagem a esta problemática e que tem capacidade de conduzir a resultados positivos para os cuidadores na promoção do seu bem-estar (Steffen, Gant & Gallagher-Thompson, 2008), atrasando a institucionalização dos destinatários desses cuidados (Vandepitte, Van Den Noortgate, Putman, Verhaeghe, Verdonck & Annemans, 2016).

Assim, os resultados concorrem para uma abordagem que pode ser tão diversificada que compreende desde: o treino de habilidades (Garcés, Carretero, Ródenas & Sanjosé, 2009; Rico-Blásquez et al., 2014; Araújo, Lage, Cabrita & Teixeira, 2015; Zabalegui Yárnoz et al., 2016; McDonald, McKinlay, Keeling & Levack,

2016; Frederick, 2018), o trabalho de situações *stressantes* pessoais (Garcés et al., 2009; Rico-Blásquez et al., 2014; Limiñana-Gras, Colodro-Conde, Cuéllar-Flores & Sánchez-López, 2016; Pihet & Kipfer, 2018), as metodologias de resolução de problemas (Garcés et al., 2009; Ferré-Grau, Sevilla-Casado, Boqué-Cavallé, Aparicio-Casals, Valdivieso-López & Lleixá-Fortuño, 2012; Chiu, Pauley, Wesson, Pushpakumar & Sadavoy, 2015; Frederick, 2018), o fomentar a participação em grupos de apoio e suporte (Egea, Pérez & Castillo, 2008; Garcés et al.; 2009; Floriano, Oliveira Reiners & Siqueira Sudre 2012; Klemm, Hayes, Diefenbeck & Milcarek, 2014; Limiñana-Gras et al., 2016; Pihet & Kipfer, 2018; Frederick, 2018), a utilização do suporte telefónico (Orueta-Sánchez, Gómez-Calcerrada, Gómez-Caro, Sánchez-Oropesa, López-Gil & Toledano-Sierra, 2010; Tremont et al., 2013; Araújo et al., 2015), a orientação e partilha de informação relativa à prestação de cuidados (Egea et al., 2008; Santiago & Luz, 2012; Floriano et al., 2012; Rico-Blásquez et al., 2014; Martínez, Cardona & Gómez-Ortega, 2015; Campbell, Freytes & Hoffman, 2015; Zabalegui Yárnoz et al., 2016; Pihet & Kipfer, 2018; Frederick, 2018), o aconselhamento sobre as condições crónicas dos idosos cuidados (Frederick, 2018), o suporte emocional e psicológico (Rodríguez-Sanchez et al., 2013; Rico-Blásquez et al., 2014), o desenvolvimento de dinâmicas de foto-elicitação com entrevista semi-estruturada (Rayment, Swainston & Wilson, 2019) ou o trabalho de cooperação com os parceiros da comunidade (Campbell et al., 2015).

Quadro 2 – Apresentação de Resultados

Nome do Artigo	<i>“Using photo-elicitation to explore the lived experience of informal caregivers of individuals living with dementia”</i>	<i>“Mitigating Burden Associated with Informal Caregiving”</i>	<i>“Coping with dementia caregiving: a mixed-methods study on feasibility and benefits of a psycho-educative group program”</i>	<i>“Clinical efficacy of psychoeducational interventions with family caregivers”</i>	<i>“Becoming an expert carer: the process of family carers learning to manage technical health procedures at home”</i>
Itens					
Autores	Rayment et al.	Frederick	Pihet & Kipfer	Limifiana-Gras et al.	McDonald et al.
Ano da publicação	2019	2018	2018	2016	2016
País de origem da publicação	Reino Unido	USA	Suíça	Espanha	Nova Zelândia
Objetivo/finalidade do estudo	Explorar a experiência vivida subjetiva de cuidadores informais do indivíduo com demência.	Descrever um projeto de melhoria da qualidade de intervenção comunitária que procura aliviar a sobrecarga no cuidador informal de pessoas idosas.	Avaliar: - a viabilidade de implementar o programa em duas regiões da Suíça francófona, - os efeitos do programa, - o uso de estratégias na vida quotidiana.	Investigar a eficácia de intervenções psico-educacionais voltadas para a redução do sofrimento psíquico dos cuidadores.	Descrever o processo de aprendizagem dos cuidadores familiares que gerem procedimentos técnicos de saúde no domicílio.
Amostra	6 cuidadores informais de pessoas com demência	51 díades: cuidadores e idosos dependentes	26 cuidadores informais	90 cuidadores familiares de idosos em situação de dependência	26 cuidadores familiares e 15 profissionais de saúde
Tipo de estudo	Abordagem fenomenológica interpretativa	Estudo descritivo de abordagem qualitativa	Estudo quasi-experimental	Estudo quasi-experimental	<i>Grounded Theory</i>
Avaliação da Sobrecarga do CI	Não apresenta	Escala de Sobrecarga de Zarit	Escala de Sobrecarga de Zarit	Escala da Sobrecarga de Zarit	Não apresenta
Intervenção Comunitária	<ul style="list-style-type: none"> - Foto-elicitação e realização de entrevista semi-estruturada após; - Utilização da máquina de fotografar para capturar imagens que representem a experiência quotidiana de ser cuidador de uma pessoa com demência 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação mediante a escala de sobrecarga de Zarit para identificar cuidadores com elevados níveis de sobrecarga no cuidador; - Incentivo junto dos cuidadores a fazer pausas, cuidar da sua própria saúde, manter uma dieta saudável, fazer exercício; - Ajudar os cuidadores a aprender a estabelecer limites e a pedir ajuda; - Fornecer informações e incentivar a participação em grupos de apoio; - Fornecer informações sobre ferramentas de adaptação doméstica; 	<ul style="list-style-type: none"> Utilização de um programa chamado "aprender a se sentir melhor ... e ajudar melhor" que se situa na avaliação de situações <i>stressantes</i> e nas estratégias de <i>coping</i> através: - fornecimento de informações, - discussões em grupo, - trabalho em situações <i>stressantes</i> pessoais, - exercícios em casa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção em grupo (8 sessões); - Intervenção num formato à distância individual. 	<ul style="list-style-type: none"> 3 fases no processo de aprendizagem: 1) período inicial de treino concentrado; 2) os cuidadores responsabilizam-se pelo cuidado diário enquanto continuam a sua aprendizagem; 3) com o tempo, experiência e aprendizagem contínua e autodirigida.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

		<ul style="list-style-type: none"> - Encorajar as famílias a procurar cuidados de repouso; - Ajudar a identificar estratégias de <i>coping</i>, como orar, conversar com amigos e familiares e obter informações adicionais de forma apropriada; - Desenvolver intervenções psico-educativas, com treino de habilidades, resolução de problemas e aconselhamento perante condições crónicas particulares como a demência. 			
Resultados	<p>3 temas emergiram da análise das fotografias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - conceptualização do papel do cuidador informal; - suporte ao cuidador informal; - necessidades do cuidador informal. <p>- Evidencia as consequências nesta fase de transição familiar, como sejam físicas e emocionais;</p> <p>- Dado enfoque há necessidade de apoio formal e de valorizar as necessidades dos próprios, pelo impacto na saúde física e emocional dos mesmos, contribuindo para a sobrecarga e influência no seu bem-estar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Das 51 famílias apenas 9 completaram o questionário de avaliação da sobrecarga; - Baixos níveis de sobrecarga nos avaliados, não tendo sido feita avaliação das intervenções propostas. 	<p>Melhorias substanciais e significativas, sobretudo na:</p> <ul style="list-style-type: none"> - na sobrecarga; - sofrimento psíquico; - autoeficácia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria substancial nos níveis de saúde mental dos cuidadores (a sublinhar nas variáveis relativas ao consumo do tabaco, auto-perceção da sobrecarga e níveis de satisfação com o papel) e níveis de <i>stress</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidador com tempo e experiência desenvolvida consegue ser um autêntico gestor face às necessidades da pessoa cuidada; - Necessita de ser dada enfoque à parte emocional da aprendizagem uma vez que condiciona; - Com o desenvolvimento de aprendizagem com vista ao perito, a parceria entre cuidadores e profissionais de saúde torna-se mais efetiva.
Limitações do estudo	<p>Amostra pouco ampla e diversificada, com diferenças tendo em conta o grau de parentesco relativamente à pessoa cuidada (cônjuge ou filho).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa adesão ao projeto; - Os que aderiram evidenciaram baixos níveis de sobrecarga não possibilitando avaliar os efeitos das intervenções propostas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amostra pequena (percentagem substancial de desistências); - Um <i>follow-up</i> limitado; - Falta de evidência no sentido da relação entre este tipo de intervenção e a área da resolução de problemas e procura de medidas de suporte. 	<ul style="list-style-type: none"> - Número de participantes limitado; - Amostra por conveniência; - Não ocorreu randomização nos grupos. 	<p>Amostra continha mais cuidadores de crianças relativamente aos adultos, sendo reconhecidas possíveis diferenças nas aprendizagens.</p>

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

<p>Implicações para a prática</p>	<p>- Necessidade de empregar apoio emocional na intervenção aos cuidadores seja por via de programas na comunidade ou investigação, dando importância às necessidades específicas dos mesmos e potenciando estratégias de <i>coping</i> adequadas.</p>	<p>- Pode ser a base para início de outros estudos nesta área de intervenção.</p>	<p>Puder expandir para países de língua francesa.</p>	<p>Puder utilizar este tipo de intervenção não só como medida de tratamento, mas também como medida preventiva relativa ao aparecimento de <i>stress</i>.</p>	<p>- Importância de avaliar as necessidades de aprendizagem e contextualizá-las no ambiente doméstico com avaliações; - Dar atenção às necessidades contínuas de aprendizagem; - Dar mais apoio às necessidades emocionais dos cuidadores no processo de aprendizagem.</p>
--	--	---	---	---	--

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

Nome do Artigo					
Itens	<i>“INFOSA intervention for caregivers of the elderly, an experimental study”</i>	<i>“Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): study protocol for a randomised trial”</i>	<i>“A Home-Based Intervention’s Impact on Caregiver Burden for Veterans With Dependence Performing Activities of Daily Living: An Interdisciplinary Approach”</i>	<i>“Evaluation of a problem-solving (PS) techniques-based intervention for informal carers of patients with dementia receiving in-home care”</i>	<i>“Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto”</i>
Autores	Yarnoz et al.	Araújo et al.	Campbell et al.	Chiu et al.	Martinez et al.
Ano da publicação	2016	2015	2015	2015	2015
País de origem da publicação	Espanha	Portugal	USA	Canadá	Espanha
Objetivo/finalidade do estudo	Avaliar a eficácia de um programa psico-educacional relativamente ao grau de sobrecarga psicológica, sofrimento psíquico e suporte social nos cuidadores principais de idosos dependentes.	Descrever uma intervenção baseada nas habilidades dos cuidadores informais de pessoas idosas que sofreram AVC	Analisar o impacto de uma intervenção na sobrecarga do cuidador para uma coorte de veteranos com cuidadores matriculados no programa GAP.	Avaliar a eficácia de uma intervenção baseada numa técnica de resolução de problemas quando entregue a cuidadores informais na comunidade.	Descrever o efeito das intervenções de enfermagem na sobrecarga dos cuidadores.
Amostra	56 cuidadores informais de idosos dependentes	198 cuidadores de idosos que tenham sofrido um AVC	48 cuidadores de idosos dependentes em situação de dependência	56 cuidadores de idosos com demência	8 Cuidadores familiares de idosos dependentes
Tipo de estudo	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado	Estudo retrospectivo	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado	Estudo quasi-experimental
Avaliação da Sobrecarga do CI	Escala de Sobrecarga de Zarit	Questionário de Avaliação da Sobrecarga para Cuidadores Informais (QASCI).	Escala de Sobrecarga de Zarit (versão curta)	Escala de Sobrecarga de Zarit	Escala de Sobrecarga de Zarit
Intervenção Comunitária	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento de uma intervenção psico-educacional chamada INFOSA; - Desenvolve intervenções de forma a capacitar os cuidadores com: informações destinadas a melhorar conhecimentos; treino de habilidades práticas para o cuidado de idosos frágeis e apoio emocional; - Realizado mediante <i>workshops</i> liderados por um enfermeiro perito em intervenções de cariz educacional e cuidados ao idoso dependente; 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuidados de enfermagem de âmbito comunitário convencionais (visitas domiciliárias centradas no suporte técnico e emocional e focada nas exigências do cuidar por via de transmissão de informações) <i>versus</i> intervenções do InCARE, mais centrado na capacitação e treino de habilidades, suporte telefónico e aconselhamento 	<ul style="list-style-type: none"> - Equipa multidisciplinar (enfermeira, terapeuta ocupacional e assistente social) começam por realizar uma avaliação no que diz respeito ao estado de saúde, ambiente domiciliário e necessidades desta diade; - Intervenções especializadas para cada profissional da equipa, sendo comuns no que toca à educação, informação e referência com os parceiros comunitários. - Intervenções do enfermeiro: reconciliação terapêutica, educação para a saúde, 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção presencial onde é feita definição de problemas e implementação de soluções perante a sua prestação de cuidados diária; - Consiste em 8 etapas sequenciais: (1) explicação do tratamento e sua lógica, (2) esclarecimento e definição dos problemas, (3) escolha de metas alcançáveis, (4) criação de soluções alternativas, (5) análise dos prós e contras de cada solução potencial (6) seleção de uma solução preferida (7) desenvolvimento e execução de um plano para 	<ul style="list-style-type: none"> - Estratégia educacional nas seguintes áreas temáticas: papel de cuidador, auto-cuidado, estratégias para prestar cuidados com qualidade, gestão de conflitos intra-familiares, habilidades de comunicação, relaxamento e cuidado. - Mediante 9 visitas domiciliárias (uma por semana com duração de 90 minutos).

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

	- Sessões semanais de 90 minutos durante 8 semanas com diferentes áreas de conteúdo.		comunicação com parceiros, realização de encomendas. - Intervenções do terapeuta ocupacional: requerimento de equipamento médico e treino do seu uso; - Intervenções do assistente social: fornecer informação e realizar educação sobre os recursos na comunidade;	implementar a solução (8) avaliação do progresso. - Cada sessão tem duração de 1h durante 3-4 semanas.	
Resultados	- Efeito benéfico a nível físico e psicológico nos cuidadores informais; - Redução significativa nos níveis de sobrecarga, disfunção social e ansiedade, apesar destes efeitos positivos diminuírem com o passar do tempo.	- A publicar futuramente	- Diminuição da sobrecarga no cuidador.	- Os participantes submetidos à intervenção baseada numa técnica de resolução de problemas tiveram melhorias nos mecanismos de <i>coping</i> e competências orientadas para a tarefa e reduziram significativamente o <i>coping</i> orientado para a emoção, sobrecarga e <i>stress</i> .	- Melhoria da sobrecarga do cuidador e funcionalidade familiar com a intervenção de enfermagem.
Limitações do estudo	- Utilização de amostra por conveniência; - Elevada taxa de desistência até completar o <i>follow-up</i> dos 6 meses; - Período de <i>follow-up</i> curto, sem possibilidade de evidenciar se os efeitos se mantêm ou não.	- Percentagem elevada de desistências; - Dificuldades na randomização.	- Incapacidade de garantir procedimentos de pesquisa rigorosos, tendo em conta a análise retrospectiva; - Validade interna do estudo tendo em conta a perda de quase 30% da amostra inicial.	- Não foram avaliados resultados nas pessoas alvo de cuidados, o que não permite inferir conclusões suficientemente sustentadas nas áreas de competência e domínio; - Desconhece-se efeitos a longo prazo com o uso desta técnica; - Não foi possível incluir um grupo de controle de atenção para reiterar ainda mais os efeitos obtidos; - O estudo carece de avaliação direta formal dos “ <i>care coordinators</i> ” para garantir que eles estavam a aplicar o método de forma fidedigna; - Intervenção feita por profissionais altamente treinados para o efeito.	Não são referidas
Implicações para a prática	- Aumentar a utilização deste tipo de intervenções perante o aumento de idosos em situação de dependência a	- Este tipo de intervenções pode vir a integrar o tipo de abordagem na comunidade a este grupo, através da	- Esta evidência capacita este programa para puder ser utilizado na prática clínica.	- O estabelecimento de parcerias entre profissionais das ciências da saúde a nível académico e a nível	Intervenção como estratégia para fazer face às situações do cuidar por parte do cuidador.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

	permanecer no domicílio ao cuidado de um cuidador informal; - Prolongar este tipo de intervenções no tempo.	demonstração dos seus benefícios; - Criação de programas psico-educacionais que permitam desenvolver habilidades junto destes cuidadores e que possam ser desenvolvidas por enfermeiros.		comunitário pode aumentar o alcance da especialização das instituições de saúde.	
--	--	---	--	--	--

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

Nome do Artigo					
Itens					
Autores	Klemm et al.	Rico-Blásquez et al.	Tremont et al.	Ferré-Grau et al.	Floriano et al.
Ano da publicação	2014	2014	2013	2012	2012
País de origem da publicação	USA	Espanha	USA	Espanha	Brasil
Objetivo/finalidade do estudo	- Avaliar se os resultados psicossociais dos cuidadores familiares que trabalham diferem de cuidadores não ativos. - Avaliar se os resultados psicossociais diferem com base no formato de apoio do grupo <i>on-line</i> .	Avaliar a efectividade de uma intervenção de enfermagem complexa e padronizada (CuidaCare), realizada no domicílio do cuidador ou no centro de saúde, que mensurará os resultados relevantes dos principais cuidadores.	Estabelecer se uma intervenção inteiramente entregue por telefone pode reduzir os sintomas depressivos e a sobrecarga dos cuidadores de pessoas com demência	Determinar a efetividade de uma técnica de resolução de problemas na redução da ansiedade e depressão, aumentando o bem-estar dos cuidadores familiares de pessoas dependentes	Descrever como a busca pelo apoio social formal e informal pode ser utilizado pelos cuidadores familiares de idosos como estratégia para lidar com as situações de <i>stress</i> vivenciadas no quotidiano do cuidado.
Amostra	86 cuidadores familiares de pessoas idosas	142 cuidadores informais de idosos dependentes	250 cuidadores de pessoa com demência	122 cuidadoras principais	24 cuidadores familiares de pessoas idosas
Tipo de estudo	Estudo randomizado longitudinal	Estudo randomizado controlado	Ensaio Clínico Randomizado	Ensaio Clínico Randomizado	Estudo descritivo de abordagem qualitativa
Avaliação da Sobrecarga do CI	<i>Caregiver Strain Index</i>	Escala de Sobrecarga de Zarit	Escala de Sobrecarga de Zarit	Não é feita, mas é avaliada variáveis como ansiedade, depressão e mal-estar emocional.	Não apresenta
Intervenção Comunitária	- Participantes integram um dos dois tipos de grupos de suporte online: " <i>professionally facilitated/ Psychoeducational online support</i> " ou o " <i>moderated/peer-directed online support</i> " durante 12 semanas	Intervenção complexa que visa melhorar: - o lidar com o papel de cuidador; - o autocuidado relacionado com a saúde; - atendimento à pessoa dependente; - suporte emocional. Através de visitas domiciliárias ou no centro de saúde com recurso a documentação de suporte.	- Entrega a todos os cuidadores de um pacote com material educacional com informações sobre recursos locais. - Designação de um terapeuta: para o grupo de tratamento: - 1.ª fase: orientação e psico-educação telefonica; - 2.ª fase: follow-up telefónico; Grupo de controlo: Apoio telefónico só fazendo escuta ativa e empática	Aplicação da técnica de resolução de problemas durante a visita domiciliária.	Apoio Social Formal Existência de um Programa de Saúde da Família que integra: - Grupos de ajuda mútua (troca de experiências); - Visitas domiciliárias, com enfermeiro e médico; - Oficinas terapêuticas (orientações em saúde). Apoio Social Informal - Apoio dado pela restante família, amigos, vizinhos e comunidade religiosa; - Proporciona o revezamento do cuidado.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

<p>Resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Participar em grupos de suporte (independentemente do tipo de abordagem) pode ajudar a reduzir sintomas depressivos e aumentar a qualidade de vida do cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a qualidade de vida dos cuidadores; - Quais os tipos de estratégias a adotar na formulação de planos de cuidados aos cuidadores. 	<p>A título futuro e com este tipo de intervenção, pretende-se demonstrar resultados a nível:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sintomas depressivos; - Sobrecarga; - Funcionamento familiar; - Auto-eficácia; - Qualidade de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuição nos níveis de ansiedade, depressão e mal-estar emocional; - Intervenção custo-efetiva. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o atendimento às necessidades quer do idoso dependente quer do seu cuidador.
<p>Limitações do estudo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amostra pouco diversificada; - Taxa de desistência pode ter influenciado os resultados; - A participação em grupos de suporte <i>online</i> está limitada a quem tem acesso a um computador e a quem possui alguma literacia informática; - Cuidadores maioritariamente mulheres e com condições de saúde específicas (AVC, doença cardíaca e cancro); - Reconhecimento dos resultados e benefícios a longo prazo. 	<p>Análise pobre do custo-efetividade das intervenções de enfermagem nesta área por haver pouca evidência sobre este tema que sirva de comparação e análise.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amostra maioritariamente caucasiana; - Curto período de tempo de <i>follow-up</i>. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização desta ferramenta para dar resposta a situações complexas nesta área de prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não apresenta
<p>Implicações para a prática</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Este tipo de intervenção constitui mais um recurso que os profissionais de saúde podem recorrer no trabalho com esta população vulnerável. 	<ul style="list-style-type: none"> - Como é um estudo de efetividade, permite avaliar igualmente a aplicabilidade num contexto de cuidados de saúde primários. 	<p>Baixo custo da intervenção e acessibilidade</p>	<p>Evidencia a eficácia das técnicas de resolução de problemas na redução dos sintomas de ansiedade, depressão e aumento do bem-estar em cuidadores familiares de pacientes crónicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar o espaço de atuação profissional pela Enfermagem quer numa perspetiva individual quer em grupo.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

Nome do Artigo	<i>“Effects of a Psychological Intervention in a Primary Health Care Center for Caregivers of Dependent Relatives: A Randomized Trial”</i>	<i>“Práticas de educação em saúde para cuidadores de idosos: um olhar da enfermagem na perspectiva freireana”</i>	<i>“Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes”</i>	<i>“A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons”</i>	<i>“Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España”</i>
Itens					
Autores	Rodriguez-Sanchez et al.	Santiago & Luz	Orueta-Sanchez et al.	Garcés et al.	Egea et al.
Ano da publicação	2013	2012	2010	2009	2008
País de origem da publicação	Espanha	Brasil	Espanha	Irlanda	Espanha
Objetivo/finalidade do estudo	Avaliar o efeito de uma intervenção psicológica na saúde mental dos cuidadores de familiares dependentes.	Refletir sobre as práticas de Educação em Saúde realizadas por enfermeiros a cuidadores de idosos no domicílio na perspectiva de Paulo Freire.	Verificar possíveis repercussões positivas e grau de satisfação nos cuidadores principais de pessoas idosas dependentes com um programa de visitas domiciliárias.	Rever as características e resultados empíricos no que toca a intervenções que aliviem a sobrecarga no cuidador informal.	Realizar uma revisão da evidência científica disponível sobre a efetividade dos diferentes programas e intervenções direcionados aos cuidadores informais no território nacional espanhol.
Amostra	125 cuidadores de familiares idoso dependentes	Não apresenta	156 cuidadores principais de idosos dependentes	Não apresenta	Não aplicável
Tipo de estudo	Estudo randomizado controlado	Artigo de reflexão	Estudo quasi-experimental	Revisão da literatura	Revisão Sistemática
Avaliação da Sobrecarga do CI	Escala de Sobrecarga de Zarit	Não apresenta, mas refere ser consequência do ato de cuidar de pessoas idosas em situação de dependência.	Escala de Sobrecarga de Zarit	Não apresenta	Não apresenta
Intervenção Comunitária	Utilização de intervenções integradas numa terapia comportamental cognitiva (8 sessões de 90 minutos (equipa de psicólogo, médico e enfermeira).	- Importância do desenvolvimento de Educação para a Saúde eficaz e que tenha em linha de conta 5 pressupostos: consciencialização, <i>praxis</i> , diálogo, saber de experiência feito e cultura.	Visitas domiciliárias com equipa multidisciplinar (médico, enfermeira e assistente social) e apoio telefónico.	- Apresentação de modalidades de descanso para o cuidador (apoio domiciliário, centros de dia e serviço noturno). - Programas psico-sociais ou psico-educacionais: grupos de apoio, autocuidado e cuidado mútuo, treino de técnicas cognitivo-comportamentais, como resolução de problemas e gestão de <i>stress</i> .	- Intervenções psico-educativas em grupo, em grupo e individual e outras que não especificam a modalidade.
Resultados	- Melhorias no que concerne à saúde mental depois de realizada a intervenção; - Sem grande impacto quer na sobrecarga ou qualidade de vida do Cuidador;	- Probabilidade de desenvolver uma reflexão mais crítica e permitir um melhor desempenho no cuidar.	- Redução significativa na sobrecarga do cuidador principal e maior satisfação na prestação de cuidados.	A combinação dos dois tipos de intervenções potencia o alívio do <i>stress</i> e sobrecarga no cuidador.	Existência de programas e intervenções, individuais e grupais, para dar suporte aos cuidadores informais de pessoas em situação de dependência.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

Limitações do estudo	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade de realizar sessões de reforço para manter resultados; - Percentagem de desistência. 	Não apresenta	Não são referidas	Esclarecer o papel do apoio social no cuidar	Escassa qualidade metodológica e científica dos estudos reportados
Implicações para a prática	<ul style="list-style-type: none"> - Ganhos para cuidadores de pessoas em situação de dependência física e/ou mental; - Necessidade de incluir intervenção de âmbito psicológico no cenário dos cuidados de saúde primários desenvolvidos por equipas multidisciplinares. 	Educação para a Saúde mais inovadora e mais centrada no cuidador, suas necessidades e níveis de conhecimento.	- Ganhos para cuidadores de pessoas em situação de dependência, diminuindo a utilização dos serviços e aumentando a satisfação.	- Fornecer informação aos decisores políticos, investigadores e outros profissionais envolvidos de alternativas para promover o bem-estar e qualidade de vida, quer dos cuidadores quer das pessoas cuidadas.	- Necessidade de mais estudos de efetividade (ensaios clínicos controlados e randomizados) deste tipo de intervenções na sobrecarga do cuidador informal.

Referências Bibliográficas

- Abdollahpour, I., Nedjat, S., & Salimi, Y. (2018). Positive Aspects of Caregiving and Caregiver Burden: A Study of Caregivers of Patients With Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(1), 34–38. <https://doi.org/10.1177/0891988717743590>;
- Araújo, O., Lage, I., Cabrita, J., & Teixeira, L. (2015). Intervention in informal caregivers who take care of older people after a stroke (InCARE): Study protocol for a randomised trial. *Journal of Advanced Nursing*, 71(10), 2435–2443. <https://doi.org/10.1111/jan.12697>;
- Campbell, C., Freytes, M. & Hoffman, N. (2015). A Home-Based Intervention's Impact on Caregiver Burden for Veterans with Dependence Performing Activities of Daily Living: An Interdisciplinary Approach. *Social Work in Health Care*, 54(5), 461–473. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1030056>;
- Chiu, M., Pauley, T., Wesson, V., Pushpakumar, D., & Sadavoy, J. (2015). Evaluation of a problem-solving (PS) techniques-based intervention for informal carers of patients with dementia receiving in-home care. *International Psychogeriatrics*, 27(6), 937–948. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002798>;
- Cianfrocca, C., Caponnetto, V., Donati, D., Lancia, L., Tartaglini, D., & Di Stasio, E. (2018). The effects of a multidisciplinary education course on the burden, health literacy and needs of family caregivers. *Applied Nursing Research*, 44(October), 100–106. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.10.004>;
- Cruz, D., Loureiro, H., Silva, M. & Fernandes, M. (2010). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (nº 2), 127 –136. <https://doi.org/10.12707/RIII1018>
- de la Cuesta-Benjumea, C. (2011). Strategies for the relief of burden in advanced dementia care-giving. *Journal of Advanced Nursing*, 67(8), 1790–1799. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05607.x>;
- del-Pino-Casado, R., Palomino-Moral, P., & Frías-Osuna, A. (2015). The Association of Satisfaction and Perceived Burden With Anxiety and Depression in Primary Caregivers of Dependent Elderly Relatives. *Research in Nursing and Health*, 38(5), 384–391. <https://doi.org/10.1002/nur.21671>

- Egea, M., Pérez, E. & Castillo, P. (2008). Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España. *Gerokomos*, 19(1), 9–15. Acedido a 01/06/19, disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v19n1/rincon1.pdf>;
- Direção Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. *Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial*. Acedido em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Fabbri, E., Zoli, M., Gonzalez-Freire, M., Salive, M., Studenski, S., & Ferrucci, L. (2015). Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research Multi-morbidity: Implications and Challenges for Medical Care and Research HHS Public Access. *J Am Med Dir Assoc*, 16(8), 640–647. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.03.013>;
- Ferré-Grau, C., Sevilla-Casado, M., Boqué-Cavallé, M., Aparicio-Casals, R., Valdivieso-López, A. & Lleixá-Fortuño, M. (2012). Efectividad de la técnica de resolución de problemas aplicada por enfermeras: disminución de la ansiedad y la depresión en cuidadoras familiares. *Atención Primaria*. 44(12), 695-701, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.05.008>;
- Floriano, L., de Souza Azevedo, R., Oliveira Reiners, A. & Siqueira Sudre, M. (2012). Cuidador familiar de idosos: a busca pelo apoio social formal e informal. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 18–25. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18854>;
- Frederick, D. (2018). Mitigating Burden Associated With Informal Caregiving. *Journal of Patient Experience*, 5(1), 50–55. <https://doi.org/10.1177/2374373517742499>;
- Fuhrmann, A., Bierhals, C., Santos, N. & Paskulin, L. (2015). Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem/EENFUFGRS*, 36(1), 14–20. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.49163>;
- Garcés, J., Carretero, S., Ródenas, F., & Alemán, C. (2010). A review of programs to alleviate the burden of informal caregivers of dependent persons. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 50(3), 254–259. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.04.012>;
- Gonçalves, J. (2014) *Cuidadores informais e o papel do médico de família* (Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Coimbra;

- Gonzalez, E. & Palma, F. (2016). Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. *Invest Educ Enferm*, 34(1), 67–73. Doi: 10.17533/udea.iee.v34n1a08;
- Gratao, A., Vendruscolo, T., Talmelli, L., Figueiredo, L., Santos, J., & Rodrigues, R. (2012). Sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Texto e Contexto Enfermagem*, 21(2), 304–312. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000200007>
- Klemm, P., Hayes, E., Diefenbeck, C. & Milcarek, B. (2014). Online Support for Employed Informal Caregivers. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 32(1), 10–20. <https://doi.org/10.1097/cin.0000000000000009>;
- Kuzuya, M., Enoki, H., Hasegawa, J., Izawa, S., Hirakawa, Y., Shimokata, H., & Akihisa, I. (2011). Impact of caregiver burden on adverse health outcomes in community-dwelling dependent older care recipients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 382–391. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181e9b98d>
- Imaiso, J. (2015). Negative/positive home-based caregiving appraisals by informal carers of the elderly in Japan. *Primary Health Care Research & Development*, 16(2), 167–178. <https://doi.org/10.1017/S1463423614000309>;
- Lage, M., & Araújo, O. (2014). A experiência de cuidar um idoso dependente em contexto familiar. *3º Congresso Ibero-Americano Em Investigação Qualitativa*. Acedido em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/30252>
- Limiñana-Gras, R., Colodro-Conde, L., Cuéllar-Flores, I., & Sánchez-López, M. (2015). Clinical efficacy of psychoeducational interventions with family caregivers. *Educational Gerontology*, 42(1), 37–48. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1065685>;
- Martínez, R., Cardona, E. & Gómez-Ortega, O. (2015). Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto. *Revista CUIDARTE*, 7(1), 1171-1184. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i1.251>;
- McDonald, J., McKinlay, E., Keeling, S., & Levack, W. (2016). Becoming an expert carer: the process of family carers learning to manage technical health procedures at home. *Journal of Advanced Nursing*, 72(9), 2173–2184. <https://doi.org/10.1111/jan.12984>;
- Melo, R., Rua, M. & Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de*

Enfermagem Referência, IV Série (Nº 2), 143–151.

<https://doi.org/10.12707/RIV14003>

- Mercer, S., Salisbury, C., & Fortin, M. (2014). *ABC of Multimorbidity*. Oxford: John Wiley & Sons, Ltd;
- Nardi, E., Santos, L., Oliveira, M. & Sawada, N. (2012). Dificuldades dos cuidadores familiares no cuidar de um idoso dependente no domicílio. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 11(1), 98–105. <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18864>;
- Orueta-Sánchez, R., Gómez-Calcerrada, R., Gómez-Caro, S., Sánchez-Oropesa, A., López-Gil, M. & Toledano-Sierra, P. (2011). Impacto sobre el cuidador principal de una intervención realizada a personas mayores dependientes. *Atencion Primaria*, 43(9), 490–496. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.09.011>;
- Pihet, S., & Kipfer, S. (2018). Coping with dementia caregiving: a mixed-methods study on feasibility and benefits of a psycho-educative group program. *BMC Geriatrics*, 18(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0896-y>;
- Puig, M., Rodriguez, N., Lluch-Canut, M., Moreno, C., Roldán, J., & Montesó, P. (2015). Quality of life and care burden among informal caregivers of elderly dependents in Catalonia. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 14(14), 9–14. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0100>;
- Rayment, G., Swainston, K., & Wilson, G. (2019). Using photo-elicitation to explore the lived experience of informal caregivers of individuals living with dementia. *British Journal of Health Psychology*, 24(1), 102–122. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12342>;
- Rico-Blázquez, M., Escortell-Mayor, E., del-Cura-González, I., Sanz-Cuesta, T., Gallego-Berciano, P., de las Casas-Cámara, G., ... Fariña, Y. (2014). CuidaCare: Effectiveness of a nursing intervention on the quality of life's caregiver: Cluster-randomized clinical trial. *BMC Nursing*, 13(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-2>;
- Rodríguez-Pérez, M., Abreu-Sánchez, A., Rojas-Ocaña, M. J., & del-Pino-Casado, R. (2013). Effects of a psychological intervention in a primary health care center for caregivers of dependent relatives: A randomized trial. *Gerontologist*, 53(3), 397–406. <https://doi.org/10.1093/geront/gns086>;
- Santiago, R., & Luz, M. (2012). Práticas de educação em saúde para cuidadores de idosos: um olhar da enfermagem na perspectiva freireana. *Revista Mineira de*

- Enfermagem*, 16(1), 136–142. Acedido a 01/06/19, disponível em:
<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/511>
- Sequeira, C. (2018) *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. (2.^a ed.). Lisboa: Lidel;
- Steffen A, Gant JR, Gallagher-Thompson D. Reducing psychosocial distress in family caregivers. In: Gallagher-Thompson D, Steffen M, Thompson L, editors. *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults*. New York: Springer Publishing Company; 2008. p.102-17.
- Teixeira, A., et al. (2017). *Medidas de intervenção junto dos cuidadores informais - documento enquadrador, perspetiva nacional e internacional*. Ministério do Trabalho e da Segurança Social, Lisboa. Portugal. Acedido em: 11 de março de 2019. Disponível em:
http://cuidadores.pt/sites/default/files/documentos/Doc_CI.PDF;
- Tremont, G., Davis, J., Papandonatos, G., Grover, C., Ott, B., Fortinsky, R., ... Bishop, D. (2013) A Telephone Intervention for Dementia Caregivers: Background, Design, and Baseline Characteristics. *Contemp Clin Trials*, 36(2), 1-20. DOI: 10.1016/j.cct.2013.07.011.
- Uesugui, H., Fagundes, D. & Pinho, D. (2011). Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 24(5), 689–694. Acedido a 20/05/19, disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n5/15v24n5.pdf>;
- Vandepitte, S., Van Den Noortgate, N., Putman, K., Verhaeghe, S., Verdonck, C. & Annemans, L. (2016). Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(12), 1277–1288. <https://doi.org/10.1002/gps.4504>;
- Zabalegui Yáñez, A., Navarro Díez, M., Cabrera Torres, E., Fernández-Puebla, A., Bardallo Porras, D., Rodríguez Higuera, E., ... Argemí Remon, J. (2016). INFOSA intervention for caregivers of the elderly, an experimental study. *Geriatric Nursing*, 37(6), 426–433. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.06.001>.

APÊNDICE III – Níveis de prevenção no modelo de Betty Neuman adaptado ao projeto

Níveis de prevenção no modelo dos Sistemas de Betty Neuman para este projeto

Prevenção Primária	Prevenção Secundária	Prevenção Terciária
<ul style="list-style-type: none">• Avaliação, identificação e redução de fatores de risco possíveis ou reais que podem funcionar como <i>stressores</i> e que concorrem para a sobrecarga sentida;• Promoção da Saúde e Prevenção da Doença no grupo de CI.	<ul style="list-style-type: none">• Identificação de sintomas secundários há presença e reação dos <i>stressores</i>;• Priorização da intervenção para reduzir consequências indesejáveis.	<ul style="list-style-type: none">• Proporcionar a readaptação face há condição atual de forma a potenciar fatores de manutenção que levem o grupo a caminhar no sentido da prevenção primária.

adaptado de Neuman & Fawcett (2011)

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

APÊNDICE IV – Análise SWOT

Análise SWOT para o presente projeto

	Positivo	Negativo
Origem interna (pessoal e equipa da UCC)	Forças <ul style="list-style-type: none">• Disponibilidade e espírito de entreatajuda;• Adesão dos profissionais ao projeto;• Motivação pessoal e da equipa;• Espírito de inovação e originalidade na intervenção.	Fraquezas <ul style="list-style-type: none">• Recursos materiais disponíveis limitados.
Origem externa (relativos à população alvo e condicionantes do projeto)	Oportunidades <ul style="list-style-type: none">• Trazer contributos efetivos na gestão da sobrecarga de um grupo vulnerável;• Existência de um projeto na UCC voltado para os CI's;• Relações efetivas com os parceiros da comunidade.	Ameaças <ul style="list-style-type: none">• Nível de Literacia da população alvo (mediante a leitura e análise da caracterização sociodemográfica do município e freguesia local);• Adesão ao projeto por parte dos CI's;• Isolamento e restrição social da população alvo (mediante leitura da bibliografia na área temática).

APÊNDICE V – Cronograma de Atividades

Nome: Diana Manuela da Cunha Roriz
Curso: 10.º curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização: Enfermagem Comunitária
Ano letivo: 2019/2020
Instituição: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



Cronograma de atividades

Ano	2019												2020		
	Mês	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar-Jun
Atividades															
Reunião com Enf. ^a coordenadora da UCC Nostra Pontinha e Enf. ^a Orientadora	█							Férias							
Revisão da literatura		█	█	█	█	█			█	█	█	█	█	█	█
Estágio na UCC Nostra Pontinha – Opção II		█	█	█	█										
Pedidos de autorização para concretização do Projeto		█	█	█	█										
Estágio na UCC Nostra Pontinha – Projeto de Intervenção Comunitária										█	█	█	█	█	
Diagnóstico de Situação										█	█	█			
Definição de prioridades												█			
Fixação de objetivos												█			
Seleção de estratégias												█			
Preparação Operacional												█	█	█	█
Avaliação do projeto													█	█	
Entrega do relatório de Estágio															█

APÊNDICE VI – Modelo de Consentimento Informado ao CI e idoso em situação de dependência

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NUM PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

O projeto “cuiDAR melhor – projeto de intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos cuidadores informais” é realizado no âmbito das Unidades Curriculares “Opção II” e “Estágio com relatório” do 10.º curso de Mestrado em Enfermagem – Área de especialização de Enfermagem Comunitária pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob orientação académica da Professora Laura Maria Monteiro Viegas e em contexto de estágio pela Enfermeira Especialista em Saúde Comunitária Sílvia Matias. Tem como objetivo o desenvolvimento de competências específicas nesta área de especialização, visando contribuir no alívio da sobrecarga vivida pelo grupo de cuidadores informais que prestam cuidados a idosos em situação de dependência na área de abrangência geográfica da UCC Nostra Pontinha integrados na Equipa de Cuidados Continuados Integrados, percebendo quais as dificuldades inerentes e de que forma as enfrentam no seu quotidiano.

Será entregue um questionário a fim de ser preenchido pelo cuidador informal constituído por duas partes: na primeira, com questões para caracterizar o grupo de cuidadores e de idosos a seu cargo sobre dados sociodemográficos, de saúde e de prestação de cuidados. No caso particular do idoso será feita ainda uma avaliação do nível de dependência dos idosos utilizando o Índice de Barthel para avaliar o nível de dependência na realização das atividades básicas de vida diária e o Índice de Lawton & Brody para a avaliação das atividades instrumentais de vida diária. Na segunda parte serão entregues três escalas: Escala da Sobrecarga do Cuidador, o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) e o Índice de Avaliação das Estratégias de *coping* do Cuidador (CAMI)

O encontro entre a enfermeira e a população alvo será sempre feita mediante as visitas de enfermagem no domicílio.

A participação no projeto é de carácter voluntário, gratuito, estando garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados. A identificação dos participantes nunca será tornada pública e os contatos entre enfermeira e grupo de cuidadores será feito em ambiente de privacidade e no domicílio dos mesmos. Este projeto de intervenção comunitária não é objeto de financiamento por nenhuma entidade e mereceu parecer favorável pela Comissão de Ética para a saúde pela a Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale do Tejo. Em

qualquer altura pode interromper ou desistir do consentimento e abandonar o estudo, sem quaisquer prejuízos assistenciais ou outros.

Grata pela sua colaboração e disponibilidade!

Diana Manuela da Cunha Roriz, enfermeira e estudante do 10.º mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária, com o contato telefónico 9***** e endereço eletrónico droriz@campus.esel.pt

Assinatura: _____ data ____ / ____ / ____

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste projeto e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para este projeto e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela enfermeira e estudante de Mestrado em Enfermagem.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

SE NÃO SOUBER ESCREVER/ASSINAR
NOME: _____
BI/CD N°: _____ DATA OU VALIDADE ____ / ____ / ____
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: _____
IMPRESSÃO DIGITAL _____

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:

**UMA VIA PARA A ENFERMEIRA E ESTUDANTE DE MESTRADO, OUTRA PARA A PESSOA QUE
CONSENTE**

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

APÊNDICE VII – Questionário ao CI

Questionário - Caracterização do Cuidador Informal

1) Caracterização socio-demográfica

Género

- Masculino
Feminino

Idade (anos)

- 18 – 29
30 - 39
40 – 49
50 – 59
60 – 69
> 70

Estado Civil

- Solteiro
Casado/União de facto
Divorciado/Separado
Viúvo (a)

Habilitações literárias

- Não sabe ler nem escrever
1.º ciclo/ate 4.º ano
2.º ciclo/ até 9.º ano
3.º ciclo/ até 12.º ano
Ensino superior

Grau de Parentesco à pessoa cuidada

- Filho (a)
Marido/esposa
Genro/nora
Neto (a)
Irmão (a)
Sobrinho (a)
Amigo (a)
Vizinho (a)
Outro _____

2) Caracterização profissional e articulação com a prestação de cuidados

Situação profissional atual

- Ativo (a)
Reformado (a)
Invalido (a)
Desempregado
Nunca teve um emprego

Em caso de exercer atividade profissional, qual o grau de dificuldade em conciliar com o papel de cuidador

- Nada difícil

- Um pouco difícil
Bastante difícil
Muito difícil

Em caso de manter atividade profissional, pensou abandonar o seu emprego?

- Sim
Não

Em caso de manter atividade profissional, pensou abandonar o cuidado?

- Sim
Não

Coabita com a pessoa de quem cuida

- Sim
Não

3) Caracterização do papel de cuidador

Tempo de prestação de cuidados

- < 6 meses
6 meses – 1 ano
1 - 5 anos
5 – 9 anos
10 – 14 anos
15 – 19 anos
> 20 anos

Motivo para o papel de cuidador

- Única pessoa disponível
Decisão familiar
Vive na mesma casa
Por afeto
Por laços familiares
Por proximidade
Situação profissional permite
Por ser mulher
Por obrigação
Mais competente
Outro: _____

Quantas horas dedica à prestação de cuidados por dia? _____

Duração de cuidado

- Contínua Intermitente

Ajuda recebida

- Tem ajuda na prestação de cuidados Sim Não
Se sim, por parte de quem?
Apoio domiciliário
Centro de dia

- Centro de Saúde
Empresa de prestação de serviços
Outros membros da família

4) Caracterização do estado de saúde do cuidador informal

Situação de Saúde

Tem alguma doença ou incapacidade Sim Não

Se sim qual?

- Hipertensão Arterial
Diabetes
Problemas de ossos
Problemas de Rins
Problemas Respiratórios
Problemas Gastro-intestinais
Problemas Oncológicos
Problemas de sangue
Problemas psiquiátricos
Outra (especificar) _____

Faz vigilância de saúde/consultas de especialidade Sim Não

Se sim, com que regularidade

- Mensalmente
3/3 meses
6/6 meses
Anualmente
Outro _____

Faz toma de medicação? Sim Não

Qual a finalidade da medicação? E a quanto tempo?

- Hipertensão Arterial Tempo _____
Diabetes Tempo _____
Problemas de ossos Tempo _____
Problemas de Rins Tempo _____
Problemas Respiratórios Tempo _____
Problemas Gastro-intestinais Tempo _____
Problemas Oncológicos Tempo _____
Problemas de sangue Tempo _____
Problemas psiquiátricos Tempo _____
Outra (especificar) _____ Tempo _____

APÊNDICE VIII – Questionário sobre o Idoso em situação de Dependência

Questionário - Caracterização do idoso dependente

Sexo

- Masculino
Feminino

Idade

- 65 – 69 anos
70 – 79 anos
80 – 89 anos
> 90 anos

Estado Civil

- Solteiro(a)
Casada(a)/União de facto
Divorciado (a)/Separado (a)
Viúvo(a)

Habilitações literárias

- Não sabe ler nem escrever
1.º ciclo/ate 4.º ano
2.º ciclo/ até 9.º ano
3.º ciclo/ até 12.º ano
Ensino superior

Motivo de dependência

- Neoplasia
Doenças do sangue ou órgãos hematopoiéticos
Doenças endócrinas, nutricionais ou metabólicas
Doenças do sistema nervoso
Doenças do sistema músculo-esquelético ou tecido conjuntivo
Doenças do aparelho circulatório
Outros

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics
(December 2018) - OMS

Tipo de dependência

- Física
Mental
Física e Mental

Orientação

- Espaço
Tempo
Pessoa

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

APÊNDICE IX – Notas explicativas da ESC

Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

- Composta por 22 itens;
- Cada item da escala é pontuado quer qualitativa quer quantitativamente: Nunca (1), quase nunca (2), às vezes (3), muitas vezes (4) e quase sempre (5).
- O score global obtido vai variar entre 22 e 110, onde o maior valor corresponde a maior perceção da sobrecarga (Sequeira, 2010, Sequeira, 2018). A distribuição dos níveis de perceção da sobrecarga encontra-se feita mediante os seguintes pontos de corte.

Pontuação	Sobrecarga
< 46	Sem sobrecarga
46-56	Sobrecarga ligeira
> 56	Sobrecarga intensa

- Existem 4 fatores avaliados nesta escala:

Fator	N.º itens	Questões
Impacto na prestação de cuidados	11	1, 2, 3, 6, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 22
Relação interpessoal	5	4, 5, 16, 18 e 19
Expetativas no cuidar	4	7, 8, 14 e 15
Perceção da auto-eficácia	2	20 e 21

Fonte: Sequeira (2010); Sequeira (2018)

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

APÊNDICE X – Notas explicativas da CADI

Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI) validada para a população portuguesa

- A escala é composta por 30 itens e em cada um deles o CI deverá responder se a situação em questão acontece no seu caso ou não. Em caso afirmativo assinalar se a mesma situação: “Não me perturba”, “causa-me alguma perturbação” ou “perturba-me muito” (Brito, 2002).
- As questões relativas às dificuldades do CI estão agrupadas segundo sete fatores (Nolan et al., 1996; Brito, 2002):

Fatores	N.º itens	Questões
Problemas relacionados com o idoso	7	5, 11, 12, 14, 22, 25 e 26
Reações à prestação de cuidados	8	1, 2, 3, 9, 17, 19, 29 e 30
Exigências de ordem física da prestação de cuidados	6	6, 10, 13, 15, 23 e 24
Restrições na vida social	3	8, 18 e 20
Falta de apoio familiar	2	16 e 28
Falta de apoio profissional	2	7 e 27
Problemas financeiros	2	4 e 21

Fonte: Brito (2002); Sequeira (2018)

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

APÊNDICE XI – Notas explicativas da CAMI

Carers' Assessment of Managing Index (CAMI) validada para a população portuguesa

- A escala é composta de 38 itens e em cada um deles o CI deverá responder se resolve o problema descrito da forma apresentada ou não. Em caso afirmativo selecionar-se: “Não dá resultado”, “Dá algum resultado” ou “Dá bom resultado” (Brito, 2002).
- As estratégias utilizadas pelos cuidadores na sua prestação de cuidados podem ser dispostas em três categorias (Brito, 2002 citando Nolan et al., 1996):

Fatores	N.º itens	Questões
Lidar com os acontecimentos adversos/Resolução de problemas	14	1, 3, 5, 10, 13, 14, 15, 17, 18, 23, 29, 30, 31 e 33
Perceções alternativas sobre a situação	15	6, 7, 8, 9, 11, 12, 16, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 32 e 34
Lidar com os sintomas de <i>stress</i>	9	2, 4, 19, 21, 28, 35, 36, 37, 38

Fonte: Brito (2002); Sequeira (2018)

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

APÊNDICE XII – Notas explicativas da Escala de *Barthel*

Escala de *Barthel* validada para a população portuguesa

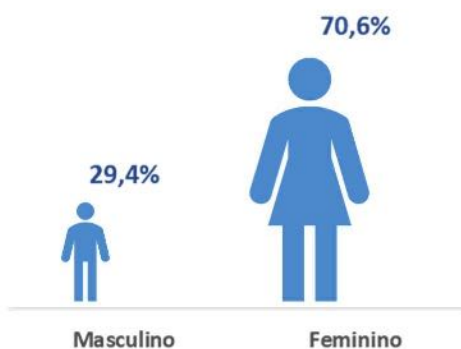
- A escala compõe-se de dez atividades e em cada uma delas há conotações específicas que podem ir da atribuição de 0 valores, 1 valor, 2 valores e 3 valores.
- É atribuído um nível de dependência: total dependência (0-8 valores), dependência grave (9-12 valores), dependência moderada (13-19 valores) e independência total (20 valores) (Araújo et al., 2007 citando Martins, 2004).

APÊNDICE XIII – Gráficos e Tabelas relativas ao Diagnóstico de Situação

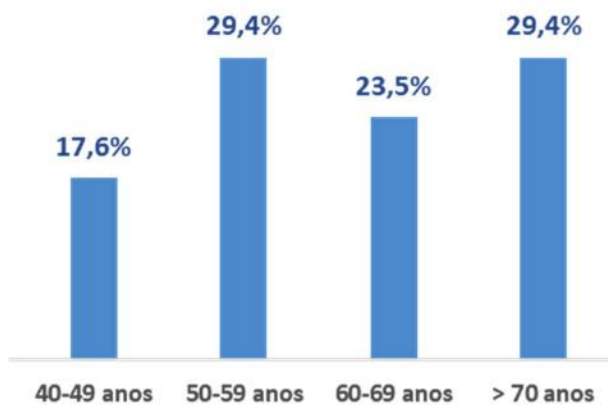
1. Caracterização do Cuidador Informal

a) Caracterização Sociodemográfica

- Sexo



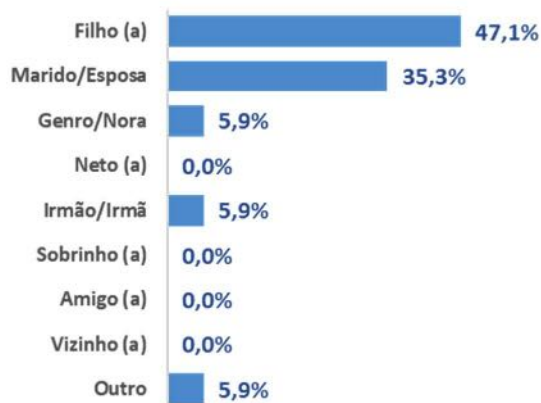
- Grupo etário



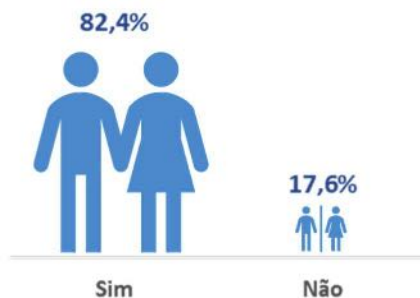
- Estado civil



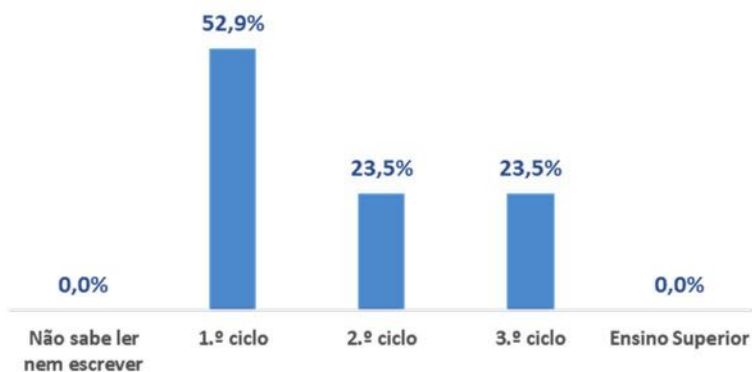
- Grau de parentesco



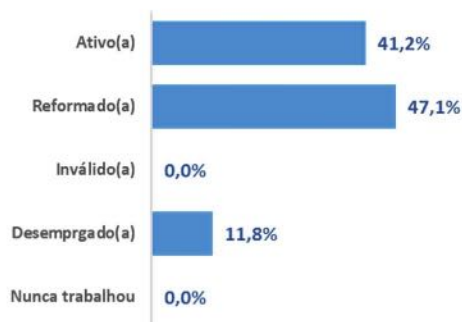
- Coabitação



- Habilitações Literárias



- Situação profissional



- Grau de dificuldade conciliação com o emprego

(dos 7 ativos)



Pensou abandonar o emprego?

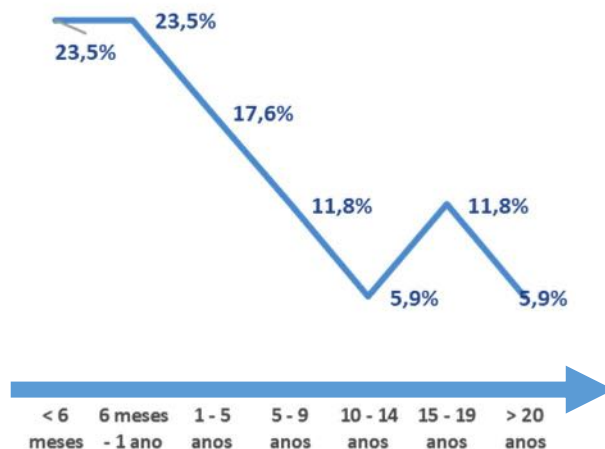


Pensou abandonar o cuidado?

(dos 7 ativos)



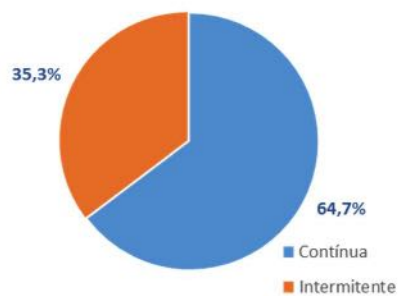
- Tempo de prestação de cuidados



- Motivo de prestação de cuidados



- Duração de cuidados



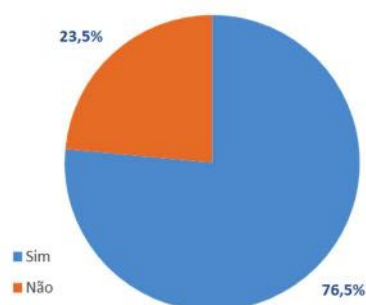
- Ajuda na prestação de cuidados



- Se sim, por parte de quem?

Apoio Domiciliário Particular	23,5%
Centro de Dia	5,9%
Empresa de Prestação de Serviços	5,9%
Centro de Saúde	100%
Outros Familiares	29,4%

- Presença de doença ou incapacidade



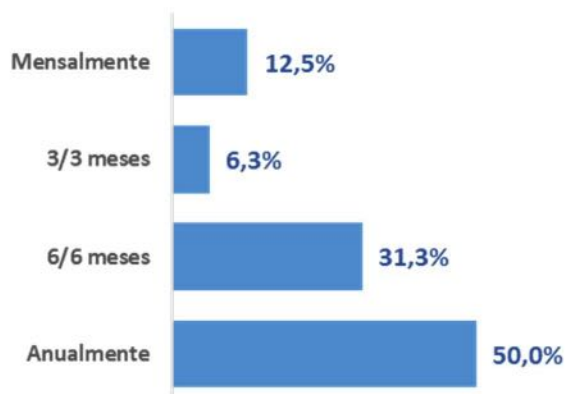
- Se sim, qual?



- **Vigilância de saúde de especialidade**



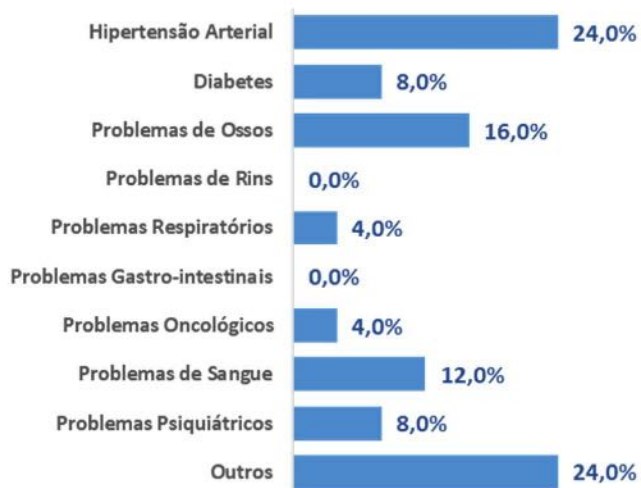
- **Regularidade**



- **Toma de medicação**



- **Finalidade**



b) ESC

		N	%	
1) Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela do que realmente necessita?	Nunca	10	58,8%	
	Quase nunca	1	5,9%	
	Às vezes	3	17,6%	
	Muitas vezes	3	17,6%	
	Quase sempre	0	0,0%	
2) Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	Nunca	2	11,8%	
	Quase nunca	2	11,8%	
	Às vezes	5	29,4%	
	Muitas vezes	3	17,6%	
	Quase sempre	5	29,4%	
3) Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?	Nunca	2	11,8%	
	Quase nunca	3	17,6%	
	Às vezes	5	29,4%	
	Muitas vezes	5	29,4%	
	Quase sempre	2	11,8%	
4) Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?	Nunca	15	88,2%	
	Quase nunca	2	11,8%	
	Às vezes	0	0,0%	
	Muitas vezes	0	0,0%	
	Quase sempre	0	0,0%	
5) Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	Nunca	7	41,2%	
	Quase nunca	1	5,9%	
	Às vezes	9	52,9%	
	Muitas vezes	0	0,0%	
	Quase sempre	0	0,0%	
6) Considera que a situação atual afeta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?	Nunca	11	64,7%	
	Quase nunca	4	23,5%	
	Às vezes	1	5,9%	
	Muitas vezes	0	0,0%	
	Quase sempre	1	5,9%	
7) Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	Nunca	3	17,6%	
	Quase nunca	0	0,0%	
	Às vezes	4	23,5%	
	Muitas vezes	4	23,5%	
	Quase sempre	6	35,3%	

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

		N	%	
8) Considera que o seu familiar está dependente de si?	Nunca	0	0,0%	
	Quase nunca	1	5,9%	■
	Às vezes	3	17,6%	■
	Muitas vezes	3	17,6%	■
	Quase sempre	10	58,8%	■
9) Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	Nunca	4	23,5%	■
	Quase nunca	1	5,9%	■
	Às vezes	4	23,5%	■
	Muitas vezes	4	23,5%	■
	Quase sempre	4	23,5%	■
10) Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	9	52,9%	■
	Quase nunca	2	11,8%	■
	Às vezes	3	17,6%	■
	Muitas vezes	3	17,6%	■
	Quase sempre	0	0,0%	
11) Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	Nunca	6	35,3%	■
	Quase nunca	4	23,5%	■
	Às vezes	5	29,4%	■
	Muitas vezes	0	0,0%	
	Quase sempre	2	11,8%	■
12) Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	Nunca	10	58,8%	■
	Quase nunca	1	5,9%	■
	Às vezes	4	23,5%	■
	Muitas vezes	0	0,0%	
	Quase sempre	2	11,8%	■
13) Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?	Nunca	12	70,6%	■
	Quase nunca	3	17,6%	■
	Às vezes	2	11,8%	■
	Muitas vezes	0	0,0%	
	Quase sempre	0	0,0%	
14) Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	Nunca	1	5,9%	■
	Quase nunca	1	5,9%	■
	Às vezes	7	41,2%	■
	Muitas vezes	0	0,0%	
	Quase sempre	8	47,1%	■

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

		N	%	
15) Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?	Nunca	4	23,5%	
	Quase nunca	6	35,3%	
	Às vezes	3	17,6%	
	Muitas vezes	3	17,6%	
	Quase sempre	1	5,9%	
16) Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	Nunca	9	52,9%	
	Quase nunca	3	17,6%	
	Às vezes	3	17,6%	
	Muitas vezes	1	5,9%	
	Quase sempre	1	5,9%	
17) Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	Nunca	7	41,2%	
	Quase nunca	0	0,0%	
	Às vezes	8	47,1%	
	Muitas vezes	2	11,8%	
	Quase sempre	0	0,0%	
18) Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	Nunca	11	64,7%	
	Quase nunca	0	0,0%	
	Às vezes	5	29,4%	
	Muitas vezes	1	5,9%	
	Quase sempre	0	0,0%	
19) Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	Nunca	3	17,6%	
	Quase nunca	1	5,9%	
	Às vezes	11	64,7%	
	Muitas vezes	1	5,9%	
	Quase sempre	1	5,9%	
20) Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	Nunca	1	5,9%	
	Quase nunca	3	17,6%	
	Às vezes	12	70,6%	
	Muitas vezes	1	5,9%	
	Quase sempre	0	0,0%	
21) Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	Nunca	4	23,5%	
	Quase nunca	3	17,6%	
	Às vezes	10	58,8%	
	Muitas vezes	0	0,0%	
	Quase sempre	0	0,0%	
22) Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar ?	Nunca	1	5,9%	
	Quase nunca	5	29,4%	
	Às vezes	3	17,6%	
	Muitas vezes	5	29,4%	
	Quase sempre	3	17,6%	

c) CADI

Problemas relacionados com o idoso

		N	%		
5	A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim	Não acontece no meu caso	10	58,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	5	29,4%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	1	5,9%	
11	Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	Não acontece no meu caso	10	58,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	4	23,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	2	11,8%	
12	Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido	Não acontece no meu caso	16	94,1%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	0	0,0%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	0	0,0%	
14	A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	Não acontece no meu caso	11	64,7%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	4	23,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	1	5,9%	
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço	Não acontece no meu caso	13	76,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	2	11,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	1	5,9%	
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	Não acontece no meu caso	11	64,7%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	3	17,6%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	2	11,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	1	5,9%	
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	Não acontece no meu caso	13	76,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	2	11,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	1	5,9%	

Reações à prestação de cuidados

		N	%		
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio(a)	Não acontece no meu caso	5	29,4%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	2	11,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	9	52,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	1	5,9%	
2	Por vezes sinto-me "de mão atadas"/sem poder fazer nada para dominar a situação	Não acontece no meu caso	5	29,4%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	0	0,0%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	9	52,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	3	17,6%	
3	Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	Não acontece no meu caso	9	52,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	2	11,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	5	29,4%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	1	5,9%	
9	Chega a transtornar as minhas relações familiares	Não acontece no meu caso	13	76,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	0	0,0%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	4	23,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	0	0,0%	
17	Esta situação faz-me sentir irritado(a)	Não acontece no meu caso	8	47,1%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	7	41,2%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	1	5,9%	
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos	Não acontece no meu caso	6	35,3%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	8	47,1%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	2	11,8%	

29	Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar	Não acontece no meu caso	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	8	47,1%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	7	41,2%	
30	Esta situação faz-me sentir culpado(a)	Não acontece no meu caso	14	82,4%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	0	0,0%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	3	17,6%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	0	0,0%	

Exigências de ordem física da prestação de cuidados

		N	%		
6	A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	Não acontece no meu caso	6	35,3%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	3	17,6%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	4	23,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	4	23,5%	
10	Deixa-me muito cansado(a) fisicamente	Não acontece no meu caso	4	23,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	0	0,0%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	6	35,3%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	7	41,2%	
13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	Não acontece no meu caso	3	17,6%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	5	29,4%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	3	17,6%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	6	35,3%	
15	Ando a dormir pior por causa desta situação	Não acontece no meu caso	4	23,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	0	0,0%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	8	47,1%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	5	29,4%	

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

23	A minha saúde ficou abalada	Não acontece no meu caso	9	52,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	4	23,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	3	17,6%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	1	5,9%	
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência	Não acontece no meu caso	9	52,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	3	17,6%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	3	17,6%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	2	11,8%	

Restrições na vida social

			N	%	
8	Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	Não acontece no meu caso	7	41,2%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	3	17,6%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	6	35,3%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	1	5,9%	
18	Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	Não acontece no meu caso	10	58,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	2	11,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	5	29,4%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	0	0,0%	
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	Não acontece no meu caso	6	35,3%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	2	11,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	7	41,2%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	2	11,8%	

Falta de apoio familiar

		N	%		
16	As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria	Não acontece no meu caso	9	52,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	4	23,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	3	17,6%	
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	Não acontece no meu caso	10	58,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	3	17,6%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	3	17,6%	

Falta de apoio profissional

		N	%		
7	Parece-me que os técnicos de saúde não fazem bem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	Não acontece no meu caso	14	82,4%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	2	11,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	0	0,0%	
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	Não acontece no meu caso	11	64,7%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	4	23,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	1	5,9%	

Problemas financeiros

		N	%		
4	Traz-me problemas de dinheiro	Não acontece no meu caso	9	52,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	1	5,9%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	4	23,5%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	3	17,6%	
21	A qualidade de vida piorou	Não acontece no meu caso	7	41,2%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba	2	11,8%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação	5	29,4%	
		Isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito	3	17,6%	

d) CAMI

Lidar com os acontecimentos adversos/Resolução de problemas

			N	%	
1	Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo	Não procedo dessa forma	5	29,4%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	10	58,8%	
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio	Não procedo dessa forma	7	41,2%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	6	35,3%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	3	17,6%	
5	Planejar com antecedência e assim estar preparado(a) para as coisas que possam acontecer	Não procedo dessa forma	7	41,2%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	3	17,6%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	6	35,3%	
10	Procurar obter toda a informação acerca do problema	Não procedo dessa forma	1	5,9%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	6	35,3%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	10	58,8%	
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder	Não procedo dessa forma	2	11,8%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	5	29,4%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	10	58,8%	
14	Manter a pessoa de quem cuido tão ativa quanto possível	Não procedo dessa forma	1	5,9%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	2	11,8%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	6	35,3%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	8	47,1%	
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível	Não procedo dessa forma	6	35,3%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	4	23,5%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	6	35,3%	
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais	Não procedo dessa forma	1	5,9%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	3	17,6%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	13	76,5%	

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

		N	%		
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução	Não procedo dessa forma	0	0,0%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	6	35,3%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	11	64,7%	
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam	Não procedo dessa forma	5	29,4%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	8	47,1%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	4	23,5%	
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido	Não procedo dessa forma	1	5,9%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	10	58,8%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	6	35,3%	
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte	Não procedo dessa forma	1	5,9%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	7	41,2%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	8	47,1%	
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes	Não procedo dessa forma	5	29,4%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	3	17,6%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	9	52,9%	
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela	Não procedo dessa forma	1	5,9%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	8	47,1%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	7	41,2%	

Perceções alternativas sobre a situação

		N	%		
6	Ver o lado cómico da situação	Não procedo dessa forma	2	11,8%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	11	64,7%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	4	23,5%	
7	Pensar que há sempre quem esteja pior de que eu	Não procedo dessa forma	0	0,0%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	4	23,5%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	12	70,6%	
8	Cerrar os dentes e continuar	Não procedo dessa forma	10	58,8%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	4	23,5%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	3	17,6%	
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido	Não procedo dessa forma	1	5,9%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	3	17,6%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	13	76,5%	
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está	Não procedo dessa forma	5	29,4%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	12	70,6%	
12	Viver um dia de cada vez	Não procedo dessa forma	0	0,0%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	17	100,0%	
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes	Não procedo dessa forma	5	29,4%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	5	29,4%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	6	35,3%	
20	Aceitar a situação tal qual como ela é	Não procedo dessa forma	0	0,0%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	7	41,2%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	10	58,8%	

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

			N	%	
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe	Não procedo dessa forma	9	52,9%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	7	41,2%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	1	5,9%	
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas	Não procedo dessa forma	5	29,4%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	6	35,3%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	6	35,3%	
25	Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação	Não procedo dessa forma	0	0,0%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	8	47,1%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	8	47,1%	
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar no pensamento	Não procedo dessa forma	7	41,2%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	7	41,2%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	2	11,8%	
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções	Não procedo dessa forma	3	17,6%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	2	11,8%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	10	58,8%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	2	11,8%	
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação	Não procedo dessa forma	0	0,0%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	11	64,7%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	5	29,4%	
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação	Não procedo dessa forma	6	35,3%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	11	64,7%	

Lidar com os sintomas de *stress*

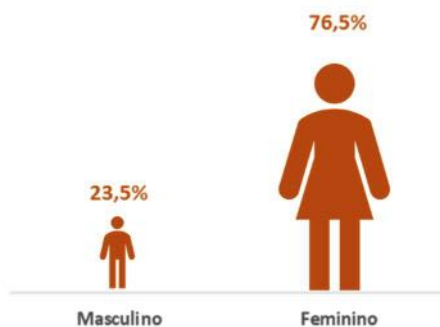
		N	%		
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante	Não procedo dessa forma	7	41,2%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	6	35,3%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	3	17,6%	
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio(a)	Não procedo dessa forma	5	29,4%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	3	17,6%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	6	35,3%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	3	17,6%	
19	Chorar um bocado	Não procedo dessa forma	4	23,5%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	4	23,5%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	9	52,9%	
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante	Não procedo dessa forma	4	23,5%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	8	47,1%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	5	29,4%	
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género	Não procedo dessa forma	8	47,1%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	8	47,1%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	1	5,9%	
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico	Não procedo dessa forma	15	88,2%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	1	5,9%	
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes	Não procedo dessa forma	15	88,2%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	1	5,9%	

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

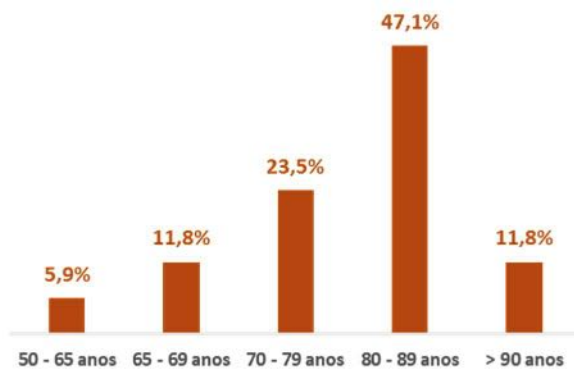
		N	%		
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras	Não procedo dessa forma	16	94,1%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	1	5,9%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	0	0,0%	
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar de pessoas	Não procedo dessa forma	7	41,2%	
		Faço assim e acho que não dá resultado	0	0,0%	
		Faço assim e acho que dá algum resultado	7	41,2%	
		Faço assim e acho que dá bom resultado	3	17,6%	

2. Caracterização do idoso

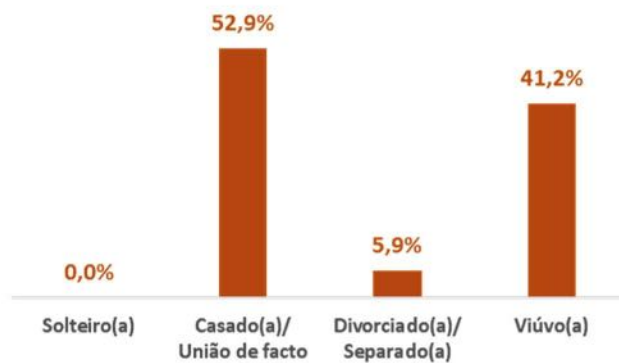
- Sexo



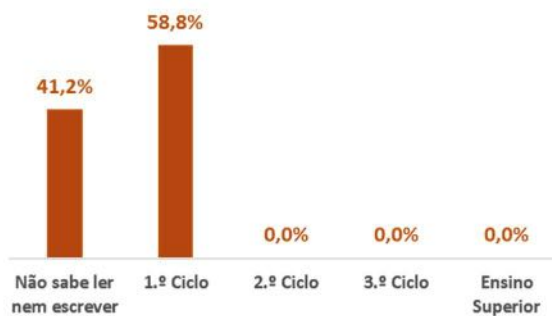
- Grupo etário



- Estado Civil



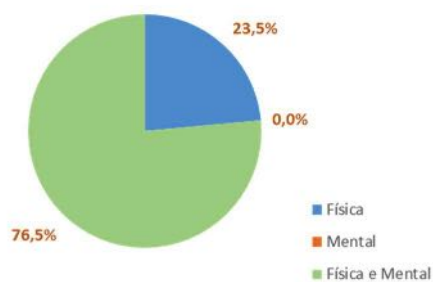
- Habilitações Literárias



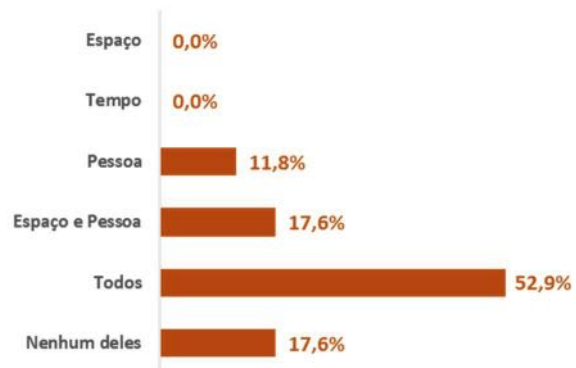
- Motivo da Dependência



























- Tipo de Dependência











- **Orientação**



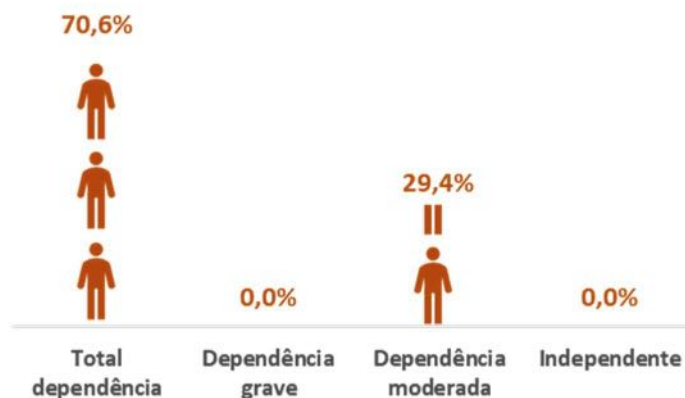
• Escala de *Lawton & Brody*














		N	%	
 Usar o telefone	Não é capaz de usar o telefone	10	58,8%	
	Atende o telefone mas não marca números	2	11,8%	
	É capaz de marcar alguns números familiares	3	17,6%	
	Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números	2	11,8%	
 Fazer compras	Totalmente incapaz de ir às compras	16	94,1%	
	Necessita de ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra	1	5,9%	
	Realiza sozinho(a) as compras pequenas	0	0,0%	
	Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias	0	0,0%	
 Preparação da comida	Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	11	64,7%	
	Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada	1	5,9%	
	Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos	4	23,5%	
	Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinha	1	5,9%	
 Cuidado com a casa	Não participa em nenhuma tarefa doméstica	11	64,7%	
	Necessita de ajuda em todas as tarefas da lida de casa	3	17,6%	
	Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza	2	11,8%	
	Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama	1	5,9%	
	Mantém a casa arrumada, sozinha ou com a ajuda ocasional (para trabalhos pesados)	0	0,0%	
 Lavar a roupa	Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa	14	82,4%	
	Lava sozinho(a) apenas peças pequenas	2	11,8%	
	Lava sozinho(a) toda a sua roupa	1	5,9%	
 Usar meios de transporte	Não viaja	17	100,0%	
	Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda dos outros	0	0,0%	
	Viaja em transportes públicos quando acompanhada de alguém	0	0,0%	
	É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte	0	0,0%	
	Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro	0	0,0%	

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência


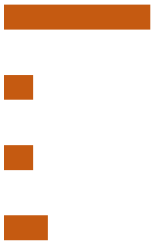










 Responsabilidade medicação	Não é capaz de se responsabilizar	14	82,4%	
	Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente	2	11,8%	
	É responsável por tomar a sua medicação nas doses corretas e à hora certa	1	5,9%	
 Capacidade p/ assuntos económicos	Incapaz de gerir o dinheiro	14	82,4%	
	Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco.	2	11,8%	
	Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a)	1	5,9%	

- Escala de *Barthel*



		N	%	
 Higiene Pessoal	0 - Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	13	76,5%	
	1 - Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho	4	23,5%	
 Tomar banho	0 - Não consegue tomar banho sozinho	15	88,2%	
	1 - Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro	2	11,8%	
 Vestir	0 - Precisa sempre de ajuda de outra pessoa para se vestir	9	52,9%	
	1 - Precisa de ajuda para algumas coisas	8	47,1%	
	2 - Veste-se sozinho	0	0,0%	
 Alimentação	0 - Não consegue alimentar-se sozinho	8	47,1%	
	1 - Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar manteiga, etc.	4	23,5%	
	2 - Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho	5	29,4%	

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

 Levantar	0 - Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio 1 - Necessita de uma grande ajuda física para passar da cama para a cadeira 2 - Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) 3 - Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade	10 2 2 3	58,8% 11,8% 11,8% 17,6%	
 Subir e descer escadas	0 - Não consegue subir e descer escadas 1 - Precisa de ajuda para subir e descer escadas 2 - Consegue subir e descer escadas	13 3 1	76,5% 17,6% 5,9%	
 Andar	0 - Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas 1 - Consegue andar sozinho em cadeira de rodas 2 - Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa 3 - Consegue andar (com ou sem bengala, andarilho, canadiana, etc)	10 2 1 4	58,8% 11,8% 5,9% 23,5%	
 Controlo da Função Intestinal	0 - Não controla as fezes, ou só evacua com ajuda de clister 1 - Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes 2 - Controla bem esta função	9 3 5	52,9% 17,6% 29,4%	
 Controlo da Função Urinária	0 - Não controla urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos 1 - Perde urina acidentalmente 2 - Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos	9 4 4	52,9% 23,5% 23,5%	
 Ida à casa de banho	0 - Não consegue ir à casa de banho sozinho 1 - Precisa de ajuda, mas consegue fazer alguma coisa sozinho 2 - Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho	11 1 5	64,7% 5,9% 29,4%	

**APÊNDICE XIV – Indicadores de Saúde do Diagnóstico de Situação,
tendo em conta a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman**

Indicadores do Diagnóstico de Situação

Variável	Core	Linha de Resistência	Linha Normal de Defesa
Fisiológica	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo do CI; • Sexo do Idoso; • Idade do CI • Idade do idoso; • Estado Civil do Ci; • Estado Civil do Idoso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vigilância de Saúde do CI; • Medicação do CI; • Falta de apoio familiar (CADI); • Falta de apoio profissional (CADI). 	<ul style="list-style-type: none"> • Número de horas de prestação de cuidados; • Nível de Sobrecarga no seu score total (ESC); • Impacto na prestação de cuidados (ESC) • Exigências de ordem física na prestação de cuidados (CADI);
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Grau de Parentesco com o Idoso. 		<ul style="list-style-type: none"> • Relação interpessoal (ESC); • Problemas relacionais com o idoso (CADI); • Reações à prestação de cuidados (CADI).
Sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades Literárias do CI • Habilidades Literárias do Idoso; • Situação profissional do CI. 		<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas com o cuidar (ESC); • Percepção da autoeficácia (ESC); • Restrições de Vida Social (CADI); • Problemas financeiros (CADI); • Mecanismos de <i>coping</i> (CAMI).
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estado de Saúde do CI; • Estado de Saúde do idoso; • Doença ou Incapacidade do CI; • Tipo de dependência do Idoso (física e/ou mental); • Nível de dependência do idoso (ABVD's e AIVD's); • Orientação do idoso (espaço, tempo e pessoa). 		

Nota: No presente quadro não foram contemplados nem a Linha Flexível de Defesa, nem a variável Espiritual por não ter sido feita avaliação, por intermédio de escalas, índices ou questionários, de dados que pudessem configurar essas componentes no modelo de Sistemas de Betty Neuman.

APÊNDICE XV – Método do Plano de Biscaia aplicado ao projeto

Método do Plano de Biscaia aplicado ao Projeto

Problemas Identificados (pela CADI)	Critérios de priorização				Total	Prioridade
	Magnitude	Transcendência Social	Transcendência Económica	Factibilidade tecnológica ou Vulnerabilidade		
Problemas relacionados com o Idoso	1	1	1	2	5	6
Reações à prestação de cuidados	3	3	2	2	10	2
Exigência de ordem física na prestação de cuidados	3	3	3	3	12	1
Restrições na vida social	2	2	3	3	10	2
Falta de apoio familiar	2	2	2	1	7	5
Falta de apoio profissional	1	1	2	3	8	4
Problemas financeiros	3	3	2	1	9	3

APÊNDICE XVI – Explicitação das percentagens enunciadas nos Indicadores de Atividade

Percentagens enunciadas nos indicadores de Atividade

- **% de adesão ao PPGS nas 5 fases preconizadas** = $(N.^{\circ} \text{ de CI's da amostra que aderiram ao PPGS} / N.^{\circ} \text{ de CI's da amostra total}) \times 100$;
- **% de conclusão do PPGS nas 5 fases preconizadas** = $(N.^{\circ} \text{ de CI's da amostra que completaram o PPGS nas 5 fases} / N.^{\circ} \text{ de CI's da amostra total}) \times 100$;
- **% de realização de sessões de EpS/DdG realizadas na UCC** = $(N.^{\circ} \text{ de sessões de EpS/DdG realizadas na UCC} / N.^{\circ} \text{ de sessões de EpS/DdG previstas a realizar na UCC}) \times 100$;
- **% de adesão dos CI's de idosos em situação de dependência da amostra que frequentaram as sessões de EpS/DdG** = $(N.^{\circ} \text{ de CI's da amostra que frequentaram as sessões de EpS/DdG} / N.^{\circ} \text{ de CI's da amostra total}) \times 100$;
- **% de adesão nas sessões de EpS/DdG realizadas na UCC** = $(N.^{\circ} \text{ de participantes que frequentaram as sessões de EpS/DdG na UCC} / N.^{\circ} \text{ de participantes que estavam programados participar nas sessões de EpS/DdG na UCC mediante inscrição e/ou confirmação telefónica}) \times 100$;
- **% de satisfação dos participantes das sessões de EpS/DdG realizadas na UCC** = $(N.^{\circ} \text{ de participantes nas sessões de EpS/DdG que avaliaram de forma positiva a sessão (Satisfeito ou Muito satisfeito)} / \text{no total de participantes na sessão que avaliaram a sessão}) \times 100$;
- **% de realização de ações formativas para a equipa de Enfermagem da UCC** = $(N.^{\circ} \text{ de ações formativas realizadas para a equipa de Enfermagem da UCC} / N.^{\circ} \text{ de ações formativas programadas para a equipa de Enfermagem da UCC}) \times 100$;
- **% de adesão dos elementos da equipa de Enfermagem da UCC nas ações formativas** = $(N.^{\circ} \text{ de elementos da equipa de Enfermagem da UCC que frequentaram as ações formativas} / N.^{\circ} \text{ de elementos totais da equipa de Enfermagem da UCC}) \times 100$;

- **% de satisfação dos elementos da equipa de Enfermagem da UCC nas ações formativas** = $(\text{N.º de elementos da equipa de Enfermagem da UCC que avaliaram de forma positiva a sessão (Satisfeito ou Muito satisfeito)} / \text{N.º total de enfermeiros da UCC que avaliaram a sessão}) \times 100$;
- **% de realização de eventos de cariz interdisciplinar junto da comunidade na área temática do CI** = $(\text{N.º de eventos realizadas de cariz interdisciplinar na comunidade na área temática do CI} / \text{N.º de eventos programadas de cariz interdisciplinar na comunidade na área temática do CI}) \times 100$.

APÊNDICE XVII – Diagrama de Gantt na fase de Execução do Plano

Diagrama de Gantt na fase de Execução do Plano



APÊNDICE XVIII – Atividades desenvolvidas mediante as metas traçadas

Atividades desenvolvidas mediante as metas traçadas

Objetivo geral	Objetivos Específicos	Metas	Atividades/Intervenções	Recursos	Avaliação
Contribuir para melhorar a gestão da sobrecarga dos CI de idosos em situação de dependência numa UCC pertencente a um agrupamento de centros de saúde da região LVT.	Capacitar os CI de idosos em situação de dependência numa UCC pertencente a um agrupamento de centros de saúde da região LVT, na diminuição do nível de sobrecarga.	Diminuir, em pelo menos, 5% dos CI os níveis de sobrecarga	<ul style="list-style-type: none"> • PPGS; • Sessão de EpS/DdG 1, 2, 3, 4; • Encontro do CI; • Ações formativas para equipa de Enfermagem da UCC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mestranda; • Orientadora de Estágio; • Enfermeiros Gestores de Caso; • Enfermeiros Especialistas; • Psicóloga; • Parceiros da Comunidade; • Estudantes de Licenciatura e Mestrado em Enfermagem. 	<p>Indicadores de Resultado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • % de CI's que diminuíram o seu nível de sobrecarga; • % de CI's que mantiveram o seu nível de sobrecarga em níveis "sem sobrecarga" ou "sobrecarga ligeira"; • % de CI's que melhoram na capacidade de mobilizar estratégias de <i>coping</i>. <p>Indicadores de Atividade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • % de adesão PPGS nas 5 fases preconizadas; • % de conclusão PPGS do stress nas 5 fases preconizadas; • % de realização de sessões de EpS/DdG realizadas na UCC; • % de adesão de CI's de idosos em situação de dependência da amostra que frequentaram as sessões de EpS/DdG; • % de adesão nas sessões de EpS/DdG realizadas na UCC; • % de satisfação dos participantes nas sessões de EpS/DdG realizadas na UCC; • % de realização de ações formativas para a equipa de Enfermagem da UCC; • % de adesão nas ações formativas para a equipa de Enfermagem da UCC; • % de satisfação dos elementos da equipa de Enfermagem da UCC nas ações formativas; • % de realização de eventos de cariz interdisciplinar junto da comunidade na área temática do CI.
	Capacitar os CI de idosos em situação de dependência numa UCC pertencente a um agrupamento de centros de saúde da região LVT para mobilizar estratégias de <i>coping</i> adequadas para gerir a sobrecarga.	Aumentar, em pelo menos, 10% dos CI o uso de estratégias de <i>coping</i> diárias que contribuam para gerir a sobrecarga.	<ul style="list-style-type: none"> • PPGS; • Sessão de EpS/DdG 1, 2, 3, 4; • Ações formativas para equipa de Enfermagem da UCC 	<ul style="list-style-type: none"> • Mestranda; • Orientadora de Estágio; • Enfermeiros Gestores de Caso; • Enfermeiros Especialistas; • Psicóloga; • Parceiros da Comunidade; • Estudantes de Licenciatura e Mestrado em Enfermagem. 	

APÊNDICE XIX – Desenvolvimento de PPGS nas várias fases

Desenvolvimento de PPGS nas várias fases

Cuidador	Tipo de situação stressante	Objetivo a atingir	Fonte de stress/ Tipo de dificuldade (CADI)	Análise da situação através de:	Estratégia ajustada
1	<ul style="list-style-type: none"> Vivência da doença do idoso dependente com consequente saturação e sensação de estar com alguém só em corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar a conseguir lidar com esta situação. 	<ul style="list-style-type: none"> Uma perceção; Reação à prestação de cuidados/ Problemas com o idoso; 	<ul style="list-style-type: none"> Genograma, Ecomapa; História de Vida; 	<p><u>Modificação do problema</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Valorização do percurso de vida; Apreciar os pequenos ganhos do presente; Reconhecer recursos internos e tributos pessoais; Reforçar laços; Criação de distância emocional; Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC.
2	<ul style="list-style-type: none"> Gestão do tempo por CI ter vida profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar a conseguir gerir vida profissional com papel de CI. 	<ul style="list-style-type: none"> Um acontecimento e suas consequências; Exigência física na prestação de cuidados/ reações à prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> Genograma, Ecomapa; Estratégias de organização pessoal; Delegação de tarefas. 	<p><u>Resolução de problemas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Gestão das folgas: tarefas e frequência; Traçar de objetivos realistas; Procura de apoio externo formal e/ou informal; Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC.
3	<ul style="list-style-type: none"> Estado apelativo do idoso dependente <i>versus</i> realização das tarefas domésticas. 	<ul style="list-style-type: none"> Saber lidar melhor com esta situação. 	<ul style="list-style-type: none"> Um acontecimento e suas consequências; Exigência física na prestação de cuidados/ reações à prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> Genograma e Ecomapa; História de vida; Estratégias de organização pessoal. 	<p><u>Resolução de problemas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Resolução de problema face a um comportamento difícil da pessoa; Perceber as várias vertentes que despoletam o problema; Agir para fazer face aos fatores que influam esse comportamento; Assertividade; Gestão familiar;

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

					<ul style="list-style-type: none"> • Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Pouca ajuda física no cuidar (ex. posicionamentos). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de manter o conforto e conseguir realizar os posicionamentos da melhor forma sem prejudicar a saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Um acontecimento e suas consequências; • Exigência física na prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genograma e Ecomapa; • Ajudas técnicas disponíveis; • Avaliação dos Pré-requisitos para o cuidar. 	<p><u>Resolução de problemas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ações educativas individuais; • Adaptação do meio ambiente; • Reforço positivo e valorização nas capacidades e habilidades pessoais; • Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC
5	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupação quanto ao futuro do idoso dependente tendo em conta as suas reações pessoais face ao aumento da dependência e doença pessoal do CI. 				
6	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão do tempo tendo em conta situação profissional e papel de CI. 	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a capacidade de gestão do tempo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Um acontecimento e suas consequências; • Exigência física na prestação de cuidados/ reações à prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genograma, Ecomapa; • Estratégias de organização pessoal; • Delegação de tarefas. 	<p><u>Resolução de problemas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão das folgas: tarefas e frequência; • Traçar de objetivos realistas; • Procura de apoio externo formal e/ou informal; • Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC.
7					
8	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão do tempo tendo em conta situação profissional e papel de CI 	<ul style="list-style-type: none"> • Saber gerir melhor o tempo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Um acontecimento e suas consequências • Exigência física na prestação de cuidados/ 	<ul style="list-style-type: none"> • Genograma, Ecomapa; • Estratégias de organização pessoal; 	<p><u>Resolução de problemas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão das folgas: tarefas e frequência; • Traçar de objetivos realistas;

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

			reações à prestação de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Delegação de tarefas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Procura de apoio externo formal e/ou informal; • Aprender a delegar tarefas; • Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC
9	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento da dependência do idoso cuidado e não conseguir dar resposta do ponto de vista físico. 				
10	<ul style="list-style-type: none"> • Exigência física e falta de apoio nos cuidados de higiene ao idoso dependente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encontrar formas de obter apoio para os cuidados de higiene. 	<ul style="list-style-type: none"> • Um acontecimento e suas consequências; • Exigência física na prestação de cuidados/Falta de apoio profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genograma e Ecomapa; • Ajudas técnicas disponíveis; • Abertura quanto a ajuda de parceiros da comunidade. 	<u>Resolução de Problemas/Procura de Apoio</u> <ul style="list-style-type: none"> • Dar indicações de ajudas técnicas para auxiliar na higiene; • Adaptação do meio ambiente; • Ajuda de um elemento familiar para ajudar na escolha de qual o parceiro da comunidade para poder auxiliar na higiene; • Escolha de um parceiro da comunidade; • Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC.
11	<ul style="list-style-type: none"> • Conflito familiar que têm consequências na prestação de cuidados ao idoso dependente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrapassar o conflito familiar com impacto na prestação de cuidados. 			
12	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de impotência e insegurança face ao idoso dependente com repercussão no isolamento do CI no domicílio 	<ul style="list-style-type: none"> • Gerir este sentimento e conseguir ter momentos de lazer para si. 	<ul style="list-style-type: none"> • Uma percepção; • Restrição de vida social/ Reações à prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genograma e Ecomapa; • Perceber as principais mudanças e impacto na sua vida com a doença da pessoa; 	<u>Alternativas na percepção</u> <ul style="list-style-type: none"> • Manutenção das atividades possíveis (domicílio ou fora deste); • Traçar de objetivos realistas; • Valorizar conquistas diárias independentemente da sua magnitude;

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

				<ul style="list-style-type: none"> Atividades que gosta de fazer. 	<ul style="list-style-type: none"> Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC.
13	<ul style="list-style-type: none"> Assistir à degradação humana do idoso dependente. 	<ul style="list-style-type: none"> Conseguir lidar melhor com esta situação. 			
14	<ul style="list-style-type: none"> Higiene na cama do idoso dependente realizada apenas pelo CI. 	<ul style="list-style-type: none"> Melhorar a forma como dá banho de forma autónoma. 	<ul style="list-style-type: none"> Um acontecimento e suas consequências; Exigência física na prestação de cuidados/ Reações à prestação de cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> Genograma e Ecomapa; Ajudas técnicas disponíveis; Pré-requisitos para a prestação de cuidados. 	<p style="text-align: center;"><u>Resolução de Problemas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ações educativas sobre banho na cama, posicionamentos e postura; Teachback; Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC
15					
16	<ul style="list-style-type: none"> Reações intempestivas do idoso dependente contra o CI. 	<ul style="list-style-type: none"> Conseguir lidar melhor com esta situação. 	<ul style="list-style-type: none"> Um acontecimento e suas consequências; Problemas com a pessoa cuidada/ Reações à prestação cuidados. 	<ul style="list-style-type: none"> Genograma e Ecomapa; Análise do comportamento difícil nas suas várias vertentes; e circunstâncias; História de vida familiar. 	<p style="text-align: center;"><u>Resolução de Problemas</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Procurar soluções possíveis face aos fatores identificados Ex. Dar sensação/Proporcionar controlo sobre aspetos da vida, envolver nas soluções; Demonstração de possíveis inconiventes em alguns fatores Ex. Confrontação; Dar tempo e espaço/mostrar disponibilidade posterior; Utilizar familiares como recurso; Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC.
17	<ul style="list-style-type: none"> O CI passar muitas horas sem apoio para mudar fralda ou posicionar o idoso dependente. 	<ul style="list-style-type: none"> Ter mais ajuda para conseguir mudar a fralda e posicionar. 	<ul style="list-style-type: none"> Um acontecimento e suas consequências Exigência física na prestação de cuidados/Falta de apoio profissional. 	<ul style="list-style-type: none"> Genograma e Ecomapa; Ajudas técnicas disponíveis; Pré-requisitos; Abertura quanto a ajuda de parceiros da 	<p style="text-align: center;"><u>Resolução de Problemas/Procura de Apoio/Adaptação do meio Ambiente</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Ações educativas sobre mobilizações, posicionamentos, adaptações no quarto e ajudas técnicas;

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

				comunidade para ajudar durante o dia.	<ul style="list-style-type: none">• Reunião com familiar mais próximo e qual o contributo para auxiliar na situação;• Apresentação de parceiros na comunidade;• Reunião com responsável de um dos parceiros da comunidade;• Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC.
--	--	--	--	---------------------------------------	---

Legenda:



Perda do CI durante o PPGS

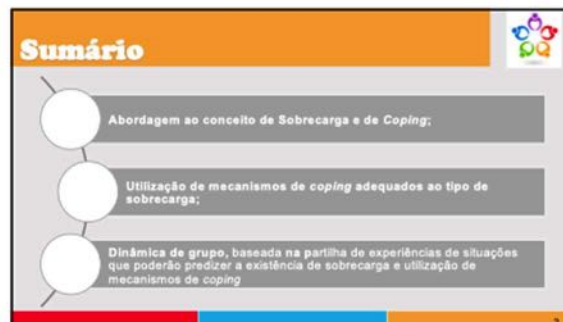
CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

APÊNDICE XX – Sessões de EpS/DdG

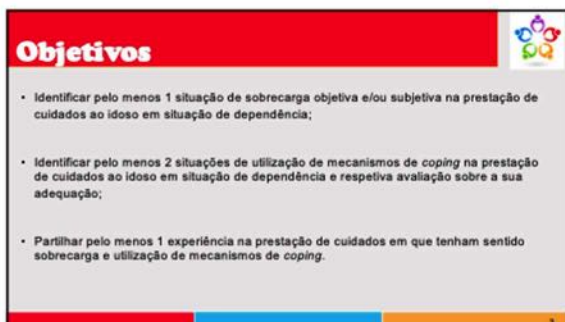
1.ª Sessão de EpS/DdG



1



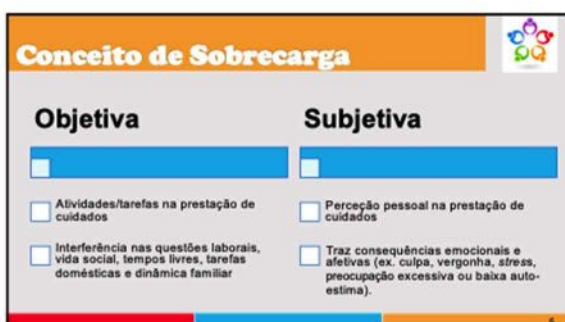
2



3



4



5



6

Consequências da Sobrecarga

Fontes de Stress

Sem sobrecarga

Sobrecarga ligeira

Sobrecarga Intensa

Não conseguir encontrar estratégias

- Ansiedade
- Sintomas depressivos
- Diminuição do auto-cuidado
- Vontade de abandonar os cuidados
- Alterações da saúde física e psicológica

7

Estratégias diárias (Coping)

Comportamentos/Ações

Lidar com os acontecimentos adversos/resolução de problemas

Lidar com os sintomas de stress

Perceções alternativas sobre uma situação

8

Estratégias diárias (Coping)

Que mau... Já não consigo fazer nada... Que chato.

Triste, aborrecida, raiva

Oiha vou aproveitar e vejo um filme no sofá

Prazer, satisfação, alegria

9

Dinâmica de Grupo

10

Estratégias de Coping (situações mais complexas)

- Resolução de Problemas;
- Procura de apoio;
- Modificação de pensamento;
- Procura do sentido/significado do que vivemos;
- Técnicas de relaxamento.

Ajuda especializada!

11

Síntese

Dificuldades diárias potenciadoras de gerar situações de sobrecarga

- Problemas relacionados com o familiar
- Reações pessoais à prestação de cuidados
- Exigências de ordem física
- Isolamento/Restrições na vida social
- Falta de apoio familiar
- Falta de apoio profissional
- Problemas financeiros

12

Conclusão

13

Questões?

Seção "Educar para Cuidar"

UCC ROSÁRIA PONTINHA


Projetos CuidAR, emília

Feito em 2011 Diana Roriz

14

2.ª Sessão de EpS/DdG

Sessão "Educar para Cuidar"
UCC MOSTRA PONTINHA



Cuidar é exigente fisicamente...

Que melhorar?

Projeto CuidAR mulheres

Realizado por:
Diana Roriz

1

Sumário

- Conceito de Mecânica Corporal
- Consequências do uso incorreto da mecânica corporal;
- Componentes da mecânica corporal, nomeadamente no equilíbrio e postura;
- Ajudas de ordem técnica a complementar a mecânica corporal.


2

Objetivos

- Identificar os componentes essenciais na otimização da mecânica corporal;
- Identificar 3 fatores de ordem física que podem melhorar o equilíbrio e postura;
- Identificar 3 ajudas de ordem técnicas que podem complementar a mecânica corporal.

3

Mecânica Corporal



4

Mecânica Corporal

ALINHAMENTO CORPORAL

- segmentos corporais colocados respeitando a sua anatomia e fisiologia;
- diminui a força sobre as articulações, tendões, ligamentos e músculos;
- estabilidade;
- a coluna vertebral é o «eixo» de um bom alinhamento;
- com mínimo de sobrecarga das estruturas para o máximo de eficiência na utilização do corpo.



5

Mecânica Corporal

Posição do corpo em que o peso se encontra dividido equitativamente pela superfície de apoio e que permite manter a postura correta.

- Base de sustentação
- Centro de Gravidade
- Linha de Gravidade



6

7

Uso incorreto - Mecânica Corporal

Fadiga Dor Lesões

7

8

Uso incorreto - Mecânica Corporal

8

9

Equilíbrio e Postura

◆ BASE DE SUSTENTAÇÃO

- área onde a pessoa está apoiada
- quanto maior, maior a estabilidade alcançada;
- pés devem estar virados no sentido do movimento.

9

10

Equilíbrio e Postura

◆ CENTRO DE GRAVIDADE

- zona mais pesada do corpo.
- ponto exato em que o peso da parte superior do corpo é igual ao da parte inferior.
- Localiza-se abaixo da zona umbigo.
- Aproximidade à base de sustentação determina a estabilidade do equilíbrio.

10

11

Equilíbrio e Postura

◆ LINHA DE GRAVIDADE

- é uma linha imaginária traçada perpendicularmente ao centro de gravidade do objeto.
- quando a linha de gravidade cai dentro da base de sustentação, obtém-se maior estabilidade.

11

12

Equilíbrio e Postura

Equilíbrio

Desequilíbrio

12

Mecânica corporal: que fatores perturbam?

Inclinação do tronco



**Transporte de cargas/
Mobilização de pesos**



13

Mecânica Corporal: que dicas?





14

Mecânica Corporal: que dicas?



Ambiente Seguro



Planejar o movimento e esforço



Regular a altura



Ajudas técnicas



Otimizar a postura



15

Mecânica Corporal: que dicas?



Flexão dos joelhos

Evitar grande inclinação do tronco para a frente

Evitar rotação da coluna, usar os pés para orientar o movimento

Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar

Ao levantar objetos colocá-los o mais próximo possível do corpo, mantendo os membros superiores junto ao tronco.



16

Mecânica Corporal: que dicas?



Sempre que possível peça ajuda!



Mesmo quando a ajuda é a própria pessoa, quando possível.



17

Mecânica Corporal: que dicas?



Elevar a Cabeceira



Frente a frente



Uso das calças como ponto de apoio



Cadeira de rodas travada

Lençol resguardado


Toda a colaboração possível

Uso da mecânica corporal



18



Síntese



Uso do corpo de forma mais eficaz e eficiente

+

Ajudas possíveis

19

Sessão "Educar para Cuidar"
UCC MOSTRA PONTINHA



QUESTÕES?

Problema CuidAR melhor

Realizado por
Diana Roriz

20

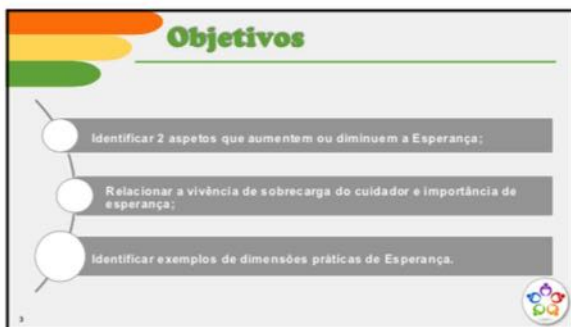
3.ª Sessão de EpS/DdG



1



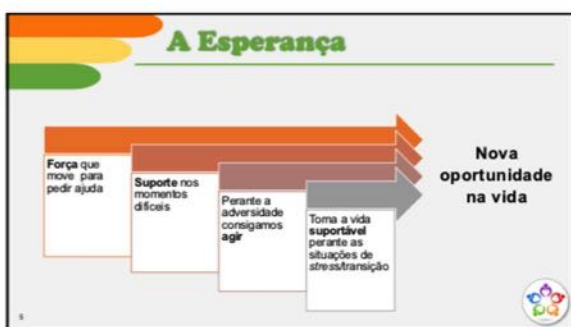
2



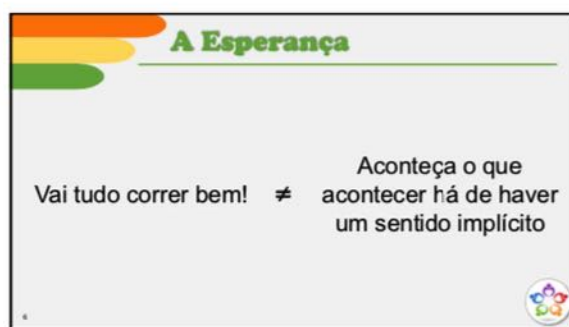
3



4



5



6

A Esperança

Dar sentido à vida


Permite atingir objetivos

Um futuro melhor

Fator determinante para recuperar

Otimismo

Pode ser "trabalhada"



7

A Esperança nos Cuidadores

Aspectos que aumentem a esperança:

- Fé
- Boas relações com os outros (família, amigos, profissionais)
- Paixão

Importante mobilizar para enfrentar

Ameaças à esperança:

- Sofrimento físico do familiar
- Dificuldades no cuidar
- Falta de Informação
- Solidão
- Sensação de exaustão
- Medo do futuro

Importante identificar para reagir





8

A Esperança nos Cuidadores

Trabalho em esperança

- Cura
- Aquisição de Estratégias de coping
- Definição de objetivos
- Descoberta de sentido no sofrimento e na doença



9

A Esperança nos Cuidadores

Doença do familiar

CUIDADOR

Esperança

Dúvidas
Incertezas
Medos
Preocupações
Sobrecarga




10

Exemplo prático de Esperança

CUIDADOR

Atender às necessidades físicas e emocionais

Cura

Viver mais tempo

1

2

3

Médicas de Conforto

Sintomas controlados

"Estar com..."

Morte pacífica

FASES DA DOENÇA DA PESSOA CUIDADA




11

Dimensões da Esperança

Objetos de esperança

Humor

Memórias

Pensamento Positivo ou outros pensamentos

Deixar um legado

Expressar e controlar emoções

Mobilizar forças interiores

Manter crenças / práticas espirituais ou religiosas

Viver o dia-a-dia

Manter relações positivas com família, amigos e profissionais

Traçar metas e objetivos para futuro

Priorizar

Informação adequada

Qualidade de vida e Satisfação do Cuidador




12

Áreas de Intervenção da Esperança

Recursos e ameaças à esperança • Exemplo: Brasão da esperança	Relembrar memórias de esperança do passado • Exemplo: álbum de esperança ou kit de esperança	Viver melhor o presente • Exemplo: Cartas de gratidão ou perdão • Exemplo: momentos de relaxamento	Planear o futuro • Exemplo de definição de objetivo.
---	--	---	--

Pequeno contributo à esperança para hoje!

13

Brasão da Esperança

Esperança
Escudo protetor na vida das pessoas
Ex. doença grave

Arma de defesa dos guerreiros

Desafio: Pensar no percurso de vida, nas situações difíceis que já viveu e que recursos mobilizou para conseguir superar, com ajuda e confiança em si mesmo.

14

Brasão da Esperança

Alguém próximo que aumenta a sua esperança → Um sentimento que o faça ter esperança

Crença que o ajude a ter esperança → Uma experiência de esperança no passado

15

Síntese

ESPERANÇA EM CUIDADORES DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA → BEM ESTAR E QUALIDADE DE VIDA

16

Sessão "Educar para Cuidar"
UCC MOSTRA PONTINHA

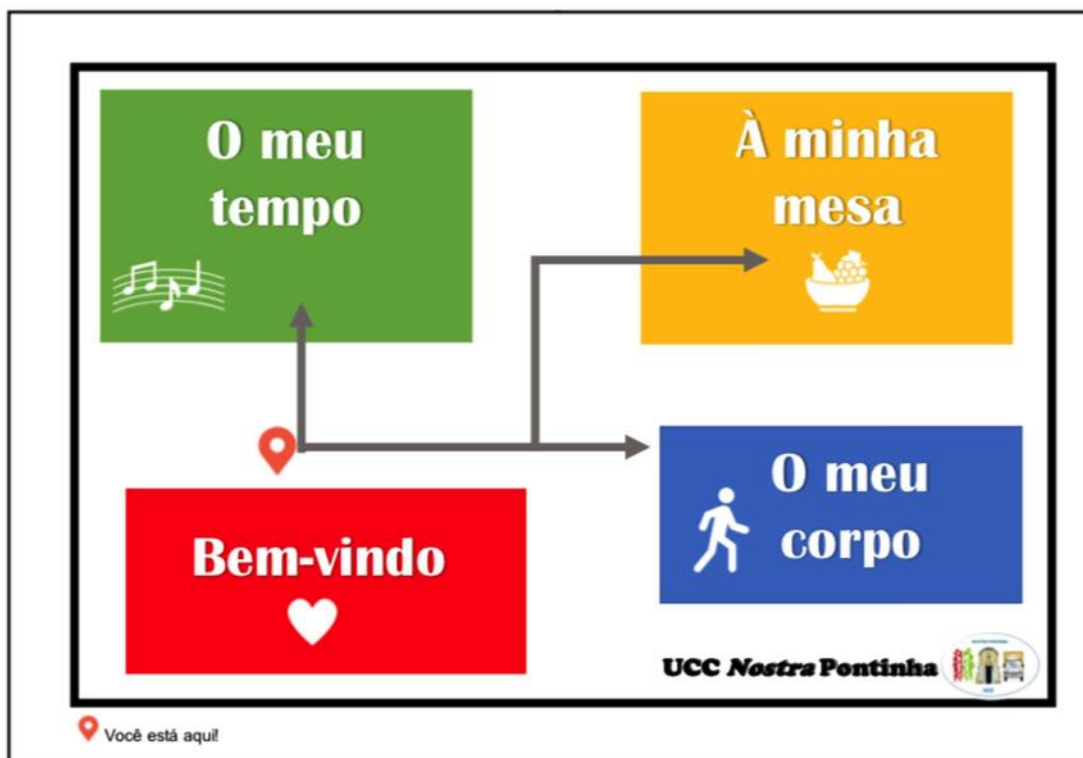
Obrigado!

Projeto CuidAR melhor

Realizado por: Diana Roriz

17

4.ª Sessão de EpS/DdG



1

Nota: Os símbolos e cores relativas a cada divisão foram ainda utilizados na identificação das divisões, nas bandeirolas identificativas da próxima “assoalhada” a visitar e nas linhas de orientação do chão da “casa”.

APÊNDICE XXI – Planos de Sessão (EpS/DdG)

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

Sessão de EpS/DgG 1						
Tema da sessão	Estou em sobrecarga...? É tempo de agir.					Duração: 1h
População-alvo:	Cuidadores Inscritos na respetiva sessão			Formadora: Diana Roriz	Data: 23 de Outubro de 2019	
Local	UCC <i>Nostra</i> Pontinha			Horário: 15h		
Objetivo geral	✓ Identificar o processo de prestação de cuidados ao idoso em situação de dependência como gerador de sobrecarga.					
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar, pelo menos, 1 situação de sobrecarga objetiva e/ou subjetiva na prestação de cuidados ao idoso em situação de dependência; 2. Identificar, pelo menos, 2 situações de utilização de mecanismos de <i>coping</i> na prestação de cuidados ao idoso em situação de dependência e respetiva avaliação sobre a sua adequação 3. Partilhar, pelo menos, 1 experiência na prestação de cuidados em que tenham sentido sobrecarga e utilização de mecanismos de <i>coping</i>. 					
Etapas	Atividades Programáticas	Objetivo Específico	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema e enquadramento da sessão; • Comunicação dos objetivos; • Pré-adquiridos. 		<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Expositivo • Expositivo, interrogativo 	Data-Show Power Point	Inicial Formulação de perguntas iniciais	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de Sobrecarga e <i>Coping</i>; • Utilização dos Mecanismos de <i>Coping</i> adequados ao tipo de sobrecarga; • Partilha de Experiências de sobrecarga e utilização de mecanismos de <i>coping</i>. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo, Interrogativo e ativo. 	Data-Show Power Point Cartões com frases (Exemplos de Dificuldades e Mecanismos de <i>Coping</i>)	Contínua Observação direta e participação	45 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese • Formulação de Questões • Conclusão 		<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Expositivo 	Data-Show Power Point	Contínua Escrita de testemunhos N.º de participantes	5 min.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

Sessão de EpS/DgG 2						
Tema da sessão	Cuidar é exigente fisicamente... Que melhorar?					Duração: 1h
População-alvo:	Cuidadores Inscritos na respetiva sessão	Formadora: Diana Roriz		Data: 20 de Novembro de 2019		
Local	UCC <i>Nostra</i> Pontinha		Horário: 15h			
Objetivo geral	✓ Contribuir com medidas práticas para otimizar a exigência física inerente à prestação de cuidados.					
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar os componentes essenciais na otimização da mecânica corporal; 2. Identificar 3 fatores de ordem física que podem melhorar o equilíbrio e postura; 3. Identificar 3 ajudas de ordem técnica que podem complementar a mecânica corporal. 					
Etapas	Atividades Programáticas	Objetivo Específico	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema e enquadramento da sessão; • Comunicação dos objetivos; • Pré-adquiridos. 		<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Expositivo • Expositivo, interrogativo 	Data-Show Power Point	Inicial Formulação de perguntas iniciais	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de mecânica corporal; • Consequências de uso incorreto da mecânica corporal; • Componentes de equilíbrio e postura; • Ajudas de ordem técnica a complementar a mecânica corporal. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo, Interrogativo, demonstrativo e ativo. 	Data-Show Power Point Modelo Lençol Cadeira Espelho	Contínua Observação direta e participação Preenchimento de questionário	45 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese • Formulação de Questões • Conclusão 		<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Expositivo 	Data-Show Power Point	Contínua Preenchimento de questionário final N.º de participantes	5 min.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

Sessão de EpS/DgG 3						
Tema da sessão	Enquanto há vida... Há Esperança!				Duração: 1h	
População-alvo:	Cuidadores Inscritos na respetiva sessão	Formadora: Diana Roriz		Data: 3 de Dezembro de 2019		
Local	UCC <i>Nostra</i> Pontinha		Horário: 15h			
Objetivo geral	✓ Identificar a Esperança como promotora de bem-estar e qualidade de vida no Cuidador Informal durante a prestação de cuidados.					
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificar 2 aspetos que aumentem ou diminuam a Esperança; 2. Relacionar a vivência de sobrecarga do cuidador e importância de Esperança; 3. Identificar exemplos de dimensões práticas de Esperança. 					
Etapas	Atividades Programáticas	Objetivo Específico	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema e enquadramento da sessão; • Comunicação dos objetivos; • Pré-adquiridos. 		<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Expositivo • Expositivo, interrogativo 	Data-Show Power Point	Inicial Formulação de perguntas iniciais	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Conceito de Esperança; • Importância da Esperança como promotora da Qualidade de Vida do Cuidador; • Exemplos de Dimensões da Esperança; • Atividade de contributo na Esperança. 	1 2 3	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo, Interrogativo e ativo. 	Data-Show Power Point Cartão com Brasão Caneta	Contínua Observação direta, participação e construção do brasão da esperança pessoal.	45 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese • Formulação de Questões • Conclusão 		<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Expositivo 	Data-Show Power Point	Contínua Observação direta e participação N.º de participantes	5 min.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

Sessão de EpS/DgG 4							
Tema da sessão	Nostra casa é a vossa casa!					Duração: 1h	
População-alvo:	Cuidadores Inscritos na respetiva sessão			Formadora: Diana Roriz		Cuidadores Inscritos na respetiva sessão	
Local	UCC Nostra Pontinha			Parceiros: Equipa da UCC Nostra Pontinha (Enfermeiros e Psicóloga) e estudantes da Licenciatura em Enfermagem			
Objetivo geral	✓ Promover a perceção do autocuidado do CI na gestão da sua sobrecarga na prestação de cuidados.						
Objetivos específicos	1. Identificar fatores posturais que promovam a melhoria da mecânica corporal na prestação de cuidados; 2. Identificar exemplos de atividades que promovam tempo para lazer e distração; 3. Identificar comportamentos de vida saudável no que concerne aos hábitos alimentares.						
Etapas	Atividades Programáticas	Dinamizadores	Objetivo Específico	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	Assoalhada “Bem-vindo” • Apresentação do tema e enquadramento da sessão; • Comunicação dos objetivos; • Pré-adquiridos.	• Mestranda; • Enf. ^a Especialista em Saúde Comunitária.		• Expositivo • Expositivo • Expositivo, interrogativo	Cartazes Cartão de acesso à casa	Inicial Formulação de perguntas iniciais	10 min
Desenvolvimento	Assoalhada “O meu corpo” (espaço dedicado à importância da mecânica corporal)	• Estudante Licenciatura em Enfermagem; • Enf. ^a Especialista Reabilitação; • Enf. ^a Generalista.	1 2 3	• Expositivo, demonstrativo e ativo	Data-Show Power Point Objetos da vida quotidiana Música ambiente Espelho	Contínua Observação direta e participação em jogos Preenchimento de documentação.	45 min
	Assoalhada “O meu tempo” (espaço dedicado à importância das atividades de lazer)	• Mestranda • Enf. ^a Especialista em Saúde Mental; • Psicóloga;		• Expositivo e ativo	Cartazes diversos Maquete “Nesta casa mora um super heroi”		

CuiDAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

	Assoalhada “Há minha mesa” (espaço dedicado à adoção de hábitos de alimentação saudável)	<ul style="list-style-type: none"> • Estudante de Licenciatura em Enfermagem; • Enf.^a Generalista 		<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo e ativo 	Maquetes e cartões alusivos à alimentação e escolhas saudáveis		
Conclusão	Assoalhada “Até Breve” <ul style="list-style-type: none"> • Síntese • Formulação de Questões • Conclusão 	<ul style="list-style-type: none"> • Mestranda; • Enf.^a Especialista em Saúde Comunitária. 		<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Interrogativo • Expositivo 	Cartazes	Contínua Observação direta e participação N.º de participantes	5 min.

APÊNDICE XXII – Recursos materiais realizados a propósito do Encontro do CI

- Ficha de inscrição presencial



Ficha de Inscrição

Encontro do Cuidador Informal - UCC *Nostra Pontinha*

DADOS DO PARTICIPANTE:

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____


Profissão: _____

Email: _____

Contato telefónico: _____

A contribuir para cuidar melhor...

- Cartaz de Divulgação

5 de Novembro de 2019

Encontro do Cuidador Informal


UCC *Nostra Pontinha*


A contribuir para cuidar melhor...

Horário: 13.30h - 17.00h







PROGRAMA

13h30	Abertura do Secretariado
	Sessão de Abertura
14h00	<ul style="list-style-type: none">• Iléine Lopes Diretora do ACES Loures-Odivelas• Vereador Edgar Valles Gabinete de Saúde da Câmara Municipal de Odivelas
	Tenho um estatuto... E agora? Intervenção na Comunidade Moderador Sílvia Matias UCC <i>Nostra Pontinha</i>
14h15	<ul style="list-style-type: none">• Membro da Associação Nacional dos Cuidadores Informais <i>Panóplia de Heróis</i> a designar• "cuidAR melhor" Diana Roriz Estudante de Mestrado em Enfermagem• "Educar para Cuidar" Rute Comba UCC <i>Nostra Pontinha</i>• "Intervenção psico-educativa na gestão do stress dos cuidadores" Laura Viegas Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
15h15	Pausa para Café
	Dar voz ao Cuidador Moderador Teresa Figueiredo UCC <i>Nostra Pontinha</i>
15h30	<ul style="list-style-type: none">• Já fui cuidador... Fernanda Santos• Sou cuidador... Idalina Gomes
	Sessão de Encerramento
16h00	<ul style="list-style-type: none">• Margarida Santos Direção de Enfermagem do ACES Loures Odivelas• Áurea Gomes Coordenadora da UCC <i>Nostra Pontinha</i>• Almiro Morais Substituto Legal da Presidente da Junta de Freguesia Pontinha e Famões

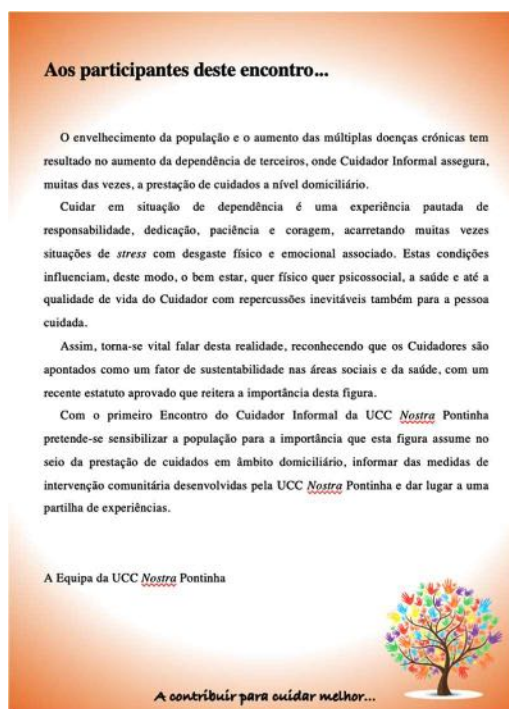
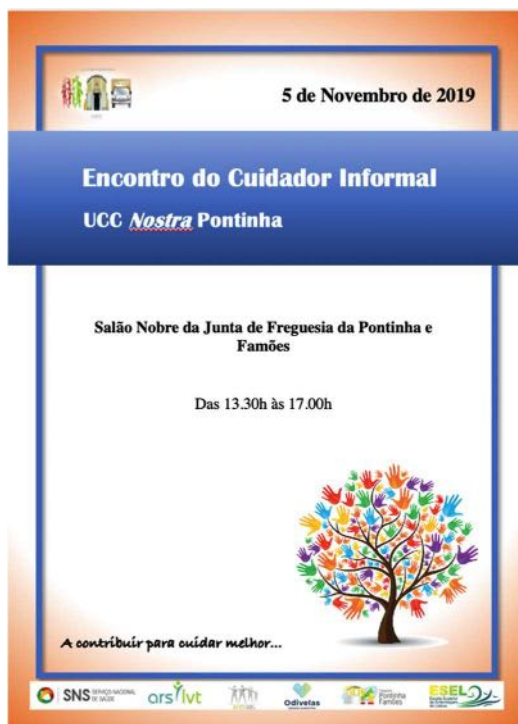




Entrada Gratuita com necessidade de inscrição obrigatória
Através do link <https://forms.gle/zNk9RYd3EQdy29Nd6> ou dirija-se à UCC *Nostra Pontinha* e preencha a ficha de inscrição (Avenida de S. Pedro Lote R5 c/v esq. 1675-171 Pontinha)
Informações pelo telefone 210 126 665



- Folheto aos Participantes



- Lembrança aos Participantes (Marcador de Livro)



- Certificado de Participação (Preletores e Participantes)

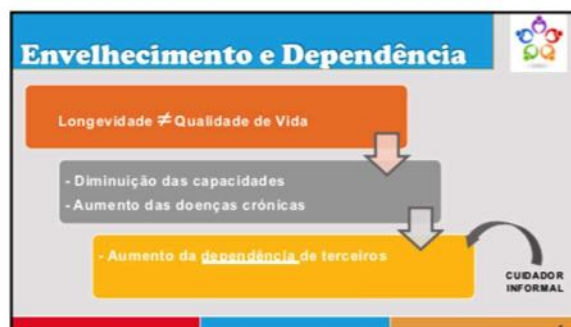
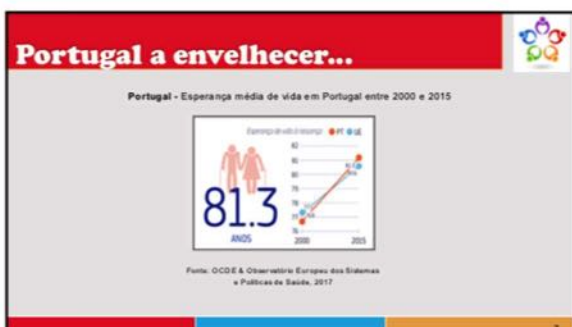
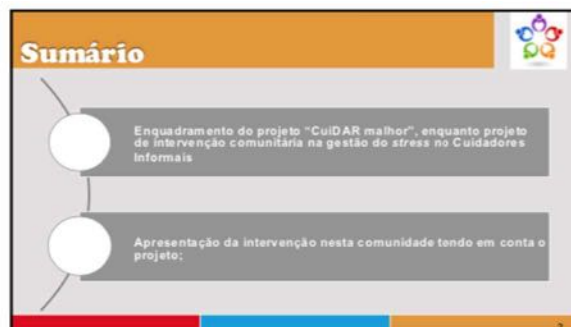




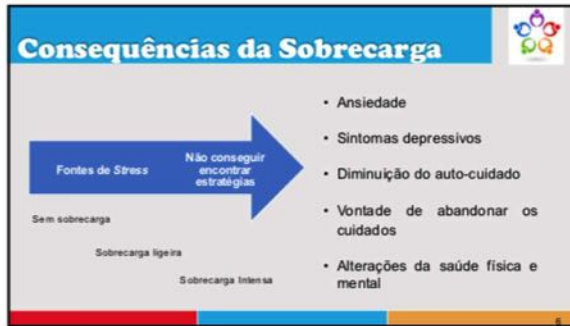
- Notícia do Jornal Local



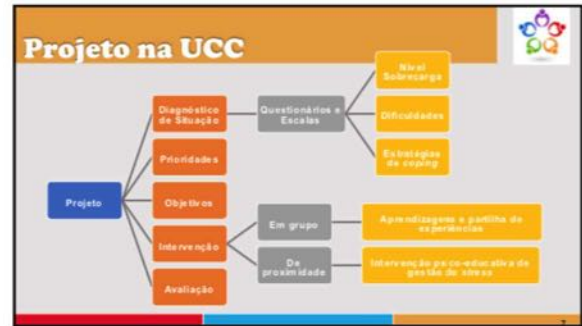
- Apresentação utilizado na preleção pessoal na primeira mesa do Encontro



-
- 6
- Problemas relacionados com o familiar
 - Reações pessoais à prestação de cuidados
 - Exigências de ordem física
 - Restrições na vida social/isolamento
 - Falta de apoio familiar
 - Falta de apoio profissional
 - Problemas financeiros



7



8



9



10



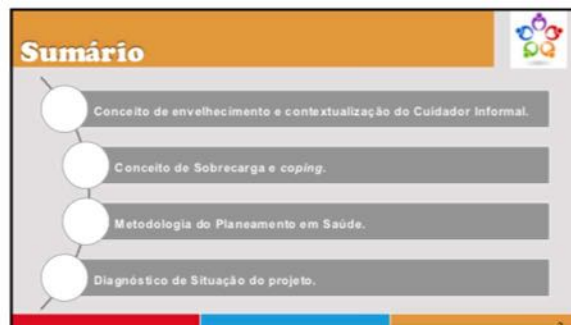
11

APÊNDICE XXIII – Ações formativas para equipa de Enfermagem da UCC

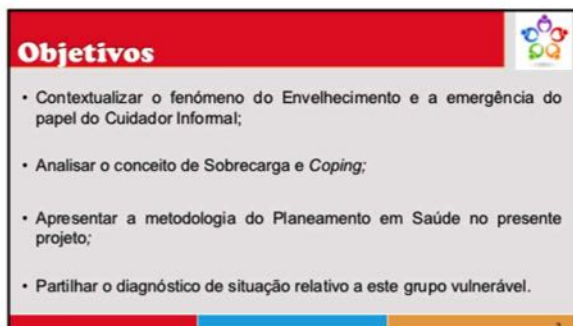
1.ª ação formativa para a equipa de Enfermagem da UCC



1



2



3



4



5



6

Figura do Cuidador Informal

Saída das instituições → **Comunidade**

- ◊ Elemento da **rede familiar** e/ou de amigos, decorrente da **proximidade residencial**, que assume os cuidados da pessoa dependente (parcial ou totalmente), fora do âmbito profissional e sem qualquer remuneração. (Lisboa, 2015)
- ◊ Considera-se **cuidador informal principal** o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunidade de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelas atividades que presta à pessoa cuidada. (L. n.º 100/2015)

7

Figura do Cuidador Informal

Saída das instituições → **Comunidade**

- ◊ Estima-se que 60% dos cuidados desenvolvidos em contexto domiciliário são desenvolvidos por CI's na UE e pelas previsões esse número deve, igualmente, aumentar. (Lisboa, 2015)
- ◊ "Coluna vertebral dos cuidados continuados" (Lisboa et al., 2017, p. 6)
- ◊ Fator de sustentabilidade nas áreas sociais e saúde (Lisboa et al., 2017)
- ◊ Se a nível do Plano de Desenvolvimento do RNCCI (2016-2019) está reconhecido junto do CI
 - ◊ Integração no processo de prestação de cuidados > parceiros
 - ◊ Reconhecimento da **exigência e a sobrecarga** no processo de prestação de cuidados com repercussões no seu bem-estar e qualidade de vida.

8

Conceito de Sobrecarga

- Peso do trabalho** e **Responsabilidade** e **dever** associado
- No caso da família adquire contornos especiais, pela situação muitas vezes inesperada, obrigação não retrotróica que se prolonga no tempo da vida adulta.
- Sobrecarga** física, psicológica, financeira, social e familiar
- Tanto maior quanto maior o nível de dependência do idoso (Cassuto, 2010; Almeida et al., 2011; Almeida et al., 2015)
- Questões perceptivas**
 - Objetiva** - atividades desenvolvidas com repercussões na dinâmica familiar
 - Subjetiva** - percepção que existe no ato de cuidar com consequências emocionais e físicas que daí podem advir.

9

Conceito de Sobrecarga

Objetiva

- Atividades/tarefas na prestação de cuidados
- Interferência nas questões laborais, vida social, tempos livres, tarefas domésticas e dinâmica familiar

Subjetiva

- Percepção pessoal na prestação de cuidados
- Traz consequências emocionais e afetivas (ex. culpa, vergonha, stress, preocupação excessiva ou baixa auto-estima).

10

Consequências da Sobrecarga

Fontes de Stress → **Não conseguir encontrar estratégias**

- Ansiedade
- Sintomas depressivos
- Diminuição do auto-cuidado
- Vontade de abandonar os cuidados
- Alterações da saúde física e psicológica

11

Prestação de cuidados como situação potenciadora de Stress

Stressores	Mediadores	Resultados
Experiências e condições causadoras de stress:	Ações e recursos com capacidade de modificar o processo de stress e atenuar o impacto sobre as pessoas.	Efeitos secundários à prestação de cuidados.
Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Nível de dependência do idoso; • Número de atividades diárias desempenhadas pelo CI; • Comportamentos que ameaçam a segurança do CI; • Dinâmica familiar e suas relações. 	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Género; • Idade; • Tipo de relação; • O rendimento; • Traços de personalidade; • Capacidade de resolver problemas; • Mecanismos do coping; • Apoio social. 	Exemplos: <ul style="list-style-type: none"> • Alterações físicas; • Alterações do sistema imunitário; • Solteirismo, ansiedade, depressão; • Incapacidade para prestar cuidados; • Recurso à institucionalização.

12



13



14

Intervenção comunitária neste grupo vulnerável... Que desafios?

- A nível nacional, o tipo de intervenção junto dos CI ainda se encontra muito centrada no desenvolvimento de competências voltadas para a prestação direta de cuidados, onde o cuidador surge como "omisso" nessa dinâmica, havendo uma subvalorização das suas necessidades (Viegas et al., 2018).
- Os programas de índole psico-educativa parecem surgir com capacidade para contribuir para o alívio da sobrecarga, seja por via de desenvolvimento e treino de habilidades na prestação de cuidados diretos, mas também por via de resolução de problemas ou técnicas que visem a auto-eficácia (Abdollahpour et al., 2018).

15



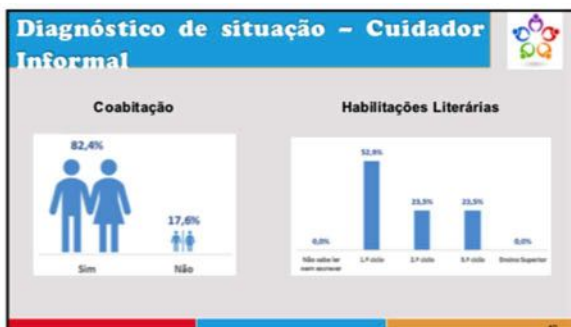
16



17



18



19



20



21



22



23



24



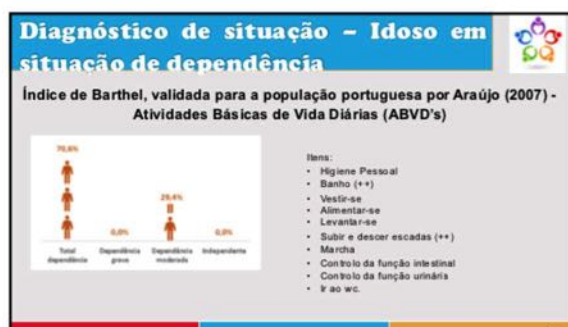
25



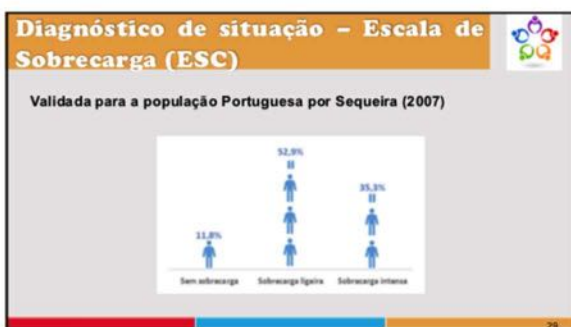
26



27



28



29



30



31



32

Prioridades

Priorização, segundo o método do plano Biscaia

Peso	Magnitude	Transcendência social	Transcendência económica	Vulnerabilidade/Resolução de problema
1	Não preocupante	Não afeta significativamente o grupo	Sem grande repercussão económica	Grande dificuldade em minimizar
2	Importância média	Afeta parcialmente o grupo	Repercussão económica média	É redutível, mas recursos de difícil aplicação
3	Grande importância	Afeta todo o grupo	Repercussão económica grande	Fácil de reduzir com os recursos disponíveis

33

Prioridades

Priorização, segundo o método do plano Biscaia

Ponderação	Porcentagem
Magnitude	30%
Transcendência social	15%
Transcendência económica	15%
Vulnerabilidade/Resolução do Problema	40%

34

Diagnóstico de situação – Careers[®]

Assessment of Distress Index (CADI)

Validada para a população portuguesa pela Brito (2000)

DIAGNÓSTICOS	DEIFICIÊNCIAS (CADI)	Ponderação (Prioridade)
Risco de Cuidador grande	Por problemas relacionados com o idoso dependente	1,85 3
	Por reações à prestação de cuidados	2 1
Sobrecarga (pelo e físico)	Por exigências de ordem física na prestação de cuidados	2 1
	Por restrições na vida social	2,4 2
Risco de Stress do Cuidador grande	Por falta de apoio familiar	1,8 4
	Por falta de apoio profissional	1,4 5
(Sem sobrecarga)	Por problemas financeiros	1,8 4
DIAGNÓSTICOS ESTRATÉGIAS DE COPINGUING		
Coping do Cuidador compreendido	Lidar com os acontecimentos/afirmação de problemas	✓
	Perceção alternativa sobre a situação	✓
	Lidar com os sintomas do stress	✓

35

Objetivos

Objetivo Geral	Contribuir para melhorar a gestão da sobrecarga dos CI de idosos em situação de dependência numa UCC pertencente a um agrupamento de centros de saúde da região Lisboa e Vale do Tejo.	
Objetivos Específicos		
Capacitar os CI, de idosos em situação de dependência numa UCC pertencente a um agrupamento de centros de saúde da região Lisboa e Vale do Tejo, na diminuição do nível de coping inadequadas para gerir a sobrecarga.	Capacitar os CI de idosos em situação de dependência numa UCC pertencente a um agrupamento de centros de saúde da região Lisboa e Vale do Tejo para mobilizar estratégias de coping adequadas para gerir a sobrecarga.	
Metas		
Diminuir em pelo menos 5% dos CI os níveis de sobrecarga	Mantiver níveis de sobrecarga ligeira e sem sobrecarga pelo menos em 10% dos cuidadores	Aumentar em 10% dos CI o uso de estratégias de coping dadas que contribuem para gerir a sobrecarga.
Que pelo menos 50% da equipa da UCC tenham contacto com o projeto.		

36

Indicadores

Indicadores de Resultado	Indicadores de Atividade
<ul style="list-style-type: none"> % de CIs de idosos em situação de dependência que diminuíram o seu nível de sobrecarga % de CIs de idosos em situação de dependência que mantiveram o seu nível de sobrecarga em níveis "sem sobrecarga" ou "sobrecarga ligeira" % de CIs de idosos em situação de dependência que melhoraram na capacidade de mobilizar estratégias de coping % de adesão dos Enfermeiros ao projeto de gestão de sobrecarga no CIs de idosos em situação de dependência 	<ul style="list-style-type: none"> % de adesão à intervenção psicoeducativa de gestão do stress nas 5 fases preconizadas % de conclusão da intervenção psicoeducativa de gestão do stress nas 5 fases preconizadas % de sessões de EpS/dinâmica de grupo realizadas % de participação de CIs de idosos em situação de dependência da amostra que frequentaram as sessões de EpS/dinâmica de grupo % de participantes nas sessões de EpS/dinâmica de grupo realizadas no âmbito do programa voltado para a intervenção dos CIs da UCC % de satisfação dos participantes nas sessões de educação para a saúde e dinâmica de grupo realizadas no âmbito do programa voltado para a intervenção do CI na UCC % de sessões para a equipa de de equipa da UCC % de eventos de café interdisciplinar junto da comunidade na área temática do CI

37

Estratégias

- Intervenção individual e de proximidade selecionada no contributo à gestão de stress nos CIs subjacente aos vários níveis de sobrecarga (Ducharme, Trudeau & Ward, 2006 – traduzida e adaptada por Viegas, 2014)
- Educação para a Saúde
- Comunicação em Saúde
- Técnicas formativas e pedagógicas (dinâmicas de grupo, educação de pares)
- Instrumentos de avaliação familiar (programa e ecograma)
- Parceria inter-disciplinar (parceiros da comunidade)
- Revisão da literatura e scoping review

38

Referências Bibliográficas

Abdelkhalik, L. et al. (2018). Positive Aspects of Caring and Caregiver Burden: A Study of Caregivers of Patients With Dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(1), 34–38. <https://doi.org/10.1177/0891913317717777>

Chap, L. et al. (2014). The Future for Health: everyone has a role to play. Lisboa: Cadeau Québec. Fundação. Acedido em: <http://www.futureofhealth.org/>

de Melo-Castro, et al. (2005). The Association of Satisfaction and Perceived Burden with Anxiety and Depression in Primary Caregivers of Dependent Elderly Relatives. *Research on Nursing and Health*, 28(5), 384–391. <https://doi.org/10.1016/j.rnh.2005.07.002>

Filomeno, A. et al. (2015). Associação entre a capacidade funcional do idoso dependente e a sobrecarga do cuidador familiar. *Revista Galega de Enfermagem (ENFERGAS)*, 34(1), 14–20. <https://doi.org/10.15330/0974-121X.15.01.014>

García, J. et al. (2008). Variables related to the informal caregivers' burden of dependent senior citizens in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 45(3), 372–379. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.05.004>

Gene, Y. et al. (2012). Home Care services Europe – Current structure and future challenges. World Health Organization, 156. Acedido em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs2012/05/20120516>

GI, A. (2010). *Novos ritos quotidianos: idades familiares na dependência*. Lisboa: Fundação Cadeau Galbentien; Fundação Para a Ciência e a Tecnologia, 2010. 500 p.

Imperatori, E. & Ortolano, M. (1992). *Metodologia de planeamento em saúde*. (3ª ed.). Lisboa: ENSP. Edição de bolso.

Kempner, M. et al. (2015). Impact of caregiver burden on patients' health outcomes in community-dwelling dependent older care recipients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(4), 382–391. <https://doi.org/10.1016/j.amjgeri.2014.09.016>

Lei nº 100/2013 (2013). Estatuto do Cuidador Informal. Diário da República (n.º 100/2013, 7. Série, N.º 171, 2010-08-08), 3-16. Acedido em: <http://www.dre.pt/2013/08/08/100-2013-03-16>

39

Referências Bibliográficas

Lourenço, L. et al. (2014). Overburden on elderly family caregivers: associated with characteristics of the elderly and care demand. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(2), 227–232. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-011420130114>

Luthe, B. et al. (2016). The evaluation of perceived stress and associated factors in elderly caregivers. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 7–13. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.02.004>

Melo, R. et al. (2016). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (N.º 2), 343–351. <https://doi.org/10.24075/2177-9644.2016020343351>

Nunes, M. (2018). *Cartilha Metodológica de Planeamento em Saúde e os Planos de Intervenção de Saúde*. Lisboa: Cadeau Editora.

Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2017). *Relatório de Planeamento 2017: Viver em Tempos Incertos*. Substituído e Equilato em Saúde, Portugal. Acedido em: <https://www.observatorio.pt/pt/relatorio-de-planeamento-2017>

OECD/Eurostat. *Observatory on Health Systems and Policies*. (2015), P. (2015). Portugal. *Portugal: Perfil de Saúde de País 2015*. State of Health in the EU 5. <https://www.oecd.org/health/obs/Portugal-2015.pdf>

Parker, L. et al. (1995). Caring and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist*, 35(5), 683–694. <https://doi.org/10.2307/2693114>

Parreira, H. (2013). *Substituto Cuidadores Informais (Doutorização) de experiências vividas*. Lourenço: Edição Técnica e Científica, Lda.

Plano de Desenvolvimento da FNCCI (2016-2019). *Colaboração, Continuidade e Saúde e Apoio Social*. República Portuguesa. Acedido a 11 de Março de 2015. Disponível em: <http://www.fncci.pt/pt/colaboracao-continuidade-e-saude-e-apoio-social>

Reyrola, C. (2016). *Cuidar de idosos com Dependência Física e Mental*. (2ª ed.). Lisboa: Lúmen.

Riz, M. et al. (2016). Quality of life and care burden among informal caregivers of elderly dependents in Catalonia, Portugal. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 34(3), 2–14. <https://doi.org/10.1016/j.pjmh.2016.07.001>

40

Referências Bibliográficas

Talares, A. et al. (2017). *Mobilizar a intervenção junto dos cuidadores informais – documento orientador: perspetiva nacional e internacional*. Módulo do Trabalho de Dependência Social. Lisboa, Portugal. Acedido em: <https://www.observatorio.pt/pt/mobilizar-a-intervencao-junto-dos-cuidadores-informais>

Viegas, L. et al. (2016). *Intervenção de Enfermagem no Estabelecimento do Cuidador Familiar do Idoso Com Dependência*. Estudo Piloto. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 32(4)5944. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-011420130114>

41

Sinalão "Educar para Cuidar"

obrigado

UCC INOST FOR PORTUGALIA

Projeto CUIDAR melhor

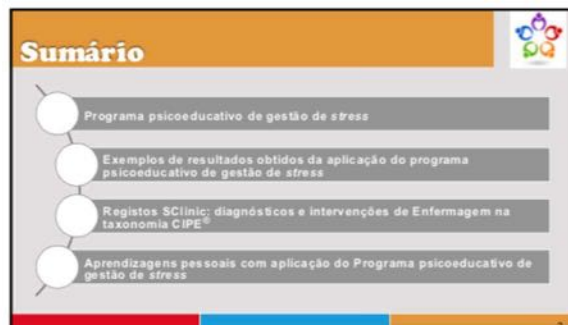
Realizado por: Diana Roriz, Maria Bicho

42

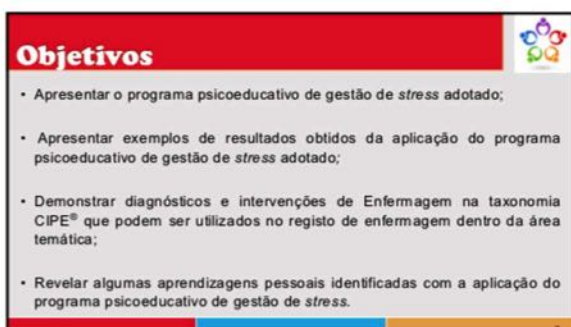
2.ª ação formativa para a equipa de Enfermagem da UCC



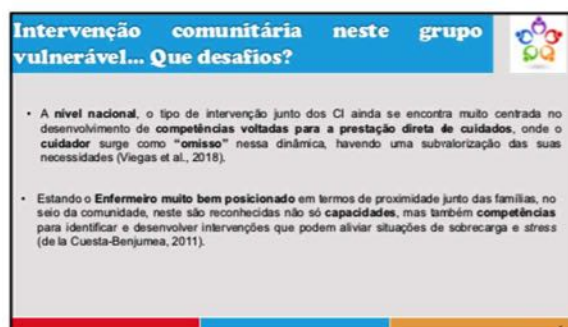
1



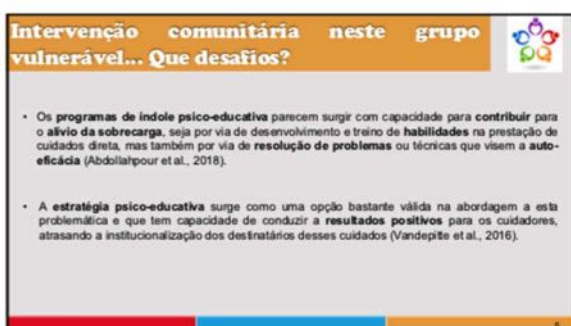
2



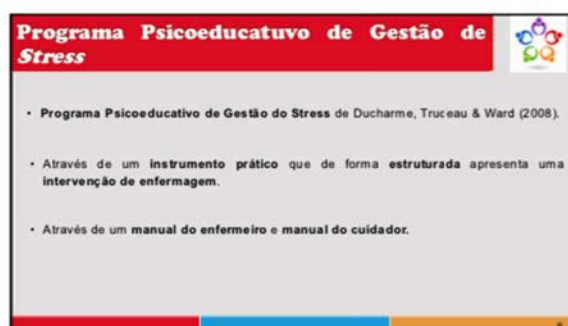
3



4



5



6

Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress

Modificar a percepção do stress

Melhorar a eficácia

Promover a saúde e qualidade de vida

7

Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress

Sem Sobrecarga

Sobrecarga

8

Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress

- Nesta intervenção é reconhecida que o uso de **estratégias adaptativas** ou **coping** eficaz traz resultados a longo prazo.
- As **estratégias adaptativas** são diferentes consoante os aspetos da situação stressante e são ou não modificáveis.
- Antes de começar a intervenção os cuidadores são submetidos a 5 questões pertencentes de avaliação dos cuidadores de risco, que **não** pode ser superior a 16.

9

Etapas do Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress

1.ª etapa: Tomada de consciência

2.ª etapa: Escolha da situação stressante e de um objetivo a atingir

3.ª etapa: Análise da situação escolhida

4.ª etapa: Escolha da estratégia ajustada e ação

5.ª etapa: Avaliação

Objetivo não atingido

Objetivo atingido

10

Etapas do Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress

1.ª etapa

- Tomada de consciência
- Descrever a situação geral de prestação de cuidados:
 - aspetos positivos
 - aspetos difíceis

11

Etapas do Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress

2.ª etapa

- Escolha da situação stressante e de um objetivo a atingir
- Escolher uma situação difícil/stressante na prestação de cuidados que quer mudar
- Formular um **objetivo concreto** e ajustado à situação difícil/stressante.

Escala para avaliar o atingir dos objetivos pessoais

Resultado mais baixo que o esperado (-2)
Resultado menos que o esperado (-1)
Resultado atingido
Resultado melhor que o esperado (+1)
Resultado muito melhor que o esperado (+2)

12

Etapas do Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress

3.ª etapa

- Análise da situação escolhida
 - Aprofundar os fatores pessoais, familiares e contextuais que influenciam a forma de percecionar a situação
 - Genograma Familiar
 - Ecomapa
 - Refletir sobre as estratégias habitualmente usadas;
 - Conhecer a importância do uso das estratégias adaptativas ajustadas à situação.

13

Etapas do Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress

3.ª etapa

- Análise da situação escolhida

	A fonte de stress é:		
	Um acontecimento e as suas consequências	Uma percepção	Ligada ao sentido do que é vivido
É modificável ou não	É modificável	Podrá não ser modificável	Geralmente não é modificável
Tipo de stressor	Prático ou instrumental	Emotivo	Existencial
Tipo de problema	<ul style="list-style-type: none"> Físico Concreto Técnico Instrumental 	<ul style="list-style-type: none"> Problemas de perceção Pensamentos desagradáveis Sentimentos 	<ul style="list-style-type: none"> Grandes questões da vida Sentido da experiência vivida Sentido da vida e da morte
Dirigido	Razão	Pensamento	Espiritualidade
Elementos chave	<ul style="list-style-type: none"> Informação Conhecimento 	<ul style="list-style-type: none"> Pensamentos maus Pensamentos que ajudam 	<ul style="list-style-type: none"> Valores e crenças

14

Etapas do Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress

4.ª etapa

- Escolha da estratégia ajustada e ação
 - Promover o uso de estratégias adaptativas ajustadas à situação difícil/stressante e praticá-las

15

Etapas do Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress

4.ª etapa

- Escolha da estratégia ajustada e ação

	A fonte de stress é:		
	Um acontecimento e as suas consequências	Uma percepção	Ligada ao sentido do que é vivido
Para se adaptar é necessário...	Mudar aspetos da situação (mudar o problema)	Mudar a forma de pensar (regular as emoções)	Mudar a forma de estar na vida (Procura de um sentido ou de um significado)
Estratégias adaptativas adequadas	<ul style="list-style-type: none"> Resolução de problemas Procura de apoio Recolha de informação Gestão de tempo Adaptação ao ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> Modificação do problema Alterar a atenção Mantir a distância emocional Conhecer situações de pessoas numa situação semelhante Expressar sentimentos Relaxamento Humor 	<ul style="list-style-type: none"> Procura de sentido no que é vivido Criar presença Prática espiritual

16

Etapas do Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress

5.ª etapa

- Avaliação
 - Avaliar se o objetivo da 2.ª etapa foi atingido
 - Desfecho:
 - Objetivo não alcançado (situação não resolvida)
 - Objetivo alcançado (situação resolvida).

17

Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress - Exemplos

	A fonte de stress é:		
	Um acontecimento e as suas consequências	Uma percepção	Ligada ao sentido do que é vivido
Exemplos	<ul style="list-style-type: none"> Resolução de problemas Procura de apoio Recolha de informação Gestão de tempo 	<ul style="list-style-type: none"> Modificação do problema Desviar a atenção Mantir a distância emocional 	<ul style="list-style-type: none"> Procura de sentido no que é vivido

18

Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress - Exemplos

Cuidador 1
Sobrecarga ligada - score 71

Modificação do pensamento/Percepção

1.ª etapa	2.ª etapa	3.ª etapa	4.ª etapa	5.ª etapa
<ul style="list-style-type: none"> • Vínculo de dependência da pessoa dependente com consequente sensação de estar com alguém ao seu cargo • Mobilizar a esposa adequadamente <p>Continuar ao lado da pessoa</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de Saftir que está ali só um corpo <p>Objetivo: continuar a conseguir lidar com esta situação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Genograma e Escopapa • História da vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Valorização do percurso da vida • Agrupar os pequenos gestos do presente • Reconhecer recursos internos e fatores pessoais • Reforçar laços • Criação de distância emocional • Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC 	<ul style="list-style-type: none"> • Tentar ter um olhar mais positivo porque as coisas não vão mudar • Analisar o destino • Ajudar no que puder na decisão mas que seja ao fazer escolhas e dar-lhe um caminho • Objetivos: sempre 0! <p>Sobrecarga ligada: 64 Melhora em 7 questões da CAMI (participação, lidar com os acontecimentos)</p>

19

Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress - Exemplos

Cuidador 2
Sobrecarga ligada - score 54

Gestão de tempo

1.ª etapa	2.ª etapa	3.ª etapa	4.ª etapa	5.ª etapa
<ul style="list-style-type: none"> • Gestão de tempo para trabalhar • Participação com a mãe constante • Modo de dependência 	<ul style="list-style-type: none"> • Viver em stress • Gerir cuidados, tarefas, tarefas domésticas, compras, tarefas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Genograma • Escopapa • Estratégias de organização pessoal • Organização de tarefas 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestão das folhas: tarefas e frequência • Trazer de objetivos familiares • Planos de apoio externo • Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC 	<ul style="list-style-type: none"> • Focar mais em detalhes para Portugal • Aprenderem entre familiares • Valorizar as capacidades do familiar • CI refere-se "trouxa mania sobrecarregada" não tem nada a ver" <p>Objetivo: melhorar que o episódio (7-7) Sobrecarga 45 CAMI</p>

20

Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress - Exemplos

Cuidador 3
Sobrecarga ligada - score 52

Resolução de Problemas face a um comportamento difícil da pessoa cuidada

1.ª etapa	2.ª etapa	3.ª etapa	4.ª etapa	5.ª etapa
<ul style="list-style-type: none"> • Modificações quando está sozinho • Dinâmica entre cuidador, tarefas domésticas e visitas de amigos • Estado apático, possível de cuidados e tarefas domésticas • A responsabilidade de cuidar • Mêsada pessoal apesar da relação que mantém. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reformular tarefas • Seleção • Tentar controlar <p>Objetivo: ser capaz lidar com este acontecimento e geri</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Genograma • Escopapa • História da vida • Estratégias de organização pessoal 	<ul style="list-style-type: none"> • Resolução de problema face a um comportamento difícil da pessoa • Perceber os vários caminhos que suportam o problema • Ajá para lidar face aos fatores que influenciam • Asseruidade • Gestão familiar • Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar ideias que ajudam a lidar melhor com a situação • Confiar mais em si e nas capacidades • Tem menos medo e está mais calma. <p>Sobrecarga ligada: 45 Melhora em 2 questões da CAMI (lidar com os acontecimentos)</p>

21

Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress - Exemplos

Cuidador 4
Sobrecarga ligada - score 43

Resolução de Informação

1.ª etapa	2.ª etapa	3.ª etapa	4.ª etapa	5.ª etapa
<ul style="list-style-type: none"> • Aceitar a degradação da mulher que foi (desconhecida) • Perceber que provavelmente a mãe já não volta a andar • Precisa ajuda na resolução de problemas • Dinâmica da família e a mulher retirar por uma vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Tentar de fazer mais forte • Tentar pedir ajuda sempre que se possível • Objetivo: Ser capaz de manter o conforto e conseguir realizar os posicionamentos da melhor forma sem prejudicar a saúde 	<ul style="list-style-type: none"> • Genograma • Escopapa • História da vida • Análise dos Problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações educativas individuais • Adaptação do meio ambiente • Melhorar posturas e valorização nas capacidades pessoais • Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC • Participação tem muita dificuldade em retirar e identificar a sua capacidade para o cuidar 	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber que tem de se proteger fisicamente mais "volta a casa" • Continuar a usar as valências que já desenvolveu • Aprender mais as cargas, com dois filhos e base de sustentação do pai • Mais informação e perceber e afirmar que desenvolver algo muito importante para si <p>Objetivo: Alargado 0! Sem Sobrecarga: 45 Melhora em 3 questões da CAMI (participação)</p>

22

Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress - Exemplos

Cuidador 12
Sobrecarga ligada - score 49

Percepção: Afetar a forma como encara a realidade

1.ª etapa	2.ª etapa	3.ª etapa	4.ª etapa	5.ª etapa
<ul style="list-style-type: none"> • Lamentar e insinuações quando estava mais dependente • Sentimentos de impotência e insegurança face à pessoa cuidada e impacto da doença sobre a participação no tratamento de CI do doente • Tudo se aplica que pode alcançar na recuperação da esposa 	<ul style="list-style-type: none"> • Soltamento • Perceber • Tentar manter a esposa o mais ativa possível (face quer psicologicamente) • Objetivo: Gerir esta realidade e conseguir lidar momentos de lidar para si. 	<ul style="list-style-type: none"> • Genograma • Escopapa • Perceber as prioridades • Tentar de objetivos realistas • Valorizar competências pessoais • Atividades que gosta de fazer 	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção das atividades pessoais em que tal - tenta fazer atividades diárias • Tentar de objetivos realistas • Manter momentos para si: leituras, filmes, ou séries TV • Objetivo: alargar o tempo para si participação em grupos com problemas semelhantes (lidar com o stress) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentir que é possível • Realizar programas e não atividades passivas em que tal - tenta fazer atividades diárias • Aprender os momentos em que tal - tenta fazer atividades diárias • Manter momentos para si: leituras, filmes, ou séries TV • Objetivo: alargar o tempo para si participação em grupos com problemas semelhantes (lidar com o stress) <p>Sobrecarga ligada: 47 Melhora em 3 itens da CAMI (tempo para si, participação em grupos com problemas semelhantes (lidar com o stress))</p>

23

Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress - Exemplos

Cuidador 16
Sobrecarga ligada - score 48

Resolução de um problema face a um comportamento difícil (Percepção: Distanciamento emocional)

1.ª etapa	2.ª etapa	3.ª etapa	4.ª etapa	5.ª etapa
<ul style="list-style-type: none"> • Reações sobrecarregadas da pessoa cuidada • Aceitar a degradação pela doença • Melhor proximidade numa fase que não era esperada • Modo de cuidar 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter • Fazer sentimentos • Alisar e realistar, apesar de ficar desconfortado • Objetivo: Conseguir lidar melhor com esta situação 	<ul style="list-style-type: none"> • Genograma • Escopapa • Análise do comportamento difícil: mas quem vê as coisas realistas e competências • História da vida familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar soluções possíveis face aos fatores identificados Ex: Dar atenção/proporcionar conforto sobre aspectos da vida, avaliar nos serviços • Diferenciação de pessoas incidentes em alguns serviços Ex: Confortação • Dar tempo e espaço/realizar disponibilidade posterior • Usar a família como recurso (pelo comprimento) 	<ul style="list-style-type: none"> • Perceber que precisa proteger mais muitas situações • Tentar andar numa "boa fase" <p>Sobrecarga ligada: 48 Melhora em 1 questão da CAMI (participação alternativa)</p>

24

Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress - Exemplos

Cuidador 14
Sobrecarga ligada - score 51

Resolução de Problemas				
1.ª etapa	2.ª etapa	3.ª etapa	4.ª etapa	5.ª etapa
<ul style="list-style-type: none"> Aumento da dependência e só poder contar consigo Rigidez na casa e rotina 	<ul style="list-style-type: none"> Escolha flexível Reclamar constante do pai 	<ul style="list-style-type: none"> Geograma Esmapa Ajudas técnicas Alimentação Pre-requisitos 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar soluções sobre banho na cama, posicionamentos e produtos Facilitar Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC 	<ul style="list-style-type: none"> Maior facilidade no banho Dicas que foram uma ajuda muito útil Importância de manter tudo por partes e ao ritmo Objetivo: resultado melhor que o esperado (+1)
<ul style="list-style-type: none"> Sentido de gratidão Acompanhar e parir nos cuidados tal como faz com a mãe 				<p>Sobrecarga ligada: 49 Melhora em 5 questões da CAHII (dar com os medicamentos, lidar com o stress)</p>

25

Programa Psicoeducativo de Gestão de Stress - Exemplos

Cuidador 17
Sobrecarga ligada - score 67

Pensar de Ações				
1.ª etapa	2.ª etapa	3.ª etapa	4.ª etapa	5.ª etapa
<ul style="list-style-type: none"> Pensar em outras horas em que se pode mudar rotina, posicionamento ou alimentação Cair no chão para HD, cuidados e falta de sono 	<ul style="list-style-type: none"> Ficaram mais difícil Dar e não receber, tanto em certos momentos Alimentação Pre-requisitos Abertura quanto a ajuda de terceiros da comunidade Objetivo: Ter mais ajuda para conseguir mudar a rotina e posicionamento 	<ul style="list-style-type: none"> Geograma Esmapa Ajudas técnicas disponíveis Pre-requisitos Abertura quanto a ajuda de terceiros da comunidade 	<ul style="list-style-type: none"> Ações educativas sobre mobilização, posicionamento, adaptações ao quarto e ajudas técnicas Reunião com familiar mais próximo a que contribui para avaliar a situação Apresentação de parcerias na comunidade Resultado: não responsável de um dos parceiros da comunidade Informação de grupos de pessoas que vivem a mesma situação e projeto da UCC 	<ul style="list-style-type: none"> Resultado: não é que se foi dada a melhorar Outras situações que tornaram o contacto mais fácil Ajudar de alguma maneira para depois das férias Resultado melhor do que esperado (+1)
<ul style="list-style-type: none"> Ajudar a sua companhia na transição do tempo e disponibilidade Compartilhar Podem fazer um acordo 				<p>Sobrecarga ligada: 67</p>

26

Registos SCLinic

Avaliar	O que é avaliado	Resultado	Intervenções sugeridas
Stress do cuidador	<ul style="list-style-type: none"> Analisar stress do prestador de cuidados Estado de Sobrecarga do Cuidador relatado para a população portuguesa (ESC) 	<ul style="list-style-type: none"> Stress do cuidador presente, em grau _____ (alto ou baixo) Nível de sobrecarga 	<ul style="list-style-type: none"> Aplicar a PC no tempo livre Analisar stress do PC Encorajar usar os serviços de comunidade Ensinar a PC sobre serviços de saúde Incentivar comunicação de emergência Incentivar envolvimento da família Incentivar a PC a tomar conta Incentivar a PC para estabelecer relações próximas com grupos de apoio Obter PC para grupos de apoio Obter PC para o serviço social Obter PC para reuniões na comunidade

27

Registos SCLinic

Avaliar	O que é avaliado	Resultado	Intervenções sugeridas
Stress do cuidador	<ul style="list-style-type: none"> Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados Avalia (se demonstra ou não): <ul style="list-style-type: none"> Tomar conta Serviços de Saúde Recursos da comunidade Coping 	<ul style="list-style-type: none"> Demonsra ou mecanismos de coping 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o conhecimento do PC para gerir stress Ensinar o PC sobre adaptação Ensinar sobre o papel do PC Instituir o prestador de cuidados para tomar conta

28

Registos SCLinic

Avaliar	O que é avaliado	Resultado	Intervenções sugeridas
Coping	<ul style="list-style-type: none"> Conhecimento sobre estratégias de coping Potencial para melhorar o conhecimento: <ul style="list-style-type: none"> Capacidade cognitiva Consistência das mudanças no estado de saúde Força de vontade expressa Envolvimento no processo de autocuidado 	<ul style="list-style-type: none"> Com resposta normal ou patológica Coping comprometido ou não 	<ul style="list-style-type: none"> Avaliar o conhecimento sobre estratégias de coping Avaliar coping Incentivar comunicação de emergência Incentivar envolvimento da família

29

Registos SCLinic

30

Aprendizagens pessoais com aplicação do Programa psicoeducativo de gestão de stress

- Isolamento neste papel mesmo às vezes não rodeado;
- Necessidade de "falar";
- Na intervenção de Enfermagem é preciso **Tempo efetivo e disponibilidade exclusiva para o cuidador** >> não haver uma formação natural e porque nos surpreendemos em alguns casos;
- "Estou a conseguir ajudar no meu trabalho?";
- Dificuldade em perceber as coisas positivas da prestação de cuidados;
- Perceber que os recursos/estratégias estão na maior parte das vezes dentro das pessoas, o desafio é potencializá-las e fazer o caminho a elas.

31

32

APÊNDICE XXIV – Planos de sessão das ações formativas para a equipa de Enfermagem da UCC

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

Ação formativa para equipa de Enfermagem da UCC 1						
Tema da sessão	Projeto CuidAR melhor – Diagnóstico de Situação					Duração: 1h
População-alvo	Equipa de Enfermagem da UCC <i>Nostra</i> Pontinha			Formadora: Diana Roriz	Data: 7 de Janeiro de 2020	
Local	UCC <i>Nostra</i> Pontinha			Horário: 14h		
Objetivo geral	✓ Partilhar principais resultados referentes ao Diagnóstico de Situação do projeto de intervenção comunitária de gestão da sobrecarga nos Cuidadores Informais					
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> Contextualizar o fenómeno do Envelhecimento e a emergência do papel do Cuidador Informal; Analisar o conceito de Sobrecarga e <i>Coping</i>; Apresentar a metodologia do Planeamento em Saúde no presente projeto; Apresentar o diagnóstico de situação relativo a este grupo vulnerável. 					
Etapas	Atividades Programáticas	Objetivo Específico	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação do tema e enquadramento da sessão; Comunicação dos objetivos; Pré-adquiridos. 		<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Expositivo Expositivo, interrogativo 	Data-Show Power Point	Inicial Formulação de perguntas iniciais	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Conceito de envelhecimento e contextualização do Cuidador Informal; Conceito de Sobrecarga e <i>coping</i>; Metodologia do Planeamento em Saúde; Diagnóstico de Situação do projeto. 	1 2 3 4	<ul style="list-style-type: none"> Expositivo, interrogativo 	Data-Show Power Point	Contínua Observação direta e participação	45 min.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Síntese Formulação de Questões Conclusão 		<ul style="list-style-type: none"> Expositivo Interrogativo Expositivo 	Data-Show Power Point	Contínua Observação direta e participação	5 min.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

Ação formativa para equipa de Enfermagem da UCC 2						
Tema da sessão	Projeto CuidAR melhor – Fase de Execução				Duração: 1h	
População-alvo	Equipa da UCC <i>Nostra</i> Pontinha		Formadora: Diana Roriz		Data: 14 de Janeiro de 2020	
Local	UCC <i>Nostra</i> Pontinha		Horário: 14h			
Objetivo geral	✓ Partilhar principais ideias referentes ao Programa Psicoeducativo de gestão de <i>stress</i> implementado durante a fase de execução de programas e projetos.					
Objetivos específicos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apresentar o programa psicoeducativo de gestão de <i>stress</i> adotado; 2. Apresentar exemplos de resultados obtidos da aplicação do programa psicoeducativo de gestão de <i>stress</i> adotado; 3. Demonstrar diagnósticos e intervenções de Enfermagem na taxonomia CIPE® que podem ser utilizados no registo de enfermagem dentro da área temática; 4. Revelar algumas aprendizagens pessoais identificadas com a aplicação do programa psicoeducativo de gestão de <i>stress</i>. 					
Etapas	Atividades Programáticas	Objetivo Específico	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos/meios didáticos	Avaliação	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação do tema e enquadramento da sessão; • Comunicação dos objetivos; • Pré-adquiridos. 		<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo • Expositivo • Expositivo, interrogativo 	Data-Show Power Point	Inicial Formulação de perguntas iniciais	10 min
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Programa psicoeducativo de gestão de <i>stress</i>; • Exemplos de resultados obtidos da aplicação do programa psicoeducativo de gestão de <i>stress</i>; • Registos SCLinic: diagnósticos e intervenções de Enfermagem na taxonomia CIPE®; • Aprendizagens pessoais com aplicação do PPGS; 	<ol style="list-style-type: none"> 1 2 3 4 	<ul style="list-style-type: none"> • Expositivo, interrogativo 	Data-Show Power Point Grelha de Avaliação dos Cuidadores em Risco Manual do Enfermeiro Manual do Cuidador	Contínua Observação direta e participação	45 min.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

Conclusão	<ul style="list-style-type: none">• Síntese• Formulação de Questões• Conclusão		<ul style="list-style-type: none">• Expositivo• Interrogativo• Expositivo	Data-Show Power Point	Contínua Observação direta e participação	5 min.
------------------	--	--	---	--------------------------	--	--------

APÊNDICE XXV – Cartaz informativo das sessões para a equipa de Enfermagem da UCC

Projeto CuiDAR Melhor

Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência



A contribuir para cuidar melhor...

Sessões para a equipa da UCC Nostra Pontinha

PROGRAMA

Horário	Assuntos
Dia 7 de janeiro 14h00	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação do Projeto “CuiDAR melhor”• Diagnóstico de situação do grupo alvo
Dia 14 de Janeiro 14h00	<ul style="list-style-type: none">• Apresentação de Intervenção Comunitária• Principais resultados obtidos

Projeto desenvolvido pela Mestranda Diana Roriz, Enfermagem Comunitária pela ESEL

APÊNDICE XXVI – Fase de Avaliação do PPGS e ESC no início e no final do projeto

Fase de Avaliação do PPGS e ESC no início e no final do projeto

Cuidador	Fase 5 Avaliação do PPGS	Ganhos qualitativos com a Intervenção	ESC T1	ESC T2
1	Resultado atingido (0)	“Lufada de ar fresco” (sic) “Possibilidade de falar dos problemas e vê-los com outros olhos” (sic)	Sobrecarga Intensa (71)	Sobrecarga Intensa (64)
2	Resultado melhor que o esperado (+1)	“Perceber que ter apoio e partilhar cuidados facilita muito” (sic) “Por o dedo num tema tão sensível como este” (sic)	Sobrecarga ligeira (54)	Sem sobrecarga (45)
3	Resultado atingido (0)	“Ajudar a perceber que tenho capacidade de controlar as situações” (sic) “Puder partilhar o que sinto” (sic)	Sobrecarga ligeira (52)	Sobrecarga ligeira (49)
4	Resultado atingido (+1)	“Perceber que tenho de proteger mais a minha coluna, os meus ossos” (sic) “Relembrar conhecimentos que me ajudam no dia-a-dia” (sic) “Perceber que faço coisas importantes para o conforto” (sic)	Sobrecarga Ligeira (49)	Sem sobrecarga (45)
5				
6	Resultado atingido (0)	“Falar do que vivemos e fazemos todos os dias para levar esta missão para a frente” (sic) “Cuidar de (...) o melhor possível sem arrependimentos ou lamentações” (sic) “Surge um problema, vamos ultrapassá-lo, porque ao longo destes anos a vida tem-nos ensinado que somos capazes com mais ou menos ajuda” (sic)	Sem sobrecarga (43)	Sem sobrecarga (42)
7				
8	Resultado melhor que o esperado (+1)	“Que não posso querer, nem consigo, dominar tudo à minha volta” (sic) “Que o contributo de cada um, mesmo que pequeno, é importante” (sic) “Que ter tempo para mim é fundamental” (sic) “Os encontros na UCC também ajudaram, aprendi muito” (sic)	Sem sobrecarga (34)	Sem sobrecarga (37)

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

9				
10	Resultado atingido (0)	“Ter ajuda das senhoras de manha facilita muito o meu dia” (sic) “Conseguo começar o meu dia de forma diferente” (sic)	Sobrecarga Intensa (66)	Sobrecarga intensa (62)
11				
12	Resultado atingido (0)	“Que tenho de me adaptar às situações, agora é tudo mais imprevisto” (sic) “Necessito de tempo para mim” (sic) “As sessões na UCC foram uma oportunidade de sair de casa e aprendi sempre alguma coisa” (sic)	Sobrecarga ligeira (49)	Sobrecarga Ligeira (47)
13				
14	Resultado melhor que o esperado (+1)	“Perceber que mesmo assim fazia algumas coisas bem” (sic) “Estamos sempre a tempo de aprender” (sic) “Confiar mais em mim” (sic) “Por em prática, e relembrar, o que me ensinou” (sic)	Sobrecarga Ligeira (51)	Sobrecarga ligeira (49)
15				
16	Resultado atingido (0)	“Que confrontar e discutir não me levava a nada, só me consumia” (sic) “Que posso evitar de sair muito magoada” (sic) “Peço mais a opinião (...) e deixo fazer” (sic)	Sobrecarga Ligeira (48)	Sobrecarga ligeira (46)
17	Resultado menos que o esperado (-1)			

Legenda:

 Perda do CI durante o PPGS

APÊNDICE XXVII – Avaliação das sessões de EpS/DdG

Avaliação da 1.^a sessão de EpS/DdG, mediante análise de conteúdo dos testemunhos

Área Temática	Categoria	Subcategoria	Unidades de Registo
Sobrecarga	Dificuldades experienciadas	Problemas relacionados com o idoso dependente	“Está sempre a chamar por mim” (E7)
		Reações à prestação de cuidados	“Tivemos de alterar a nossa casa e vida em família” (E4)” “Fico tenso/a quando me ausento de casa” (E5) “Sinto que carrego uma responsabilidade” (E5) (E9) “Não estava preparado(a) para cuidar” (E7) “Não consigo ter tempo para mim” (E9)
		Exigências de ordem física na prestação de cuidados	“A minha vida é em função do meu familiar” (E1) (E6) (E7) (E9) “Estou esgotado(a)” (E3) “A minha saúde física e mental piorou” (E8)
		Restrições na vida social	“Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria” (E2) “O meu familiar não vive sem mim. Não consigo ir de férias” (E6)
	Estratégias de coping	Lidar com os acontecimentos/ Resolução de problemas	“Tento manter o meu familiar o mais ativo possível” (E2)” “Procuro ter toda a ajuda da família que seja possível” (E2) (E9) “Tenho uma rotina estabelecida diariamente” (E3) “Modifiquei a casa para facilitar a nossa vida” (E3) (E4) (E9) “Tenho necessidade de desabafar” (E4)

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

			<p>“Procuro toda a informação disponível” (E4) (E6)</p> <p>“Procuro ter toda a ajuda da família que seja possível” (E9)</p> <p>“Tenho necessidade de desabafar” (E9)</p>
		<p>Perceções alternativas sobre a situação</p>	<p>“Aceito o meu presente porque ninguém tem culpa” (E1) (E8)</p> <p>“Penso muitas vezes nos bons momentos que tivemos” (E1) (E4) (E6)</p> <p>“Tento dominar as minhas emoções” (E5)</p> <p>“A minha fé tem ajudado a superar os momentos mais difíceis” (E5)</p>
		<p>Lidar com os sintomas de <i>stress</i></p>	<p>“Não dispense da minha ida ao café diariamente” (E7)</p> <p>“Tenho procurado frequentar as sessões do Educar para Cuidar” (E6) (E7) (E8) (E9)</p> <p>“O meu tempinho para o <i>crochet</i> é essencial” (E7)</p>

Avaliação da 2.^a sessão de EpS/DdG, mediante preenchimento de questões de Verdadeiro e Falso

- 1) Para obter eficácia no uso dos músculos e ossos do corpo é preciso levar em conta aspetos como o equilíbrio, postura e alinhamento corporal. V F
- 2) Quanto menor a base de sustentação (distância entre pés), maior a estabilidade do corpo. V F
- 3) Quanto mais inclinado o tronco estiver para a frente, maior o equilíbrio. V F
- 4) Usar um lençol para mobilizar a pessoa na cama pode ser uma ajuda técnica valiosa V F
- 5) Vestir um par de calças à pessoa antes de fazer o levante facilita a realização deste momento V F

Pergunta	Resposta corretas
1	100%
2	100%
3	67%
4	100%
5	100%

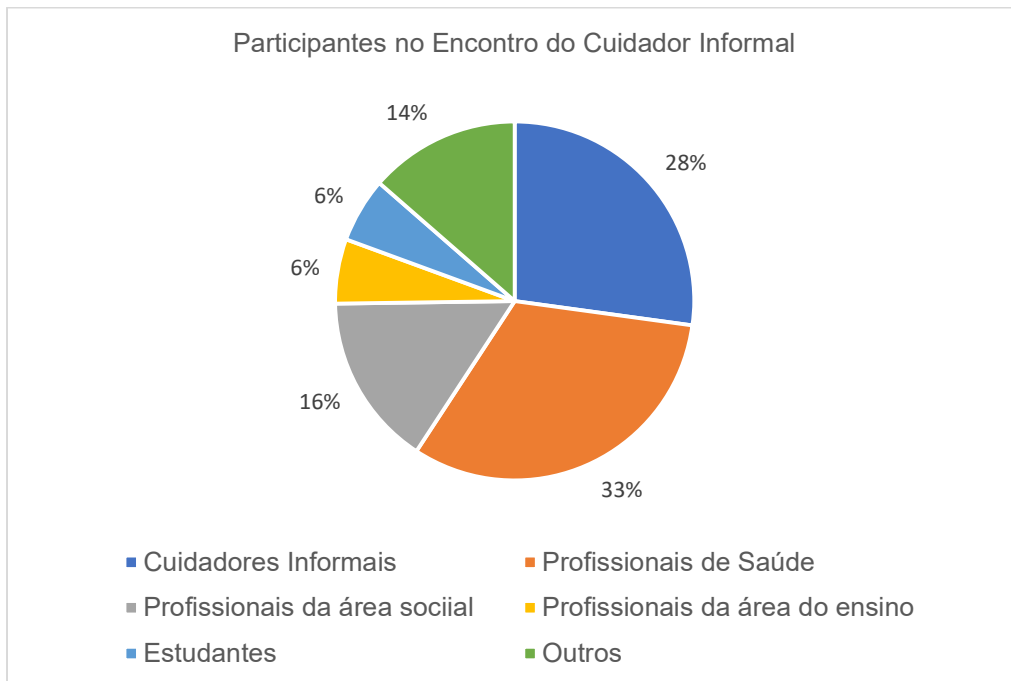
Avaliação da 3.^a sessão de EpS/DdG, mediante análise de conteúdo dos testemunhos

Área Temática	Categoria	Unidades de Registo
Brasão de Esperança	Alguém próximo que aumente a sua esperança	<ul style="list-style-type: none"> • “Filhos” (E1) (E2) (E4) (E5) (E7) • “Netos” (E1) (E4) • “Irmã” (E3) • “Esposa” (E4) • “Pai (E5) • “Enfermeira” (E6)
	Um sentimento que o faça ter esperança	<ul style="list-style-type: none"> • “Amor” (E1) (E2) (E5) (E6) • “Superação” (E3) (E4) • Perseverança (E5) (E7) • Confiança (E5)
	Crença que o ajude a ter esperança	<ul style="list-style-type: none"> • “O amanhã será melhor” (E1) • “Recomeçar” (E2) • “Fé” (E3) (E5) • “Força em mim mesmo” (E4) (E7) • “Conforto” (E6)
	Uma experiência de esperança no passado	<ul style="list-style-type: none"> • “A minha doença” (E1) • “Conforto na fragilidade e na perda” (E2) • “Ter ajudado o meu pai até ao fim da vida” (E3) • “O ter ultrapassado algumas experiências familiares graves” (E4) • “Doença Oncológica do pai” (E5) • “Recuperação de uma cirurgia difícil” (E6) • “Esperança que as coisas melhorassem, nunca vivi” (E7)

Avaliação da 4.^a sessão de EpS/DdG, dados recolhidos nos locais

Assoalhada 1 “O meu tempo”
Construção da lista de “Coisas que gosto de fazer”: <ul style="list-style-type: none">• Caminhada• Ver TV• Dormir• Ida ao café• Ouvir rádio• Ler (livros, jornal)• Fazer <i>crochet</i>• Ter tempo com a família• Maquilhagem
Assoalhada 2 “O meu corpo”
5 figuras com posturas corretas e incorretas para avaliar com certo ou errado com 100% de respostas corretas
Assoalhada “Á minha mesa”
Das 10 questões sobre Mitos e Verdades da alimentação saudável, 5 questões geraram alguma discussão entre qual a resposta verdadeira.

APÊNDICE XXVIII – Dados de Participação no Encontro do CI



APÊNDICE XXIX – Dados das sessões de EpS/DdG e sessões para os profissionais

Dados das sessões EpS/DdG (Indicador de atividade)

Sessão	Indicadores	% previsto	% obtido
“Estou em sobrecarga... É tempo de agir!”	% de adesão da amostra	10%	18% (3/17)
	% adesão dos participantes	30%	129% 9/7
	% satisfação na sessão	70%	100%
“Cuidar é exigente fisicamente... Que melhorar?”	% de adesão da amostra	10%	12% (2/17)
	% adesão dos participantes	30%	27% (3/11)
	% satisfação na sessão	70%	100%
“Enquanto há vida... Há esperança!”	% de adesão da amostra	10%	12% (2/17)
	% adesão dos participantes	30%	64% (7/11)
	% satisfação na sessão	70%	100%
“Nostra casa é a vossa casa”	% de adesão da amostra	10%	24% (4/17)
	% adesão dos participantes	30%	127% (14/11)
	% satisfação na sessão	70%	100%

Dados das ações formativas para a Equipa de Enfermagem da UCC (indicador de atividade)

Sessão	Indicadores	% previsto	% obtido
Projeto CuidAR melhor - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	% de adesão da equipa de Enfermagem da UCC	50%	100% (8/8)
	% satisfação da sessão pela equipa de Enfermagem da UCC	70%	100% (8/8)
Projeto CuidAR melhor – Fase de Execução	% de adesão da equipa de Enfermagem da UCC	50%	100% (8/8)
	% satisfação da sessão pela equipa de Enfermagem da UCC	70%	100% (8/8)

APÊNDICE XXX – Folha de avaliação da satisfação dos participantes nas sessões

Avaliação da Sessão

Tema: _____

Data: ____/____/____

A sua opinião sobre a sessão é fundamental a fim de aperfeiçoar futuros momentos como este, pelo que solicito que responda às questões abaixo indicadas colocando uma cruz (X) no espaço que corresponde à sua opinião. As quatro respostas possíveis para cada questão são: Nada satisfeito, Pouco satisfeito, Satisfeito e Muito satisfeito.

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
A. EXPECTATIVAS				
1) As expetativas que trazia para esta sessão foram satisfeitas?				
B. OBJETIVOS				
1) No início da sessão os objetivos foram claramente apresentados?				
2) No final da sessão sente que os objetivos propostos foram alcançados?				
C. CONTEÚDOS				
1) A duração da sessão foi adequada?				
2) O desenrolar dos conteúdos foi adequado?				
3) Os temas trabalhados na sessão são úteis e atuais?				
4) A linguagem utilizada foi acessível?				
D. MÉTODOS E MEIOS				
1) A dinâmica utilizada foi facilitadora na compreensão dos temas?				
2) Os equipamentos/meios utilizados foram adequados				
3) A documentação fornecida foi adequada?				
E. DINÂMICA DOS PARTICIPANTES				
1) Como decorreu a interação entre participantes?				

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2) Como decorreu a interação entre o grupo de participantes e a formadora?				
F. ORGANIZAÇÃO				
1) A forma de convite para as sessões foi adequada?				
2) O espaço físico foi adequado para o desenvolvimento da sessão?				

Sugestões e Comentários:

Obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE XXXI – Projetos e Eventos na disseminação de Informação

Participação da Mestranda em Projetos e Eventos na disseminação de Informação

- Participação no 2.º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar & 1.º Congresso Ibérico de Saúde Familiar, Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, entre 16-18.10.2019, Lisboa – submissão de resumo e apresentação de *poster* intitulado “Apreciação de uma família numa transição saúde-doença”;
- Participação como preletora no Encontro do Cuidador Informal UCC *Nostra Pontinha* a 05.11.2019, na 1.ª mesa: “Tenho um estatuto e agora?... Intervenção na comunidade”;
- Participação nas 1.ªs Jornadas de Enfermagem Comunitária da ESEL: Saúde e Sociedade. Pensar a enfermagem no século XXI, a 21.11.2019, Lisboa – submissão do resumo e apresentação de uma comunicação oral intitulada “Sobrecarga num grupo de cuidadores informais de idosos em situação de dependência”, tendo sido atribuído o 1.º prémio;
- Participação no 12.º Aniversário da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a 05.12.2019 - com a apresentação de dois *posters*:
 - “Cancro colo-retal: uma abordagem epidemiológica”;
 - “A família face à doença: abordagem sistémica”.
- Participação nas 1.ªs Jornadas “Pensar a Enfermagem Avançada no contexto atual dos cuidados de Saúde”, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a 18.12.2019 – submissão de resumo e co-autoria de *poster* intitulado “Envelhecimento na comunidade e o *transitional care model*: papel do enfermeiro especialista na transição segura”;
- Participação no Projeto *Angelini University Awards* 2018-2019 na área temática “Envelhecimento na comunidade e o *Transitional Care Model* - Promoção da transição segura entre níveis de cuidados como uma nova abordagem organizacional”.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

ANEXOS

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

ANEXO I – Parecer favorável da CES da ARSLVT



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Exma. Senhora

Dr.ª Diana Roriz

droriz@campus.esel.pt

C/C:

Sua Referência

Sua Comunicação de

Nossa Referência

Data

6386/CES/2019

Assunto: cuidAR melhor – projeto de intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos cuidadores informais.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projecto mencionado em epígrafe, e emitiu um parecer favorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende estarem reunidas as condições para a sua concretização.

Com os melhores cumprimentos,

O Conselho Directivo


LUI S PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

**ANEXO II – Autorização da Diretora Executiva do ACES
Loures/Odivelas**

AGRUPAMENTO LOURES - ODIVELAS

DECLARAÇÃO


Ileine Maria Noronha Lopes, Diretora Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde Loures Odivelas (ACES) Loures - Odivelas, declara nada ter nada a opor quanto à realização projeto de intervenção intitulado de "cuidar melhor – projeto de intervenção comunitária na gestão da sobrecarga dos cuidados informais.", tendo o parecer favorável no dia 07-06-2019, em reunião da Secção de Investigação - Comissão de Ética da ARSLVT. IP.

Mais declaro tem o ACES Loures Odivelas condições logísticas e humanas que asseguram a respetiva investigação em condições éticas adequadas, dado que não acarreta despesas para o Serviço.

Por ser verdade e me ter sido pedida, se passa a presente declaração que vai ser por mim assinada.

Sacavém, 09 de Julho de 2019

**A Diretora Executiva
ACES Loures – Odivelas**



Ileine Lopes (Dr.ª)

/MFF

ANEXO III – Autorização da Responsável pelo Acesso à Informação do ACES Loures/Odivelas

Maria Adelaide Pimentel Laranjeira Carmo Azevedo | USF Cruzeiro

15:15



Re: Autorização para acesso à informação em contexto de estágio

Para: DIANA MANUELA DA CUNHA RORIZ

Cara Sra. Enf. Diana Roriz

Recebi o seu pedido a que só agora respondo por ter estado ausente estas duas últimas semanas para gozo de férias.

De acordo com o processo que iniciou e, cumpridos os requisitos éticos para a recolha de dados clínicos respeitantes aos utentes que serão incluídos no seu Projecto de Intervenção, não vejo nenhum óbice à utilização desses dados para os fins previstos.

Ao dispor

Com os melhores cumprimentos

Adelaide Laranjeira, Dra.
Presidente CCS Aces Loures- Odivelas

De: DIANA MANUELA DA CUNHA RORIZ <droriz@campus.esel.pt>

Enviado: 11 de julho de 2019 01:23:02

[Ver mais de DIANA MANUELA DA CUNHA RORIZ](#)

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

ANEXO IV – Autorização concedida para utilização da ESC

Assunto: FW: Pedido de autorização para utilizar Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

Data: 27 de março de 2019, 11:51

Para: DIANA MANUELA DA CUNHA RORIZ droriz@campus.esel.pt



Exma. Dian Roriz

Informa-se que poderá utilizar a Escala designada por Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC), traduzida e validada para a população Portuguesa, no seu trabalho de investigação.

Mais se informa que o instrumento deve ser utilizado na íntegra, podendo apenas ser alterado na forma de apresentação e não podem ser utilizado para fins comerciais.

Envio um documento em anexo que deverá preencher e devolver.

Trata-se de um documento de monitorização da utilização da Escala.

As regras de cotação estão publicadas no livro Cuidar de idosos com dependência física e Mental, editado pela LIDEL, em 2010/2018.

<https://www.bertrand.pt/livro/cuidar-de-idosos-com-dependencia-fisica-e-mental-carlos-sequeira/21325567>

<https://www.fnac.pt/Cuidar-de-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a1440821>

No entanto se persistir qualquer dúvida não hesitem em contactar-me.

Seguem em anexo o instrumento.

Com os melhores cumprimentos e ao dispor,
Carlos Sequeira

Carlos Sequeira, PhD, MSc, RN

Prof. Coordenador - Escola Superior de Enfermagem do Porto

Coordenador do Grupo de Investigação - NurID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – cintesis - center for health technology and services research - FMUP

Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental

https://www.researchgate.net/profile/Carlos_Sequeira2



info_utiliza_instr
umentos.doc



escala_sobrecar
ga_cui...ira.doc

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

ANEXO V – ESC validada para a população portuguesa

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2007, 2010)


A ESC é uma escala que avalia a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?					
2	Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3	Sente-se tenso/a quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas por fazer?					
4	Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5	Sente-se irritado/a quando está junto do seu familiar?					
6	Considera que a situação actual afecta de uma forma negativa a sua relação com os seus amigos/familiares?					
7	Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8	Considera que o seu familiar está dependente de si?					
9	Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?					
10	Vê a sua saúde ser afectada por ter de cuidar do seu familiar?					
11	Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					
12	Pensa que as suas relações sociais são afectadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13	Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o(a) visitarem devido ao seu familiar?					
14	Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?					
15	Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16	Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17	Considera que perdeu o controle da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?					
18	Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19	Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20	Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21	Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22	Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?					

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

ANEXO VI – Autorização concedida para utilização da CADI e CAMI

De: **Lúisa Brito** lbrito@esenfc.pt 
Assunto: **RE: Serviço de mensagens do Website ESEnFC - Contato via email para poder requerer autorização para utilização do CADI e do CAMI**
Data: 27 de março de 2019, 09:35
Para: droriz@campus.esel.pt
Cc: lbrito@esenfc.pt

LB

Cara Sra. Enf^a Diana Roriz,

Envio em anexo a versão portuguesa dos instrumentos solicitados. Junto também um texto dos autores originais para apoio adicional no trabalho dos dados.

Para efeito de continuação da validação das escalas para a população portuguesa, peço-lhe que no final do trabalho me envie uma síntese dos principais resultados das escalas, juntamente com uma breve caracterização da amostra utilizada.

Encontro-me ao dispor para os esclarecimentos que forem necessários.

Com os meus cumprimentos, e votos de muitos êxitos no seu trabalho,
Lúisa Brito



PDF

Cadi2006.pdf



PDF

Cami2006.pdf



PDF

Nolan1998.pdf

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

ANEXO VII – CADI validada para a população portuguesa

CADI (Carers' Assessment of Difficulties Index)
(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000)

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

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

Prestar cuidados PODE SER DIFÍCIL porque:		Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias				
21	A qualidade da minha vida piorou				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço				
23	A minha saúde ficou abalada				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado(a) com os cuidados a prestar				
30	Esta situação faz-me sentir culpado(a)				

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

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

ANEXO VIII – CAMI validada para a população portuguesa

CAMI (Carers' Assessment of Managing Index)
(Nolan e col., 1998; tradução portuguesa: Luisa Brito e João Barreto, 2000)

O CAMI é uma lista de 38 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das maneiras como habitualmente enfrentam as suas dificuldades. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado
1	Estabelecer um programa regular de tarefas e procurar cumpri-lo				
2	Descarregar a tensão, falando alto, gritando, ou coisa semelhante				
3	Falar dos meus problemas com alguém em quem confio				
4	Reservar algum tempo livre para mim próprio(a)				
5	Planear com antecedência e assim estar preparado(a) para as coisas que possam acontecer				
6	Ver o lado cómico da situação				
7	Pensar que há sempre quem esteja pior do que eu				
8	Cerrar os dentes e continuar				
9	Recordar todos os bons momentos que passei com a pessoa de quem cuido				
10	Procurar obter toda a informação possível acerca do problema				
11	Pensar que a pessoa de quem cuido não tem culpa da situação em que está				
12	Viver um dia de cada vez				
13	Conseguir que a família me dê toda a ajuda prática que puder				
14	Manter a pessoa de quem cuido tão activa quanto possível				
15	Modificar as condições da casa de modo a facilitar as coisas o mais possível				
16	Pensar que a situação está agora melhor do que antes				
17	Obter toda a ajuda possível dos serviços de saúde e dos serviços sociais				
18	Pensar no problema e encontrar uma forma de lhe dar solução				
19	Chorar um bocado				
20	Aceitar a situação tal como ela é				
21	Arranjar maneira de não pensar nas coisas, lendo, vendo televisão ou algo semelhante				
22	Fazer como se o problema não existisse e esperar que ele passe				

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Não procedo desta forma	Faço assim e acho que:		
			Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado
23	Tomar medidas para evitar que os problemas surjam				
24	Agarrar-me a fortes crenças pessoais ou religiosas				
25	Acreditar em mim próprio(a) e na minha capacidade para lidar com a situação				
26	Esquecer os problemas por momentos, deixando divagar o pensamento				
27	Manter dominados os meus sentimentos e emoções				
28	Tentar animar-me comendo, bebendo um copo, fumando ou outra coisa do género				
29	Confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido				
30	Experimentar várias soluções até encontrar uma que resulte				
31	Estabelecer uma ordem de prioridades e concentrar-me nas coisas mais importantes				
32	Procurar ver o que há de positivo em cada situação				
33	Ser firme com a pessoa de quem cuido e fazer-lhe ver o que espero dela				
34	Pensar que ninguém tem culpa da situação				
35	Descarregar o excesso de energia e sentimentos, andando, nadando ou fazendo outro exercício físico				
36	Reunir regularmente com um grupo de pessoas com problemas semelhantes				
37	Usar técnicas de relaxamento, meditação ou outras				
38	Dedicar-me a coisas que me interessam, para além de cuidar da pessoa				

Se tem outras maneiras de **ENFRENTAR OS PROBLEMAS**, por favor indique-as a seguir e assinala, como fez atrás, em que medida lhe parece que dão resultado.

Uma das MANEIRAS DE ENFRENTAR AS DIFICULDADES que tenho, ao cuidar desta pessoa, é:		Faço assim e acho que:		
		Não dá resultado	Dá algum resultado	Dá bom resultado

**ANEXO IX – Autorização concedida para utilização da Escala de
*Barthel***

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

De: araujo@esenf.pt 
Assunto: Re: Pedido de autorização para utilizar o índice de Barthel (validado para a população portuguesa)
Data: 27 de março de 2019, 09:18
Para: DIANA MANUELA DA CUNHA RORIZ droriz@campus.esel.pt



Bom dia estimada estudante Diana Manuela

Em resposta ao solicitado, anexo a versão do Índice de Barthel validada, a fim de a utilizar na colheita de dados do estudo que está a desenvolver no âmbito 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Saúde Comunitária pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e para o qual lhe desejo muito sucesso. Anexo também o artigo em que o estudo foi publicado.

Respeitosamente

Prof Fátima Araujo



publicacao
REVIST...07.pdf

ANEXO X – Escala de *Barthel* validada para a população portuguesa

As questões que se seguem procuram avaliar a sua capacidade funcional para realizar as **atividades básicas de vida diária**. Para isso, refira para cada questão, a resposta que melhor traduz a sua situação.

Índice de Barthel	Pontuação
A. Actualmente, relativamente à sua higiene pessoal: 1 <input type="checkbox"/> Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pentear-se sozinho 0 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	
B. Actualmente, consegue tomar banho: 1 <input type="checkbox"/> Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0 <input type="checkbox"/> Não consegue tomar banho sozinho	
C. Actualmente, consegue vestir-se: 2 <input type="checkbox"/> Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para algumas coisas (ex. apertar atacadores, fechar um fecho ou abotoar) 0 <input type="checkbox"/> Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	
D. Actualmente, consegue alimentar-se: 2 <input type="checkbox"/> Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0 <input type="checkbox"/> Não consegue alimentar-se sozinho	
E. Actualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? 3 <input type="checkbox"/> Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) 1 <input type="checkbox"/> Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	
F. Actualmente, consegue subir e descer escadas 2 <input type="checkbox"/> Consegue subir e descer escadas 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para subir e descer escadas 0 <input type="checkbox"/> Não consegue subir ou descer escadas	
G. Actualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se 3 <input type="checkbox"/> Consegue andar (com ou sem bengala, andador, canadiana, etc.) 2 <input type="checkbox"/> Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de 1 pessoa 1 <input type="checkbox"/> Consegue andar sozinho em cadeira de rodas 0 <input type="checkbox"/> Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	
H. Actualmente, tem controlo na função intestinal 2 <input type="checkbox"/> Controla bem esta função 1 <input type="checkbox"/> Às vezes (ocasionalmente) não controla as fezes 0 <input type="checkbox"/> Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	
I Actualmente, controla a função urinária 2 <input type="checkbox"/> Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos 1 <input type="checkbox"/> Perde urina acidentalmente 0 <input type="checkbox"/> Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	
J Actualmente, consegue ir à casa de banho 2 <input type="checkbox"/> Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisa sozinho 0 <input type="checkbox"/> Não consegue ir à casa de banho sozinho	
PONTUAÇÃO FINAL	

**ANEXO XI – Autorização concedida para utilização da Escala de
*Lawton & Brody***

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

De: araujo@esenf.pt 
Assunto: Re: Pedido de autorização para utilizar a escala de Lawton e Brody (validado para a população portuguesa)
Data: 29 de março de 2019, 09:52
Para: DIANA MANUELA DA CUNHA RORIZ droriz@campus.esel.pt



| Bom dia estimada estudante Diana

Conforme solicitado anexo a Escala de Lawton e Brody validada e cópia do artigo publicado no livro de atas do congresso onde o estudo foi apresentado.

Atenciosamente

Prof Fatima Araujo

ANEXO XII – Escala de *Lawton & Brody* validada para a população portuguesa

Escala de Lawton y Brody	Pontuação
1 Capacidade para usar o telefone: 3 <input type="checkbox"/> Utiliza o telefone por própria iniciativa; procura e marca números. 2 <input type="checkbox"/> É capaz de marcar alguns números familiares 1 <input type="checkbox"/> Atende o telefone mas não marca números 0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de usar o telefone	
2 Fazer compras: 3 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) todas as compras necessárias 2 <input type="checkbox"/> Realiza sozinho(a) as compras pequenas 1 <input type="checkbox"/> Necessita ser acompanhado(a) para fazer qualquer compra 0 <input type="checkbox"/> Totalmente incapaz de ir às compras	
3 Preparação da comida: 3 <input type="checkbox"/> Organiza, prepara e serve adequadamente as refeições sozinho 2 <input type="checkbox"/> Prepara adequadamente as refeições se os ingredientes forem fornecidos 1 <input type="checkbox"/> Prepara, aquece e serve as refeições, mas não mantém uma dieta adequada. 0 <input type="checkbox"/> Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	
4 Cuidado com a casa: 4 <input type="checkbox"/> Mantém a casa arrumada, sozinho ou com ajuda ocasional (para trabalhos pesados) 3 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, como lavar a louça ou fazer a cama 2 <input type="checkbox"/> Realiza tarefas diárias ligeiras, mas não mantém um nível adequado de limpeza 1 <input type="checkbox"/> Necessita de ajuda em todas as tarefas da lida da casa 0 <input type="checkbox"/> Não participa em nenhuma tarefa doméstica.	
5 Lavar a roupa: 2 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) toda a sua roupa 1 <input type="checkbox"/> Lava sozinho(a) apenas peças pequenas 0 <input type="checkbox"/> Toda a lavagem de roupa tem de ser realizada por outra pessoa	
6 Usar os meios de transporte: 4 <input type="checkbox"/> Viaja sozinho(a) em transportes públicos ou conduz o seu próprio carro 3 <input type="checkbox"/> É capaz de apanhar um táxi, mas não usa outro meio de transporte 2 <input type="checkbox"/> Viaja em transportes públicos quando acompanhada por alguém 1 <input type="checkbox"/> Só utiliza o táxi ou automóvel com ajuda de outros 0 <input type="checkbox"/> Não viaja	
7 Responsabilidade com a sua medicação: 2 <input type="checkbox"/> É responsável por tomar a sua medicação nas doses correctas e à hora certa 1 <input type="checkbox"/> Toma a sua medicação se lhe for preparada (doses separadas) previamente 0 <input type="checkbox"/> Não é capaz de se responsabilizar pela toma da medicação	
8 Capacidade para tratar dos seus assuntos económicos: 2 <input type="checkbox"/> Gere os seus assuntos financeiros sozinho(a) (cheques, paga a renda, contas bancárias) 1 <input type="checkbox"/> Gere as compras do dia-a-dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco... .. 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de gerir o dinheiro	
PONTUAÇÃO FINAL	

Tipo de :Preenchimento

- 1 Auto-preenchimento
 2 Entrevista

Tempo de preenchimento: _____ minutos

Muito obrigado pela sua colaboração e disponibilidade

ANEXO XIII – Grelha de despiste do CI em risco de Sobrecarga

GRELHA DE AVALIAÇÃO DOS CUIDADORES EM RISCO*

ELEMENTOS DE AVALIAÇÃO	SCORE
1. Quais são os cuidados ou ajuda que presta ao seu próximo? _____ _____ _____	
2. Como classifica os cuidados que presta ao seu familiar: 1. SIMPLES 2. UM POUCO DIFÍCEIS 3. MAIS OU MENOS DIFÍCEIS 4. MUITO DIFÍCEIS	/4
3. Acha que a sua situação é: «Stressante» (irritante ,difícil): 1. NÃO É STRESSANTE 2. UM POUCO STRESSANTE 3. MAIS OU MENOS STRESSANTE 4. MUITO STRESSANTE	/4
3. De uma forma geral, considera que à sua volta o apoio que tem é: 1. MUITO APOIO 2. APOIO SUFICIENTE 3. POUCO APOIO 4. NENHUM APOIO	/4
4. Como classifica o apoio que recebe dos serviços formais (Centro de Saúde, Hospital, Instituições Particulares de Solidariedade Social,...)? 1. MUITO APOIO 2. APOIO SUFICIENTE 3. POUCO APOIO 4. NENHUM APOIO	/4
5. Como classifica o seu estado geral de saúde: 1. MUITO BOM 2. BOM 3. RAZOÁVEL 4. FRACO	/4

* Ducharme, F.; Trudeau, D.; Ward, J. (2008)

**ANEXO XIV – Autorização da difusão do PPGS pela Comunidade de
Enfermeiros dos Centros de Saúde de Lisboa**

Laura Maria Monteiro Viegas

De: Ducharme Francine <francine.ducharme@umontreal.ca>
Enviado: sexta-feira, 5 de Abril de 2019 01:57
Para: Laura Maria Monteiro Viegas
Assunto: Re: intervention psychoéducatrice individuelle pour les proches aidants d'un parent âgé

Merci beaucoup de me tenir informée de la diffusion de mes travaux.
Je suis heureuse que les proches-aidants puissent en bénéficier au Portugal.
Bonne continuation de vos travaux!
Cordialement,

Francine Ducharme, Ph.D.
Doyenne
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal

Envoyé de mon iPad

Le 4 avr. 2019 à 07:24, Laura Maria Monteiro Viegas <lviegas@esel.pt> a écrit :

Bonjour Madame Ducharme

J'ai terminé ma thèse de doctorat en sciences infirmières où j'ai appliqué le programme psychoéducatif de gestion du stress destiné aux proches-aidants d'un parent âgé à domicile (Ducharme, Trudeau & Ward, 2008) avec des résultats favorables pour faire face aux besoins de les proches-aidants. Je suis impatient de défendre la preuve publique de cette travaille.

À ce moment, j'ai été invitée à développer un partenariat avec les infirmières auxiliaires d'un groupe de Centres de Santé de la région de Lisbonne (Portugal) afin d'inclure dans leur pratique quotidienne ce programme. Je suis heureux d'étendre ce programme qui profite aux proches-aidants. Je voudrais transmettre cette nouvelle de appliquer vos travaux dans le cadre de la pratique des soins.

Je vous remercie beaucoup,
Laura Viegas (lviegas@esel.pt)

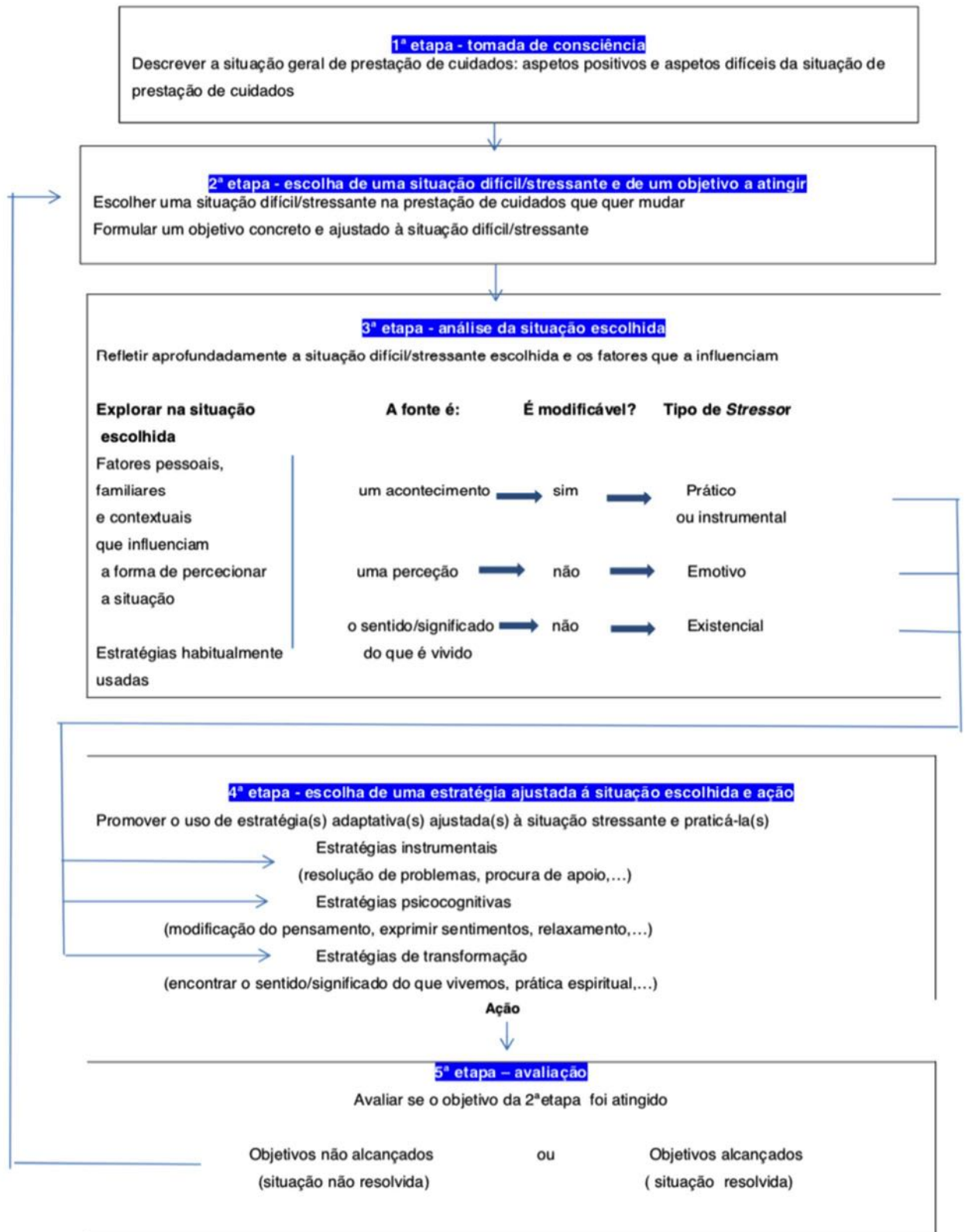
De: Ducharme Francine <francine.ducharme@umontreal.ca>
Enviada: quarta-feira, 9 de Outubro de 2013 17:06
Para: LAURA MARIA MONTEIRO Viegas <lviegas@esel.pt>
Cc: Saulnier Diane <diane.saulnier@umontreal.ca>
Assunto: RE: intervention psychoéducatrice individuelle pour les proches aidants d'un parent âgé

Bonjour Madame Monteiro,
Merci de votre intérêt pour mes travaux.

CuidAR melhor – um projeto de Intervenção comunitária na gestão da sobrecarga
dos Cuidadores Informais de idosos em situação de dependência

ANEXO XV – Etapas do PPGS

Etapas do Programa Psicoeducativo de Gestão do *Stress* destinado aos cuidadores de um familiar idoso no domicílio (Ducharme, Trudeau, Ward, 2008 traduzido e adaptado por Viegas, 2014)



Na segunda etapa aquando da fixação de um objetivo é apresentada uma escala de objetivos pessoais:

Resultado mais baixo que o esperado (-2)
Resultado menos que o esperado (-1)
Resultado atingido (0)
Resultado melhor que o esperado (+1)
Resultado muito melhor que o esperado (+2)

ANEXO XVI – Matriz para registo do PPGS em SClinico

Registos no SClínico®

Avaliar	O que é avaliado	Resultado	Intervenções sugeridas
Stress do cuidador	<p>Avaliar stress do prestador de cuidados</p> <p>Escala de Sobrecarga do Cuidador validada para a população portuguesa (ESC)</p>	<p>Stress do cuidador presente, em grau: ____</p> <p>Nível de sobrecarga</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apoiar o PC no tomar conta • Avaliar stress do PC • Encorajar a usar os serviços da comunidade • Ensinar o PC sobre os recursos da comunidade • Ensinar o PC sobre serviços de saúde • Incentivar comunicação de emoções • Incentivar envolvimento da família • Incentivar o PC a tomar conta • Incentivar o PC para iniciar relações dinâmicas com grupos de suporte • Orientar PC para grupos de suporte • Orientar PC para o serviço social • Orientar PC para recursos na comunidade
	<p>Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados</p> <p>Avalia (se demonstra ou não):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tomar conta - Serviços de Saúde - Recursos da comunidade - <i>Coping</i> 	<p>Demonstra ou mecanismos de coping</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento do PC para gerir <i>stress</i>; • Ensinar o PC sobre adaptação; • Ensinar sobre o papel do PC; • Instruir o prestador de cuidados para tomar conta.
Coping	<p>Conhecimento sobre estratégias de coping</p>	<p>Com resposta normal ou patológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o conhecimento sobre estratégias de coping;

	Potencial para melhorar o conhecimento <ul style="list-style-type: none">• Capacidade cognitiva• Conscientização das mudanças no estado de saúde• Força de vontade expressa.• Envolvimento no processo ensino aprendizagem	Coping comprometido ou não	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar <i>coping</i>;• Incentivar comunicação de emoções;• Incentivar envolvimento da família.
--	--	--------------------------------------	---

Nota: Importância da realização do registo livre na identificação da etapa do PPGS e principais dados trabalhados.