



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**CAPACITAR OS CUIDADORES FAMILIARES
PARA CUIDAR EM CASA
EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO**

Andreia Sofia Ferreira Gomes

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**CAPACITAR OS CUIDADORES FAMILIARES
PARA CUIDAR EM CASA
EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO**

Andreia Sofia Ferreira Gomes

Relatório de estágio orientado por:

Prof.^a Elisa Maria Bernardo Garcia

Enf.^a Maria João Bernardo

Lisboa

2012



É com muito amor, carinho e gratidão que dedico este trabalho aos que mais amo, à minha família e em especial à pequenina Sofia, que durante quase dois anos não tiveram tantos momentos como os que mereciam e gostariam mas que mesmo assim, sempre me incentivaram a continuar!

AGRADECIMENTOS

Findo o grande desafio de ter voltado à escola e este percurso com todos os obstáculos que surgiram nesta caminhada, por ser eu, filha, esposa mas também mãe e enfermeira num serviço tão exigente, é tempo de agradecer a todos os que de alguma forma contribuíram para que esta jornada se tornasse uma realidade.

À minha família, que me apoiou, compreendeu e me incentivou a continuar, permitindo-me levar a bom porto esta etapa de vida.

Às minhas amigas e companheiras de “viagem”, Joana Marecos e Elisabete Braga pelo suporte e incentivo que me deram nos momentos mais difíceis do curso. À Vanessa, à Marta, ao Miguel e à Soraia que em situações pontuais mas decisivas também me ajudaram.

Aos Cuidadores Familiares que participaram, em particular aos que permaneceram presentes até ao término do projecto e me fizeram sentir que todo o esforço desenvolvido tinha valido a pena!

Também à Senhora Enfermeira Rosário De Athayde, ao reconhecer o esforço acrescido que me era exigido ao conciliar a vida académica com a vida profissional, na adaptação dos horários de trabalho mas muito, às minhas orientadoras Professora Elisa Garcia e Enfermeira Maria João Bernardo, pelo apoio e orientação dados ao longo do curso.

Aos colegas da UCC Amadora+, nomeadamente às enfermeiras Helena, Lurdes e Idalina, com quem tive o prazer de privar mais tempo, fazendo-me sentir parte integrante do grupo e por se mostrarem sempre disponíveis para ajudar, mesmo apenas com uma palavra amiga. Ao enfermeiro Daniel pela sua boa disposição e bom ambiente de trabalho e de convívio que criava na UCC.

O meu muito obrigado a todos, sem a Vossa ajuda estou certa, não teria conseguido!

RESUMO

O grande desenvolvimento técnico-científico e os avanços na área da Saúde permitiram às populações alcançar maior esperança de vida, mas também maior morbidade. A esta realidade associam-se graves problemas de dependência e uma solicitação cada vez maior, quer dos serviços de saúde quer da própria família, nomeadamente das pessoas que tomam essa responsabilidade – Cuidadores Familiares.

O dia-a-dia deste grupo populacional pode ser um verdadeiro desafio, pela confrontação constante com inúmeras dificuldades que se podem acentuar, ainda mais, por falta de preparação para desempenhar tal papel, pelo que a intervenção do enfermeiro comunitário é fundamental.

O projecto foi desenvolvido na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do ACES Amadora VII e pretendeu intervir junto dos cuidadores familiares, na tentativa de os capacitar para cuidar, em casa, familiares dependentes no autocuidado, transparecendo que mais do que a extensão do enfermeiro, também eles devem ser alvo de cuidados. Como metodologia adoptada, seguiu-se o Planeamento em Saúde e como referencial teórico a Teoria de Autocuidado de Orem. No diagnóstico de situação, recorreu-se a uma abordagem mista, com aplicação de duas técnicas de colheita de dados, o questionário com caracterização demográfica e com o índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI) e três entrevistas a peritos na área.

Os dados obtidos na fase de diagnóstico de situação revelaram que o perfil do cuidador familiar é na maioria do sexo feminino, filhas ou cônjuges da pessoa dependente, numa faixa etária elevada, com baixo nível de escolaridade e sem actividade profissional activa e que a maior dificuldade é sentida ao nível das exigências do cuidar, relacionada com a situação de dependência da pessoa cuidada e com as implicações que tal tarefa impõe na sua própria saúde.

Os resultados da intervenção revelaram ainda que, num curto espaço de tempo, houve uma ligeira diminuição quer no índice de perturbação, quer na intensidade com que as dificuldades eram percebidas e vivenciadas.

A realização do projecto contribuiu para o reconhecimento da importância da capacitação dos familiares cuidadores e propiciou também o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária.

Palavras-Chave:

Cuidador familiar; capacitação; autocuidado; enfermagem comunitária, planeamento em saúde.

ABSTRACT

The technical-scientific and advances in healthcare allowed people to achieve greater life expectancy, but also greater morbidity. This reality is associated with serious addiction problems and increasingly solicitation on health services or on their own family, such as people who take this responsibility – Family Caregivers.

The daily life of this population group can be a real challenge by constant confrontation with numerous difficulties, which may increase due to the lack of preparation to play such a role, so that the community nurses' intervention is fundamental.

The project was developed in the UCC - ACES Amadora VII and intended to intervene with the family caregivers in an attempt to enable them to home-based care, dependent family members in self-care, demonstrating that more than the extension of nurses, they also must receive care. The methodology adopted, followed by the Planning and Health as a theoretical framework of self-care theory of Orem. In the diagnosis of the situation, we used a mixed approach, applying two techniques of data collection, a questionnaire including demographic characterization and the Carers Assessment of Difficulties Index (CADI) and three interviews with experts in the field.

The data obtained during the diagnosis of the situation revealed that most family caregivers are female, daughters or spouses of the dependent person, a high age, low education level, without active occupation and that the greatest difficulty is felt at care requirements level, related to the dependence of the cared person and the implications that this task imposes on their own health.

The results also revealed that, although the intervention occurred in a short time, there was a slight reduction both on disturbance in the index and on the intensity with which the difficulties were experienced and perceived.

The project contributed to the recognition of the importance of empowerment of family caregivers and the whole process also led to the development of specialized skills in community nursing.

Keywords:

Family caregiver; empowerment¹, selfcare, community nursing, health planning.

¹ “empowerment” means “to enable for” and “to train”, rather than “to give power”.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. FOCO DE INTERVENÇÃO	17
1.1. Justificação	17
1.2. Cuidadores familiares	18
1.3. Dificuldades para cuidar	20
2. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NOS CUIDADORES FAMILIARES	23
2.1. Teoria do autocuidado de Orem	23
2.2. Capacitação dos CF	24
3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	28
3.1. Diagnóstico de situação	28
3.1.1. Aspectos éticos	28
3.1.2. Contextualização do local de intervenção	29
3.1.3. População alvo.....	30
3.1.4. Técnicas de colheita de dados.....	30
3.1.5. Tratamento de dados e resultados.....	32
3.2. Determinação das prioridades	37
3.3. Fixação de objectivos.....	39
3.4. Selecção de estratégias.....	41
3.5. Preparação operacional	42
3.6. Avaliação	56
4. CONCLUSÕES	65
4.1. Limitações do projecto.....	65
4.2. Implicações e recomendações para a prática	66
4.3. Reflexão sobre as competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária	68
4.4. Considerações finais	69

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES	78
ANEXOS	166

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização socio-demográfica dos cuidadores familiares.....	34
Tabela 2 - Caracterização socio-demográfica dos familiares dependentes	35
Tabela 3 - Dados obtidos pela aplicação do índice CADI por dimensão	36
Tabela 4 - Itens incluídos na dimensão Exigências do Cuidar e respostas obtidas em percentagem (Sequeira, 2007).....	36
Tabela 5 - Respostas dos CF aos itens da dimensão exigências do cuidar, relativas ao grupo sobre a dependência da pessoa cuidada, antes e depois da intervenção de enfermagem	60
Tabela 6- Respostas dos CF aos itens da dimensão exigências do cuidar, relativas ao grupo sobre as implicações do cuidar na saúde dos CF, antes e depois da intervenção de enfermagem	62
Tabela 7- Dados obtidos a partir da análise da II parte do questionário.....	95
Tabela 8- Percentagens parciais por dimensão do índice CADI	96
Tabela 9 - Medidas de tendência central aplicadas às dimensões do índice CADI.....	96
Tabela 10- Avaliação dos profissionais da UCC às sessões informativas.....	165
Tabela 11 - Avaliação dos profissionais da UCC, sobre a forma de abordar o tema	165
Tabela 12 - Avaliação dos profissionais da UCC sobre a utilidade do tema.....	165

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Inter-relação entre diagnósticos de enfermagem, objectivos específicos e actividades planeadas.....	44
---	----

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Respostas obtidas ao item 6. antes e após a intervenção de enfermagem.....	61
Gráfico 2 - Respostas obtidas ao item 13. antes e após a intervenção de enfermagem.....	61
Gráfico 3 - Respostas obtidas ao item 24. antes e após a intervenção de enfermagem.....	62
Gráfico 4- Respostas obtidas ao item 10. antes e após a intervenção de enfermagem.....	63
Gráfico 5 - Respostas obtidas ao item 15. antes e após a intervenção de enfermagem.....	63
Gráfico 6 - Respostas obtidas ao item 19. antes e após a intervenção de enfermagem.....	64
Gráfico 7 - Respostas obtidas ao item 23. antes e após a intervenção de enfermagem.....	64
Gráfico 8 - Distribuição das necessidades de apoio dos CF para a I sessão EpS	139
Gráfico 9 - Distribuição das necessidades de apoio dos CF para a II sessão EpS.....	139
Gráfico 10- Respostas dos CF às questões de avaliação da I sessão de educação para a saúde .	148
Gráfico 11 - Respostas dos CF às questões de avaliação da II sessão de educação para a saúde	148
Gráfico 12 - Distribuição do nº de contactos telefónicos à ECCI de acordo com quem faz o contacto.....	150
Gráfico 13 - Distribuição do nº de contactos telefónicos à ECCI de acordo com os motivos do contacto.....	150
Gráfico 14 - Distribuição do nº de contactos telefónicos à ECCI de acordo com as complicações de saúde	150
Gráfico 15 - Distribuição do nº de contactos telefónicos à ECCI de acordo com o tipo de resposta do profissional	151
Gráfico 16 - Distribuição do nº de contactos telefónicos de acordo com o estado de resolução da situação	151

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I - I parte do questionário	79
Apêndice II - Pedido de autorização para utilização do índice CADI pelo Professor Doutor Carlos Sequeira.....	84
Apêndice III - Pedido de autorização e resposta do Professor Doutor Carlos Sequeira, à aplicação do índice CADI por telefone.....	86
Apêndice IV - Tabelas relativas à análise dos dados obtidos da II parte do questionário.....	94
Apêndice V - Análise de conteúdo às entrevistas.....	97
Apêndice VI - Diapositivos apresentados na I Sessão de Educação para a Saúde e plano de sessão	100
Apêndice VII - Guia Útil para Cuidadores Familiares de Pessoas Dependentes em Casa.....	106
Apêndice VIII - Modelo de Registo de Atendimento Telefónico	109
Apêndice IX - Actividades intermédias para implementação do Modelo de registo telefónico	111
Apêndice X - Diapositivos apresentados na II Sessão de Educação para a Saúde e plano de sessão	113
Apêndice XI - Folheto "Exercícios de alongamento e relaxamento para Cuidadores Familiares	117
Apêndice XII - Tradução e adaptação de texto para sessão de Relaxamento	120
Apêndice XIII - Exemplos de pedidos de Patrocínio e de algumas respostas obtidas	123
Apêndice XIV - Modelo do Cartão SIGA 7	126
Apêndice XV - Regulamento do Cartão SIGA 7.....	128
Apêndice XVI - Actividades intermédias para implementação do Cartão SIGA7	133
Apêndice XVII - Proposta de Acesso Prioritário para Cuidadores Familiares, enviado ao Conselho Clínico do ACES Amadora VII.....	135
Apêndice XVIII - Apoios necessários para os Cuidadores Familiares.....	138
Apêndice XIX- Pedido de transporte à Câmara Municipal da Amadora	140
Apêndice XX - Pedido de voluntariado ao BLVA	142

Apêndice XXI - Modelo de Avaliação das duas Sessões de Educação para a Saúde	144
Apêndice XXII - Dados relativos à avaliação das duas sessões de Educação para a Saúde	147
Apêndice XXIII - Avaliação intermédia do modelo de registo telefónico	149
Apêndice XXIV – Diapositivos apresentados nas Sessões Informativas e planos de sessão.....	152
Apêndice XXV - Dados relativos à avaliação das sessões informativas.....	164

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Índice de CADI	167
Anexo II - Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (INE 2011)	170
Anexo III - International Statistical of Diseases and Related Health Problems (10th revision - version for 2007)	172

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC – Autocuidado
ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
ANA – American Nurses Association
AVC – Acidente Vascular Cerebral
AVD’S – Actividades de Vida Diárias
BLVA- Banco Local de Voluntariado da Amadora
CADI - Carer’s Assessment Difficulties Index
CCI – Cuidados Continuados Integrados
CF – Cuidador(es) Familiar(es)
CMA - Câmara Municipal Amadora
DAC – Défice no Autocuidado
DGS – Direcção Geral da Saúde
EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio
ECC - Equipa de Cuidados Continuados
ECCI– Equipa de Cuidados Continuados Integrados
Enf.^a(^o) – Enfermeira(o)
EpS – Educação para a Saúde
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ICD – International Classification of Diseases
ICN – International Council of Nurses
INE – Instituto Nacional Estatística
MSB – Ministério da Saúde do Brasil
Nº - Número
OE – Ordem dos Enfermeiros
OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde
PIB – Produto Interno Bruto
PNS – Plano Nacional de Saúde
PT – Portugal Telecom
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SNS – Serviço Nacional de Saúde
UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade
UMCCC – University of Michigan Comprehensive Cancer Center
UMCCI – Unidade Missão Cuidados Continuados Integrados
VD’(s) – Visita(s) Domiciliária(s)
WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

A família é a fonte mais comum de apoio e de cuidados (Karsch, 2003), pelo que os familiares e os amigos prestam mais cuidados que os sistemas de saúde e sociais juntos (Nogueira, 2009). De facto, estes cuidadores frequentemente antecedem os programas nacionais de saúde sobre cuidados no domicílio (Dean, 1995). Verifica-se que, na maioria dos casos, é na família que surge naturalmente a figura responsável sobre o cuidado à pessoa dependente (Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007; Stanhope & Lancaster, 1999).

Na *Conference On Health And Dignified Ageing* (2009), foram apresentados dados reveladores da realidade nacional, com mais de 600 mil cuidadores informais (Marin, Leichsenring, Rodrigues & Huber, 2009). Comparado com a restante realidade da União Europeia, Portugal apresentou números muito acima da média, comprovando a existência de um novo e real espaço para o Cuidar – o Domicílio.

O presente relatório reporta-se ao projecto “Capacitar os cuidadores familiares para cuidar em casa, em situação de dependência no autocuidado” realizado durante o Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família, **do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Comunitária**, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), que decorreu na Unidade de Cuidados na Comunidade Amadora+, do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Amadora VII, entre Setembro de 2010 e Fevereiro de 2011. O estágio teve como objectivo desenvolver competências na intervenção em enfermagem comunitária, utilizando estratégias adequadas à diversidade dos contextos, visando a aquisição de melhores níveis de saúde das famílias, grupos e comunidade (ESEL, 2009). O Enfermeiro Especialista, detentor de Saberes específicos (Lei n.º 128/2011, 2011), goza de uma posição privilegiada (Nolan & Grant, 1989) no conhecimento e intervenção nos grupos da comunidade.

A escolha da área de intervenção surgiu da conjugação de vários factores, desde a percepção empírica da mestranda sobre a realidade social e de saúde do município, aos indicadores fornecidos pela evidência científica, ao interesse demonstrado e assumido por parte da UCC sobre esta problemática real na sua área de influência e à curiosidade científica por esta área específica de cuidados.

No entender da mestranda, o facto do estágio ser desenvolvido numa Unidade Cuidados na Comunidade (UCC) foi facilitador da aquisição das competências previstas, na medida em que a

sua missão é “contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde” (UCC Amadora+, 2009, p 8). A UCC

“(…) presta cuidados de saúde (...) de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente a (...) grupos mais vulneráveis, em situação de (...) dependência física (...) que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família” (*Ibidem*, p 18).

Delineou-se como objectivo do projecto: contribuir para a capacitação dos Cuidadores Familiares (CF) para gerirem as dificuldades relacionadas com o cuidar em casa, familiares em situação de dependência no autocuidado (AC).

A problemática em questão é passível de mudança, uma vez que “é possível agir sobre a realidade, no sentido de a transformar, se não num quadro de certeza, num campo de probabilidades” (Imperatori & Giraldes, 1993, p 4), desde que os profissionais de saúde estejam conscientes dos problemas da comunidade e planeiem as suas intervenções o mais adequadamente possível (*ibidem*). A metodologia de Planeamento em Saúde revelou-se como o meio como mais adequado para atingir um melhor estado de saúde, “através da sua promoção (...) incluindo mudanças no comportamento das populações” (Tavares, 1990, p 37).

Para promover o AC dos cuidadores familiares, a teoria do Autocuidado de Dorothea Orem assumiu-se como âncora norteadora do projecto (1995), por se tratar de um modelo direccionado para situações de dependência e défice de autocuidado (DAC), que caracterizam a grande maioria dos utentes inscritos nos Cuidados Continuados (UCC Amadora+, 2009).

O relatório apresenta-se dividido em 4 capítulos. No I capítulo, apresenta-se a contextualização da problemática e a pertinência do projecto elaborado. No II capítulo, aborda-se a intervenção da enfermagem comunitária nos cuidadores familiares. O III capítulo corresponde à aplicação prática do Planeamento em Saúde, com apresentação das actividades desenvolvidas, assim como da sua avaliação. No IV capítulo expõe-se as limitações do projecto, as implicações práticas dos resultados alcançados e sugestões para projectos e futuras experiências clínicas. Termina com a reflexão sobre as competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária.

Para citações e referências bibliográficas, seguiu-se a norma da American Psychological Association. O presente trabalho não se rege pelo novo acordo ortográfico.

1. FOCO DE INTERVENÇÃO

As transformações socioeconómicas, políticas e culturais que as sociedades têm sofrido são responsáveis pela forma como hoje se vive no mundo. Apesar dos enormes avanços da Ciência e da Tecnologia terem sido preponderantes para alcançar uma maior esperança de vida, nem sempre os anos ganhos são coincidentes com saúde, autonomia, independência e qualidade de vida (Caja & Marcos, 2004).

Com o aumento da esperança de vida, são muitas as alterações inerentes ao processo de envelhecimento que tornaram o Ser Humano mais susceptível a agressões e com elas a limitações e incapacidades, potenciadoras de dependência, inclusivamente para a sobrevivência no dia-a-dia (Karsch, 1998; Trelha et al., 2005).

Em consequência desta realidade mundial, existe um número cada vez maior de pessoas idosas, doentes, em situação de dependência e de perda de autonomia (Karsch, 1998), que pressupõem obrigatoriamente necessidades constantes de apoio, solicitações permanentes e mais exigentes de prestação de cuidados, muitas delas no domicílio.

Actualmente, mais do que uma tendência, esta é uma realidade no mundo (Guerreiro, 2006; Perlini & Faro, 2005), a dos cuidadores familiares, e com *outcomes* muito positivos (Hoeman, 2000). No entanto, há também evidência recente demonstrativa de que esta nova forma de prestar cuidados e a transposição destas pessoas para a comunidade é realizada, muitas vezes, de forma incauta por parte dos profissionais de saúde (Karsch, 2003), demonstrando que outro problema de saúde pública começava a emergir (Branco & Paixão, 2008).

Neste sentido justifica-se a importância do foco de intervenção deste projecto – capacitar os cuidadores familiares para cuidar em casa, em situação de dependência no autocuidado.

1.1. Justificação

No estudo realizado pelo Instituto Nacional Estatística [INE] (2009), estima-se que se mantenha e até se agrave a tendência de envelhecimento demográfico, entre 2008-2060.

Por outro lado, a elevada prevalência das doenças crónicas, torna compreensível que a OE a considere como um grave problema de saúde pública representando “60% das mortes a nível global” (International Council Nurses [ICN], 2010a, p 7).

De facto, há uma relação directa entre a doença crónica, a maior dependência e a maior necessidade de envolvimento dos cuidadores (Perracini, 1994; Schnaider et al., 2009), o que

origina uma intervenção cada vez mais próxima do sistema totalmente compensatório de Orem (1995), pelo que importa implementar e disponibilizar recursos de suporte em serviços de proximidade e de apoio no domicílio, de forma integrada (DGS, 2004), pois a saúde deve continuar a ser considerada como um direito humano fundamental universal (World Health Organization [WHO], 1978) e um valioso contributo para a evolução e progressão do mundo.

Com a criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) (Decreto-Lei n.º 101/2006), foi legitimada politicamente a necessidade de se intervir na Comunidade, avaliada pelo OPSS (2010) como uma estratégia de grande pertinência, com o objectivo de contribuir para a minoração da problemática das pessoas idosas e dependentes e de aumentar o grau de autonomia de pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência e a necessitarem de cuidados de saúde e/ou de apoio social.

Segundo o relatório oficial *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion*, apresentado na Conference On Health And Dignified Ageing (2009), a sustentabilidade do sistema podia ser duvidosa, se não houvesse um planeamento estratégico e rigoroso nesta área.

A transferência dos cuidados para o domicílio, nas situações de dependência, cria um conjunto importante e complexo de desafios à família *moderna* (Relvas, 2000) e mais concretamente ao cuidador familiar. Não obstante, esta decisão voluntária ou forçada continua a ser, ainda hoje, uma preferência da maioria da população portuguesa e a evidência demonstra que a expectativa de ser cuidado em casa por familiares é real (Nogueira, 2009).

Em relação à UCC Amadora+, o foco encontrou suporte também nos dados estatísticos do Programa de Cuidados Continuados no ano de 2008, que constam do Plano de Acção da mesma Unidade e onde se verificava para além do peso da população envelhecida ter aumentado significativamente, havia também um nível muito alto de dependência (severa e muito severa) em mais de 60% da população que tinha sido assistida no domicílio pela equipa dos Cuidados Continuados (UCC Amadora +, 2010), comprovando a importância da capacitação do cuidador familiar.

1.2. Cuidadores familiares

Nas sociedades, ocorreu sempre a atribuição de várias funções importantes à família, sendo a função de Cuidar uma das que se tem mantido nesse *ranking* ao longo dos tempos (Lopes, 2005;

Machado, Freitas, & Jorge, 2006). O cuidar de familiares tem sido, de acordo com Sequeira (2007), “o papel mais relevante a longo prazo” na família.

Com a evolução dos tempos, têm ocorrido dinâmicas que levaram a transformações sociais, com influência directa na família (Relvas, 2000). Não só a dimensão, com famílias alargadas características de tempos anteriores, se tem alterado para famílias cada vez mais reduzidas, como no caso das nucleares ou monoparentais, como o próprio conceito de família evoluiu. A família não é apenas uma unidade de pessoas interactivas ligadas por laços de matrimónio e consanguinidade, passando a incluir outros indivíduos em situação de adopção ou outros laços sociais fortes desde que o propósito principal fosse promover o desenvolvimento social, mental, físico e emocional dos seus membros (Moreira, 2001).

À luz destas transformações no conceito de família, surgiu uma nova figura na maioria dos lares, a do cuidador informal (Vilaça et al., 2005), podendo considerar-se como o membro da família, ou considerado por ela como tal, que cuida do familiar, doente ou dependente (Sequeira, 2010), assalariadas, que satisfazem as necessidades dos familiares dependentes/doentes, procurando minorar ou até mesmo suprir o DAC da pessoa que cuidam, em concordância com o pensamento de Orem (1995).

O termo cuidador informal pode por sua vez, ser definido de forma mais abrangente, como a pessoa, não assalariada, habitualmente responsável por prestar os cuidados parciais ou totais ao doente em situação de dependência, coabitando junto ou não, mas sem preparação específica (Rehem & Trad, 2005; Sequeira, 2007) e a distinção para com os cuidadores formais centra-se em auferir rendimento, fruto do trabalho desenvolvido, não o fazerem a tempo inteiro nem continuamente, nem com as mesmas características dos anteriores (Andrade, F. de, 2009).

Este conceito de cuidador informal assenta, de uma forma geral, em características coincidentes entre si, como é salientado em diversos estudos (Araújo et al., 2009; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2007), podendo caracterizar-se demograficamente por serem predominante do sexo feminino (esposas e filhas), sem actividade profissional activa, com habilitações literárias de baixo grau de instrução e de meia-idade (*ibidem*).

O seu papel é complexo pelo número de funções novas com as quais se confronta, podendo desempenhar concomitantemente, ou não, o papel de orientador, vigilante, ajudante, de apoio e substituição se necessário, dependendo do grau de dependência da pessoa cuidada (Sequeira, 2007).

Importa então que deixem de ser um sistema invisível de cuidados (Monis, Lopes, Carvalhas, & Machado, 2005), ou uma mera extensão dos enfermeiros (Simonetti & Ferreira, 2008), não sendo apenas parceiros de cuidados, mas como alvo destes (Caja. & Marcos, 2004; Stanhope & Lancaster, 1999), afastando um tipo de assistência unidireccional (Bocchi, 2004a.), uma vez que não há um cuidador absoluto e que todos os que cuidam necessitam também de serem cuidados (Machado et al., 2006; Schnaider et al., 2009).

1.3. Dificuldades para cuidar

A tarefa de cuidar de alguém tem geralmente, um carácter cumulativo com as restantes actividades que o CF desenvolve no dia-a-dia, o cuidador fica muitas vezes sobrecarregado, assumindo sozinho a responsabilidade pelos cuidados, ao qual se soma ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida (Borges, M., 2010).

De acordo com a evidência conhecida, a confrontação diária dos cuidadores com as inúmeras dificuldades diárias para cuidar, são ultrapassadas muitas vezes, recorrendo à sua capacidade criativa (Sequeira, 2010), ao senso comum, à improvisação e à intuição, sendo estas estratégias de sobrevivência (Yamada, Dellarozza & Siqueira, J. de, 2006), baseadas nas suas crenças, experiências anteriores, mas também na troca de informações com outras pessoas e na rede de suporte social (Perlini & Faro, 2005) que importam considerar.

Se cuidar em casa é, com certeza, uma situação que deve ser preservada e estimulada pelos benefícios já referidos anteriormente, se é expectável e se estimulam os CF para cuidarem os seus familiares em casa, mesmo em situações complexas, tal cuidado exige igualmente um conhecimento e uma capacidade que comprovada e habitualmente, leigos não possuem (Schumacher, K., Stewart, B., Archbold, P., Dodd, M., & Dibble, S., 2000), quer em termos técnicos quer emocionais (Machado et al., 2006; Schnaider et al., 2009), o que se reflecte nos CF por diversos sentimentos que permeiam este processo relativamente aos profissionais de saúde, desde negligência (Carnwath & Johnson, 1987; Cuesta-Benjumea, 2009), isolamento (Bocchi, 2004a.), até de abandono (McLean, J., Hall, A., Mayer, P., & Main, A., 1991).

As dificuldades sentidas que podem estar na base de tais sentimentos, podem ser múltiplas mas com alguns pontos comuns, pelo que podem ser agrupadas por dimensões e sujeitas a uma intervenção específica e cuidada. Segundo Sequeira (2007, 2010), essas dificuldades podem estar

relacionadas com restrições sociais; reacções ao cuidar; problemas relacionais; exigências do cuidar; apoio dos profissionais e apoio dos familiares.

Segundo Araújo, Paúl e Martins (2009), as dificuldades relacionadas com o apoio no AC são as mais frequentes, exigindo dos cuidadores mais esforço físico, como a prestação de cuidados de higiene e a mobilização. No entanto, deve ser salientado que a complexidade dos cuidados em casa vai muito além dos procedimentos e tarefas necessárias realizar, de forma directa e contínua (Cuesta-Benjumea, 2009). Neste sentido, vários estudos revelam outros factores que determinam mais ou menos dificuldades para cuidar, como a diminuição do tempo de descanso dos cuidadores, que passa a ser breve, pela dificuldade em se abstrair desta exigente tarefa e de estarem subjugados às necessidades da pessoa dependente, de preocupação com o outro (*ibidem*) e dedicação necessária para satisfazer as necessidades deste.

Cuidar de uma pessoa incapacitada e dependente, durante vinte e quatro horas sem pausa não é tarefa fácil (Karsch, 2003) e facilmente entendida se relembrarmos que antigamente, a família estava habituada a cuidar dos seus familiares dependentes até à morte em casa mas, com a era da hospitalização, esta área do cuidar foi-se transferindo para as unidades de cuidados de saúde, pelo que hoje, rara é a família capacitada para cuidar em casa só por si, ainda mais em casos de doença de longa duração ou dependência para a sobrevivência, situações actualmente mais frequentes e sem previsão de limitação de tempo previsto na prestação de cuidados (Marau, 2000b; Schnaider et al., 2009), preenchendo um lugar de destaque na prestação de cuidados, que não é fácil substituir (Marau, 2000a).

Cuidar comprovadamente produz desgaste (Cuesta-Benjumea, 2009; Sequeira, 2010; Simonetti & Ferreira, 2008), a tensão e o cansaço sentidos pelos cuidadores são prejudiciais não só a estes, mas também à própria pessoa cuidada (Borges, 2010) e potencialmente gera *stress* físico e mental, tornando os cuidadores mais vulneráveis à perda da saúde como é documentado em vários estudos como o de Carnwarth & Johnson (1987) ou de Araújo, Paúl e Martins (2009).

Assim se compreende que grande número de cuidadores adoça em resultado da sua actividade como cuidador (Bocchi, 2004b; Marau, 2000a) e outros tantos tendam a perceber a sua própria saúde como mais negativa do que a população não cuidadora (Schumacher, K.; Beck, C., & Marren, J., 2006).

Algumas dicas podem ajudar a preservar a saúde e aliviar a tarefa dos cuidadores, como sensibilizá-los para a importância do seu descanso, do apoio da família e do próprio cuidado com

a sua saúde (Perlini & Faro, 2005). A evidência tem reiterado que há sentimentos que são responsáveis pela continuação dos cuidados, como a afeição, a ternura, o bem-estar (Simonetti & Ferreira, 2008), coincidentes com a pesquisa de Haley, Gitlin, Wiszniewski, Mahoney, Coon and Winter (2004), cuja revisão bibliográfica sugere que o *stress* e a sobrecarga relacionados ao cuidar, podem ser contrabalançados, em parte, por percepções dos aspectos positivos do cuidar, que importa por isso evidenciar e consciencializar, através de estratégias de *coping* (Sequeira, 2010), por suporte emocional, social, material e informativo (Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., Skaff, M., 1990).

2. INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA NOS CUIDADORES FAMILIARES

Neste capítulo aborda-se a intervenção da enfermagem comunitária na capacitação dos cuidadores familiares, particularmente através da Teoria de autocuidado de Orem, ao considerar-se que a manutenção do AC constitui uma área de interesse natural para a profissão de enfermagem e que deve também, estar subjacente às acções desenvolvidas (Orem, 1995) que pode ser entendido como o conjunto de actividades desempenhadas pela pessoa, em seu próprio benefício, para preservar a vida, manter um funcionamento saudável, a continuidade do desenvolvimento e do bem-estar pessoal (*ibidem*).

A Enfermagem Comunitária, por outro lado, pela posição privilegiada que detém na comunidade e na intervenção ao nível dos cuidados de saúde primários a grupos, famílias e comunidades, deve direccionar-se e ajustar-se nesse sentido, a capacitação dos cuidadores familiares (Stanhope & Lancaster, 1999).

2.1. Teoria do autocuidado de Orem

Neste contexto específico, pode ser entendido de forma mais lata, não se referindo somente àquilo que a pessoa a ser cuidada pode fazer por si, mas aos cuidados que o cuidador deve ter consigo próprio, com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida.

Na perspectiva desta teórica de enfermagem, é importante salientar que o AC é algo que pode ser aprendido, uma vez que não é instintivo (Sampaio, F., Aquino, P., Araújo, T. de & Galvão, M., 2008), pois todos os seres humanos têm potencial para desenvolver as suas capacidades para o AC (Torres, G. de, Davim, R. & Nóbrega, L. da, 1999; Orem, 1995).

Na Teoria de Orem (1995) são identificados vários tipos de requisitos para o AC, desde os universais, comuns a todos os seres vivos ao longo do ciclo vital, aos requisitos de desenvolvimento humano, correspondentes a processos afectivos/cognitivos em cada etapa de desenvolvimento até aos requisitos de desvio de saúde, que se constituem no processo de saúde/doença.

Nos casos de défice de autocuidado (DAC), como acontece na grande parte das pessoas em situação de dependência no AC, há necessidade de controlar os requisitos em desequilíbrio e de os gerir de forma a manterem o desenvolvimento humano e bem-estar mas, também o DAC do cuidador para o AC é uma realidade evidente, ocorrendo com frequência a inobservância das

suas próprias necessidades (Bocchi, 2004b.; Nolan & Grant, 1989). Neste sentido, a capacitação para cuidar revela-se essencial na promoção da saúde, em especial em situações de estado de saúde delicados prévios ao encargo de cuidar (Caja e Marcos, 2004).

Ao considerar que uma preparação inadequada ou DAC do cuidador para cuidar pode conduzir a sérios riscos à sua saúde e à da pessoa cuidada (Garcia, 2009; Simonetti & Ferreira, 2008), é essencial orientá-los de forma a promover o seu bem-estar (Orem, 1995) pois, CF capacitados a solucionarem problemas de maneira efectiva, preservam a sua integridade e lidam com situações difíceis de forma salutar (Bocchi, 2004a).

Foi com base nesta teoria que se tornou possível delinear os requisitos de AC alterados ou em desequilíbrio e a consequente existência de DAC, para a qual se orientou a intervenção.

2.2. Capacitação dos CF

Os CF, ao constituírem o suporte dos seus familiares dependentes, podem e devem ser considerados como agentes de AC, tal como preconizado por Orem. É determinante que este grupo esteja sensibilizado para tal, de forma a tentar aproveitar ao máximo as suas capacidades e potencialidades (Dupas, G., Pinto, I., Mendes, M., & Benedini, Z., 1994) só possível com acções de enfermagem dirigidas às necessidades dos indivíduos, bem sustentadas e de qualidade, capazes de proporcionar uma actuação mais responsável, em matéria de saúde (Schumacher, 2000; Tomey & Alligood, 2004).

Importante para alcançar essa actuação, é também a capacitação, (*empowerment*), considerando-o como resultado mas também como processo educativo e capacitante (Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T., 2008). Na área da saúde, a conceptualização da capacitação dos CF tem ganho cada vez mais importância face à evidência científica crescente (Schumacher, Stewart et al., 2000).

Em promoção de saúde, o *empowerment* é um dos recursos mais valiosos que a enfermagem tem ao seu dispor, para tornar os indivíduos mais independentes, neste caso ganhando controlo sobre suas decisões e acções que afectam a sua saúde (Ramos, 2003, O.E., 2004).

Considera-se *empowerment* na promoção da saúde, a educação sobre problemas de saúde, onde o foco de atenção se centra no interesse e necessidades dos aprendentes (programas tipo *bottom-up*), com sujeitos activos e participantes (Rodrigues et al., 2008), no sentido de se tentar reduzir a iniquidade em saúde e promover a saúde e a qualidade de vida, mais fácil de ser conseguido em

grupo do que isoladamente (Becker, Edmundo, Nunes, Bonatto & Souza, 2004; Laverack, 2008; Redman, 2003).

Parafraseando Meleis, Sawyer, Im, Messias, DeAnne and Schumacher (2000), “Knowledge is empowering to those who develop it, those who use it, and those who benefit from it” (p 27).

A educação das comunidades, o ensino proporcionado sobre os conhecimentos e as capacidades necessárias para gerirem a doença em casa são considerados como o cerne da enfermagem prática em muitos *settings*, onde se incluem também, os cuidados no domicílio (Schumacher, Stewart et al., 2000) e onde os CF se tornam parte integrante do sistema de saúde. É fundamental atender às suas necessidades e dificuldades, uma responsabilidade crucial de enfermagem que pode melhorar os resultados para os pacientes e seus cuidadores (Schumacher, Beck et al., 2006), ainda mais porque se reconhece que, até ao início dos anos 80, os CF eram “invisíveis”, (Nolan & Grant, 1989) pois, os serviços de suporte oferecidos na área da saúde, eram habitualmente dirigidos, muito mais sobre as necessidades das pessoas dependentes do que dos cuidadores familiares (Bocchi, 2004b.).

Desde então as preocupações dos profissionais de saúde foram-se alargando, existindo actualmente evidência sobre a importância de se estudarem os cuidadores, de se conhecer efectivamente este grupo e assim poder elaborar estratégias de suporte mais adequadas ao cuidado das pessoas no contexto domiciliário (Machado et al., 2006), sugerindo-se que intervenções de enfermagem que considerem o binómio Idoso – Família, podem ser uma estratégia para diminuir o impacto provocado pela dependência de um dos membros da família e, desta forma, promover a saúde familiar (Araújo et al., 2009), devendo salientar-se a este propósito que, “cuanto más tiempo los cuidadores gocen de buena salud, más tiempo podrán mantener su independencia, llevar una vida satisfactoria y proporcionar cuidado a sus seres queridos” (Caja & Marcos, 2004, p 2).

Assim, os CF devem ser estimulados a aproveitar e desenvolver o seu potencial para se tornarem mais independentes, com acções de enfermagem dirigidas às suas necessidades, que podem diferir de pessoa para pessoa, consoante as suas próprias capacidades de AC, podendo os métodos de ajuda abranger um vasto leque de soluções, desde actuar por ou fazer por outrem, orientar, dirigir, fornecer apoio físico ou psicológico, proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e/ou ensino (Orem, 1995).

Não menos importante que o envolvimento da família no cuidado é também a provisão de educação (Bocchi, 2004a.), através de orientações básicas aos CF, que possam minimizar as

dificuldades do processo de cuidar e contribuir para o bem-estar dos cuidadores (Simonetti & Ferreira, 2008). O suporte sistemático aos CF é também determinante para alcançar uma maior qualidade de vida (Orem, 1995) e pode ser entendido como “quaisquer serviços, assistências, educação, informação, atitudes e disposição da pessoa leiga ou profissional a favor do cuidador familiar” (Stoltz, et al., 2004, p 111). Além disso, o enfermeiro deve dotá-las de um conjunto de recursos que lhes permitam ajudar a cuidar do seu familiar da forma mais adequada, tal como refere Petronilho (2008).

Sendo o enfermeiro, o profissional que mais próximo está dos CF, que mais tempo passa na comunidade, é quem detém a posição privilegiada para intervir (Nolan & Grant, 1989), pelo que deve ter a responsabilidade de assumir um papel muito mais activo no apoio a este grupo, otimizando o seu trabalho através da melhoria do seu desempenho e promoção/manutenção da qualidade de vida de ambos, CF e pessoa dependente (Sequeira, 2007), tal como referido noutros trabalhos, ainda mais quando existe DAC (Dupas et al., 1994).

Desta forma, é imperativo que os enfermeiros reconheçam o impacto dos aspectos invisíveis da prestação de cuidados nos CF, o que nem sempre é fácil (Schumacher, Beck et al., 2006) e intervir de forma direccionada, no sentido de reduzir as exigências do Cuidar e/ou melhorar o sentido de bem-estar do cuidador bem como a capacidade de lidar com a situação (Sorensen, Pinguart, Duberstein, 2002), para que “o acto de cuidar não seja somente sinónimo de renúncia, de ausência de vida social, de falta de liberdade para cuidar de si próprio” (Machado, 2006, p 112).

É essencial que o enfermeiro se torne conhecedor das dificuldades da população, cabendo-lhe a função de identificar os problemas de saúde, reais e potenciais, prevalentes na sua área de intervenção (Figueiredo, 2007; Gomes, 2003; Stanhope & Lancaster, 1999) pois, só conhecendo profundamente a realidade, se torna possível estabelecer de forma prioritária intervenções para os cuidadores mais necessitados (Caja & Marcos, 2004), de forma a intervir nas situações de maior vulnerabilidade e consequentemente em maior risco. A este respeito, Nolan & Grant (1989) lembram que algumas das intervenções realizadas no passado, foram irrelevantes ou inadequadas, confirmando que só com uma mudança das práticas, com um investimento na maximização da contribuição do enfermeiro nesta área, da capacitação dos CF, pode alterar esta situação.

Importa criar então, serviços e acções específicas para os CF, que visem oferecer condições adequadas para o cuidado com pessoas dependentes, perspectivando a capacitação dos CF sobre

questões gerais e específicas dos cuidados, mas também para os CF, uma realidade em alguns países como o Brasil e a Espanha, com programas, ou pelo menos com diversas actividades, já implementados desde há alguns anos (La Escuela de Pacientes de Andalucía, n.d.; Ministério da Saúde do Brasil [MSB], 2008a, 2008b).

Em Portugal, existem alguns projectos em execução, cujo foco de atenção é também o CF, como “Cuidar de quem cuida”, resultante de uma parceria entre o Instituto Calouste Gulbenkian, o ACES entre o Douro e Vouga (2005) e o Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão.

3. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Um projecto torna-se eficiente, com intervenções de sucesso, se bem planeado pelo que é determinante conhecer as várias etapas do método de Planeamento em Saúde (Tavares, 1990), que se inicia com o diagnóstico de situação, seguido da determinação de prioridades, com a fixação de objectivos, a selecção de estratégias, a programação das intervenções, identificando os recursos necessários e finalmente a avaliação (*ibidem*). De acordo com a metodologia referida anteriormente, há procedimentos específicos em cada uma das etapas, com inúmeras actividades possíveis e passaremos a apresentar.

3.1. Diagnóstico de situação

Para que o diagnóstico de situação seja correcto é essencial que haja um conhecimento objectivo da situação, conhecer os factores que a determinam, a evolução perspectivada da mesma e a sua avaliação (Tavares, 1990).

3.1.1. Aspectos éticos

O respeito pelos pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação com seres humanos, que constam de importantes documentos como o Código de Nuremberg de 1947 e a Declaração de Helsínquia de 2002, foram considerados e garantidos ao longo das diversas etapas do projecto.

A autorização para o desenvolvimento do projecto encontrou-se, à partida, garantida pela UCC Amadora+. No entanto, foi solicitada a autorização para a divulgação do nome da instituição e do serviço, bem como dos enfermeiros da Equipa de Cuidados Continuados e Integrados (ECCI), uma vez que constituem elementos de referência dos utentes. Neste sentido, a partir da colaboração com o coordenador dos Cuidados Continuados e Integrados (CCI), tornou-se possível a participação de toda a ECCI, na divulgação e informação junto dos CF com critérios de inclusão.

No contexto do projecto, o primeiro contacto com os CF aconteceu através do seu enfermeiro de referência dos CCI, pela relação de proximidade e confiança existente. Após apresentação da finalidade, objectivos e nome da autora do projecto, cada enfermeiro solicitou a participação do CF, informando-o do instrumento de colheita de dados a ser aplicado (inquérito por questionário via telefone). Nos contactos telefónicos efectuados a cada CF pela mestranda, depois da sua

identificação e sucinta explicação do projecto, foi solicitado o consentimento oral para a aplicação do questionário e participação no projecto em causa. Deixou-se bem claro o carácter voluntário da participação e a garantia de possibilidade de abandono em qualquer momento, caso fosse o seu desejo, sem qualquer tipo de consequência para o próprio ou familiares dependentes.

Garantindo a confidencialidade dos dados extraídos do questionário, tornou-se necessário, no entanto, requerer permissão para a sua apresentação no relatório de estágio e discussão pública para obtenção do grau de Mestre, sem identificação individual dos intervenientes. Os CF foram ainda informados do livre acesso aos resultados do questionário, se assim o entendessem. Partindo do princípio do respeito, os questionários foram aplicados de acordo com as disponibilidades e preferências de cada CF (Carmo & Ferreira, 1998).

Partindo do princípio de confidencialidade, procedeu-se à codificação dos questionários realizados aos CF, bem como das entrevistas aos enfermeiros peritos (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Em geral, os princípios éticos guiaram todo o percurso, no respeito pelo carácter único de cada CF, na procura de actividades adequadas e que contribuíssem para o seu benefício, na capacitação para cuidar da pessoa dependente.

3.1.2. Contextualização do local de intervenção

É importante começar por contextualizar, ainda que resumidamente, o campo de estágio. A UCC Amadora+, integrada no ACES Amadora VII foi formalizada muito recentemente, em Julho de 2010. Na sua carteira de serviços realça-se a dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) constituída por três equipas, duas das quais ainda a aguardar deferimento na candidatura à RNCCI, junto da UMCCI, à data da elaboração deste relatório. Deve-se salientar neste sentido que, ao ser utilizado o termo ECCI este se relaciona de uma forma geral à equipa em todo o seu conjunto.

Em termos de área geográfica, o município da Amadora é o mais pequeno da região da grande Lisboa no entanto, um dos mais densamente povoados do país e tal como também é referido no Plano de Acção da UCC Amadora+ (2009).

O município deparava-se com o aumento da população envelhecida, coincidente com a tendência do país e até do mundo, com limitação nas actividades de vida diárias, quer por idade avançada e/ou doenças incapacitantes (UCC Amadora+, 2009).

3.1.3. População alvo

Face a esta problemática, foi definida como população alvo de intervenção, todos os CF, a cuidar de pessoas em situação de dependência no AC, em contexto domiciliário, inscritos na UCC Amadora+, assistidas pela ECCI, no período de 11 a 15 de Outubro, num total de 89 CF.

Determinaram-se como critérios de inclusão os CF:

- ✓ de utentes inscritos na UCC Amadora +, de 11 Outubro a 15 de Outubro de 2010;
- ✓ que prestam cuidados directos;
- ✓ de utentes com critérios de referenciação para RNCCI;
- ✓ com domínio da língua portuguesa.

Como critérios de exclusão foram considerados:

- Utentes com cuidadores formais (remunerados)
- Utentes internados em serviços hospitalares ou outros
- CF de utentes pediátricos (idade inferior a 18 anos)
- CF de utentes falecidos durante a etapa de colheita de dados

Após identificaram-se dos casos que preenchiam todos os critérios, obteve-se o universo de 64 CF.

Para esta etapa do planeamento delinear-se os seguintes objectivos:

- ❖ Caracterizar o grupo dos CF de pessoas em situação de dependência no AC, com critérios de RNCCI, assistidos pela equipa, no período de 11 a 15 de Outubro de 2010;
- ❖ Identificar as dificuldades sentidas pelo grupo dos CF, para cuidar os familiares em situação de dependência no AC, com critérios de RNCCI, assistidos pela equipa no período de 11 a 15 de Outubro de 2010.

3.1.4. Técnicas de colheita de dados

Para alcançar os objectivos anteriormente referidos, houve necessidade de escolher os instrumentos e técnicas de colheita de dados mais pertinentes.

De acordo com os objectivos propostos nesta etapa do processo, verificou-se que o instrumento de recolha de dados mais adequado era o inquérito por questionário.

O questionário foi constituído por duas partes distintas. A primeira parte (apêndice I), de caracterização dos CF e dos indivíduos dependentes. A segunda parte, constituída pelo índice

CADI (anexo I), por responder objectivamente ao problema que se pretendia abordar, uma vez que mede e descreve as principais dificuldades dos cuidadores (Sequeira, 2007, 2010).

As hipóteses de resposta eram exclusivas logo, apenas uma das repostas podia ser dada em cada item, 30 no total, podendo ser agrupadas em seis dimensões que segundo o autor anteriormente citado eram - problemas relacionais, restrições sociais, exigências do cuidar, reacções ao cuidar, apoio familiar e profissional ao cuidar.

Para a aplicação do Índice CADI, foi pedida e concedida autorização (apêndice II) do Sr. Professor Doutor Carlos Sequeira, que o adaptou, utilizou e validou para a população portuguesa e que constou da sua tese de doutoramento de 2007, sobre o aparecimento de um perturbação demencial e suas repercussões na família

Após um conhecimento da realidade da área geográfica, da distribuição dos CF pela mesma, verificou-se que a população inquirida encontrava-se dispersa por todo o município, surgindo constrangimentos de tempo que nesta altura eram difíceis de contornar e que, aliados à evidência científica consultada, determinou a escolha de colher os dados via telefone. Não obstante toda a pesquisa realizada nesse sentido, foi pedido o parecer do autor acima referido, com resposta positiva (apêndice III).

De facto, há evidência que revelava múltiplos estudos científicos, nomeadamente na área da Saúde Pública (Boland, Sweeney, Scallan, Harrington & Staines, 2006; Marcus & Crane, 1986), com escolha semelhante relativamente à forma de colher dados, obtendo-se uma produção de resultados também ela idêntica, quer a estratégia metodológica utilizada tivesse sido via telefone ou mais tradicional «cara-a-cara» (Aneshensel, Frerichs, Clarck & Yokopenic, 1982; Galán, Rodriguez-Artalejo & Zorrilla, 2004). Em termos de efectividade na recolha de dados, também esta forma de colheita se verificava vantajosa (Atkinson, Black, & Curtis, 2008; Barriball, Christian, While & Bergen, 1996; Colombotos, 1969).

Segundo Marcus & Crane (1986) e Galán, Artalejo & Zorrilla (2004), esta é uma forma de proporcionar menores custos, económicos e temporais, na recolha de dados e de proporcionar segurança aos investigadores (Boland et al., 2006), nomeadamente em casos de insegurança na zona em estudo, o que de alguma forma se verificava. Ademais, é um recurso que actualmente está à disposição da maioria da população como se observou antecipadamente, pois os contactos telefónicos dos CF foram obtidos ou através dos processos dos utentes na UCC ou a partir das suas moradas, recorrendo ao serviço de informações (20118) da PT.

A aplicação do instrumento de colheita de dados decorreu no período de 11 de Outubro a 12 de Novembro de 2010, baseado em vários procedimentos padrão:

- ✓ Todos os inquéritos efectuados via telefónica,
- ✓ População contactada após informação e aviso prévio da enfermeira da ECCI responsável, tal como acordado em reunião com as enfermeiras, coordenadora da UCC e orientadora de estágio;
- ✓ Com obtenção de consentimento informado;
- ✓ Em dias úteis e no período das 10h00 às 19h30 com interregno das 12h30 às 14h30 por ser o intervalo de tempo destinado para o almoço;
- ✓ Possibilidade de efectuar *Callbacks* em duas situações pontuais: Sempre que este fosse um caso de “não atende a chamada” e então uma segunda tentativa de contacto era realizada no dia seguinte ou em caso de indisponibilidade imediata do cuidador familiar para responder, pelo que era agendado
- ✓ novo contacto telefónico, de acordo com a sua disponibilidade.

Como critério de exclusão ficou determinado:

- Não atendimento da segunda chamada telefónica;
- Indisponibilidade de responder ao inquérito no momento da segunda chamada.

Como elo de ligação entre os CF e a mestranda, contou-se com o apoio e colaboração dos enfermeiros da ECCI, que durante as visitas domiciliárias (VD's) informaram e sensibilizaram os cuidadores para o projecto a desenvolver e o contacto telefónico que lhes seria dirigido.

Não obstante, apesar de se da aplicação do instrumento de colheita de dados ser via telefone, foi sempre solicitado aos CF o seu consentimento verbal após serem fornecidas todas as informações necessárias para poder decidir em consciência, tal como preconizado para qualquer trabalho científico que envolva seres humanos, substituindo-se o termo de consentimento livre e esclarecido pelo consentimento verbal obtido por ocasião dos contactos telefónicos com os entrevistados.

3.1.5. Tratamento de dados e resultados

Os dados obtidos durante a colheita de dados foram introduzidos numa base de dados no programa informático Microsoft Office Excel 2010, analisados através de estatística descritiva, pelo cálculo de medidas de tendência central e de dispersão das variáveis.

Como se evidencia na tabela 1, a caracterização sociodemográfica do grupo dos CF, é coincidente com a de outros estudos já mencionados, sendo predominantemente do género feminino, com idades compreendidas entre os 29 e os 98 anos, sendo a média de idades de 76 anos de idade. Uma situação mais frequente a partir dos 40 anos de idade e em que a moda correspondente aos 78 anos de idade, verificando-se que os cuidadores são maioritariamente idosos a cuidarem de outros idosos, embora a cuidadora mais nova tivesse 29 e a mais velha 98 anos de idade. Relativamente à nacionalidade, verificou-se que a população era maioritariamente portuguesa, com baixo nível de escolaridade e com uma população activa também baixa, em consonância com o Plano de Acção da UCC (UCC Amadora+, 2009) e onde o trabalho qualificado, segundo a Classificação Portuguesa de Profissões 2010 (INE, 2011) (Anexo II), é igualmente baixo.

Em conformidade estão também os dados relativos ao grau de parentesco do CF, habitualmente familiares mais próximos como os cônjuges ou filhas, observando-se que os amigos são o último recurso considerado, podendo fazer-se referência ao modelo de Shanas sobre “a existência de uma hierarquia predefinida para a adopção do papel de cuidador” (Sequeira, 2007, p 100). O mesmo autor refere ainda que a co-residência é um dos factores determinantes na escolha do CF, o que também neste grupo pode ser observado. Verifica-se ainda que a situação de dependência se mantém ao longo dos anos, existindo CF que a cuidar há mais de 15 anos, embora os casos que se mantêm entre um e cinco anos são mais frequentes.

Tabela 1 - Caracterização socio-demográfica dos cuidadores familiares

Cuidadores Familiares	n (64)	%	Cuidadores Familiares	n (64)	%
Sexo			Grau de Parentesco		
Feminino	45	70	Esposo/ Esposa	32	50
Masculino	19	30	Filho/ Filha	23	36
Idade			Irmão/ Irmã	2	3
20-40	6	9	Neto/Neta	3	5
41-60	23	36	Pai/Mãe	3	5
61-80	30	47	Outros	1	1
81-90	5	8	Coabitação		
Nacionalidade			Não	8	12
Brasileira	1	2	Sim	56	88
Cabo Verdeana	2	3	Nível de escolaridade		
Portuguesa	60	93	Nenhum	7	11
São Tomense	1	2	1º ciclo	36	56
Estado Civil			2º ciclo	5	8
Casado/União de facto	51	80	3º ciclo	7	11
Divorciado/Separado	5	8	Ensino secundário/ Pós secundário	6	9
Solteiro	6	9	Ensino Superior	3	5
Viúvo	2	3	Tempo de cuidados		
Situação Laboral			< 6 meses	4	6
Activo	14	22	6 meses-1 ano	2	3
Desempregado	10	16	1ano-5 anos	35	55
Doméstico/Nunca trabalhou	5	8	1anos-15 anos	17	27
Pensionista/Reformado	35	54	> 15 anos	6	9

No que se relaciona com a caracterização socio-demográfica da pessoa dependente (tabela 2), obtiveram-se resultados similares a outros estudos. Assim, as pessoas dependentes eram maioritariamente mulheres, com uma média de idades superior a 70 anos e uma moda de 78 anos de idade, ou seja, idosos que cuidavam de outros idosos. O estado civil que prevalecia era o de casado/união de facto, seguido do de viúvo. O motivo da dependência foi também considerado neste questionário e para o categorizar recorreu-se à *International Classification of Diseases 10* (ICD) (WHO, 2006) (Anexo III).

Tabela 2 - Caracterização socio-demográfica dos familiares dependentes

Familiar dependente	n (64)	%	Familiar dependente	n (64)	%
Sexo			Patologia principal		
Feminino	41	64	Doenças sistema circulatório	31	48
Masculino	23	36	Causas externas de morbilidade e mortalidade	10	16
Grupo etário			Doenças do sistema digestivo	1	2
< 50	3	5	Doenças do sistema musculoesquelético	1	2
51-70	10	15	Doenças do Sistema Nervoso	5	8
71-90	44	69	Doenças do Sistema Respiratório	1	2
91-100	7	11	Doenças endócrinas/nutricionais e metabólicas	4	6
Estado Civil			Doenças mentais e do comportamento	8	12
Casado/ união de facto	37	58	Outras	3	4
Divorciado/ Separado	1	2			
Solteiro	5	7			
Viúvo	21	33			

Dos dados recolhidos através do índice CADI (Sequeira, 2007, 2010), todas as suas 6 dimensões demonstraram ser potenciadoras de dificuldades para cuidar (apêndice IV), como se pode observar de forma mais resumida na tabela 3, abaixo apresentada.

Apurou-se que as reacções ao cuidar e as restrições sociais impostas pela situação se verificavam em metade ou mais da população, respectivamente. Igualmente, Sequeira (2007) no estudo que efectuou reconheceu estas dimensões como uma das principais dificuldades dos cuidadores, concomitantemente com as limitações dos CF a nível social pela falta de tempo para os próprios e pela sua percepção da qualidade de vida diminuída (*ibidem*).

Já a falta de apoio dos profissionais de saúde para com os CF foi considerada como dificuldade por 44%, o que pode ser justificado na perspectiva de Sequeira (2007) por ser algo mais valorizado pelos CF de pessoas sem demência ou pelo baixo nível de escolaridade dos CF, predominantes neste grupo. A falta de apoio mas por parte de familiares era também sentida por alguns dos CF, embora de forma menos acentuada, em 34% dos casos.

Não obstante, a dimensão menos valorizada foi a dos problemas relacionais (20%), decorrentes naturalmente do processo do cuidar, em congruência com o estudo do autor anteriormente

referido que, demonstrou que as dificuldades neste domínio são pouco significativas se a pessoa dependente não tiver demência, a maior parte da população em questão.

Em oposição, foi na dimensão das Exigências do Cuidar (62%), que as dificuldades foram mais sentidas, tornando-se claramente destacada das outras, tanto para os CF que a sentiam como algo perturbadora ou mesmo muito perturbadora.

Tabela 3 - Dados obtidos pela aplicação do índice CADI por dimensão

Dimensões CADI	Não acontece no meu caso (A)	Acontece e não me perturba (B)	Acontece e causa alguma perturbação (C)	Acontece e perturba-me muito (D)	Soma	Índice Perturbação = (C) + (D)
Restrições Sociais	28%	18%	36%	17%	100%	54%
Reacções ao Cuidar	46%	4%	33%	17		50%
Problemas Relacionais	77%	3%	14%	6%		20%
Exigências do Cuidar	24%	13%	40%	22%		62%
Apoio Profissional	50%	6%	30%	13%		44%
Apoio Familiar	51%	15%	25%	9%		34%

Pela grande expressão que este valor encerra em si mesmo, importa não só evidenciar os vários itens que constituem esta dimensão como as respostas obtidas, que traduzem as dificuldades sentidas de forma mais específica e que se podem observar na tabela seguinte. De salientar que para a maioria dos itens, mais de metade dos CF a sentiam de facto como uma dificuldade.

Tabela 4 - Itens incluídos na dimensão Exigências do Cuidar e respostas obtidas em percentagem (Sequeira, 2007)

Itens - Exigências do Cuidar	Dificuldade sentida (%)
A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar	59,4%
Deixa-me muito cansado(a) fisicamente	61,1%
A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	84,4%
Ando a dormir pior por causa desta situação	42,2%
Esta situação está a transtornar-me os nervos	43,8%
A minha saúde ficou abalada	73,4%
A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	68,8%

3.2. Determinação das prioridades

A determinação de prioridades corresponde à segunda etapa do planeamento em saúde pretendendo-se:

- ✓ Hierarquizar os problemas de forma a estabelecer prioridades de intervenção.

Imperatori e Giraldes (1993) revelam que existem três critérios clássicos a considerar aquando da priorização, a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade.

Relativamente ao projecto em evidência, embora esteja suportado na metodologia do planeamento em saúde, ele não foi elaborado para um diagnóstico de saúde geral, pois o índice utilizado era já muito específico, originando um diagnóstico de saúde igualmente preciso e para um grupo da população restrito (CF), relativo às suas dificuldades para cuidar pessoas, em situação de dependência.

Das seis dimensões que integram o índice CADI, a dimensão – Exigências do Cuidar – evidenciou-se das restantes, correspondendo à dificuldade major que os CF enfrentam no cuidar. A priorização das dificuldades foi assim, obtida de forma directa, recorrendo à análise estatística dos resultados obtidos do índice CADI global. Não obstante, foi ainda realizada a confirmação destes dados quantitativos com dados qualitativos, obtidos em três entrevistas a peritas da área (Benner, 2001), enfermeiras da ECCI. Para tal, foi obtida autorização pelas três peritas da área para realizar as entrevistas e a sua anuência para gravação áudio. As entrevistas realizadas decorreram nas instalações da UCC em horário previamente agendado.

Tendo por base os itens incluídos na dimensão acima referida, procedeu-se à sua adaptação para transformar os itens em questões. Recorreu-se a Bardin (2009) para a realização da análise de conteúdo e se extrair a informação mais significativa. As entrevistas foram transcritas na íntegra, construindo-se o *corpus* de análise e consequentemente identificadas as unidades de contexto (apêndice V). Seguindo as recomendações da mesma, foram também identificadas as unidades de registo e categorias correspondentes (quadro 1), o que permitiu trabalhar de forma mais adequada esta dimensão e assim planear intervenções mais específicas e mais eficazes.

Quadro 1 - Resultados da análise de conteúdo às entrevistas

ITENS DA DIMENSÃO EXIGÊNCIAS DO CUIDAR (CADI)	UNIDADES DE REGISTO	CATEGORIAS
A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	Dependência da pessoa dependente para o AC	Dificuldades relacionadas com a dependência da pessoa cuidada
A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais		
A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	Dificuldade na mobilização da pessoa dependente e colocação de fralda	
Deixa-me muito cansado fisicamente	Cansaço físico do CF	Dificuldades relacionadas com as implicações na saúde dos CF
Ando a dormir pior por causa desta situação	Alteração do padrão de sono do CF	
Esta situação está a transtornar-me os nervos	Estado de saúde debilitado do CF	
A minha saúde ficou abalada		

Da análise de todos os dados obtidos, verificou-se que, tanto os quantitativos como os qualitativos, eram concordantes e por isso coincidentes nas duas perspectivas, dos CF e dos enfermeiros peritos na área. Assim, os CF percepcionavam a situação de dependência do familiar como a maior dificuldade sentida, criando neles próprios uma condição de saúde mais débil, que se agravava com o passar do tempo tal como referido por Machado, Freitas e Jorge (2006), pelo que esta foi determinada como a dimensão de maior magnitude e prioritária para intervir.

Evidente ficou também a necessidade de se intervir de forma estratégica e efectiva para minimizar as suas dificuldades, estimulando a independência e autonomia dos CF e por outro lado, promovendo a melhoria da sua própria saúde, prevenindo mais complicações na sua saúde.

Neste sentido, a evidência consultada demonstrava que os cuidadores valorizavam, em primeiro lugar, as necessidades de pessoa cuidada, relegando para um plano secundário as suas próprias necessidades (Veríssimo & Moreira, 2004). Assim, a intervenção dos enfermeiros encerrava nesta situação um significado importante para a promoção e manutenção da saúde deste grupo populacional, parceiro de cuidados mas também e impreterivelmente, uma unidade receptora dos mesmos. Referindo Andrade (2009), o êxito dos cuidados de enfermagem depende, em grande parte, do apoio proporcionado aos CF. Desta forma, a promoção da saúde e a educação para a saúde constituíam-se a base para alcançar a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, no sentido de melhorar a qualidade de vida de ambos.

A partir da categorização das dificuldades, identificaram-se os requisitos de AC de Orem alterados e elaboraram-se os diagnósticos de enfermagem sustentados, apresentados no quadro 2.

Quadro 2 - Diagnósticos de enfermagem, segundo a teoria de Orem, de acordo com os requisitos de AC alterados

CATEGORIAS	Itens	Requisitos de AC alterados	Diagnósticos de enfermagem
Dificuldades relacionadas com a dependência da pessoa cuidada	- A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar - A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais.	Desenvolvimento do AC	- Controle ineficaz de medidas que promovem a independência da pessoa cuidada
	- A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades).	Alteração no AC no desvio de saúde	- Controle ineficaz de medidas que promovem a independência da pessoa cuidada; - Conhecimento deficiente relacionado com as técnicas de mobilização e colocação de fralda
Dificuldades relacionadas com as implicações na saúde dos CF	- Deixa-me muito cansado(a) fisicamente. - Ando a dormir pior por causa desta situação. - Esta situação está a transtornar-me os nervos -A minha saúde ficou abalada	Prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano	- Situação de saúde alterada relacionada com a falta de investimento na sua saúde

3.3. Fixação de objectivos

A terceira etapa do processo de planeamento em saúde pretende dar visibilidade aos resultados pretendidos ou metas que se desejam atingir. Os objectivos delineados para este projecto pretende assim, ir de encontro às necessidades de saúde do grupo-alvo. A este propósito, Orem refere que o primeiro passo para a operacionalização de um processo de enfermagem é identificar as limitações para o AC (Vieira & Cruz, n.d.), neste caso as suas dificuldades para cuidar em casa pessoas dependentes, pelo que o objectivo geral inicialmente elaborado mostrava-se adequado.

Relembrando os diagnósticos de enfermagem, foi possível definir as metas a alcançar, reflectindo no tipo de sistema mais adequado à população-alvo – Apoio – Educação (quadro 5),

uma vez que favorecia a aplicação dos cuidados e contribuía para o desenvolvimento da capacidade de AC do grupo.

Quadro 3 - Tipo de sistema de enfermagem a utilizar com base nos diagnósticos de enfermagem

Diagnósticos de enfermagem	Metas	Tipo de sistema /intervenções
- Controle ineficaz de medidas que promovem a independência da pessoa cuidada	Incentivar a promoção de medidas de autonomia e independência para com a pessoa cuidada, a fim de elevar a sua independência	Apoio-Educação: -Conceito de autonomia e independência; -Percepção do grau de dependência e grau efectivo da dependência -Estratégias para melhorarem a mobilidade
- Controle ineficaz de medidas que promovem a independência da pessoa cuidada; - Conhecimento deficiente relacionado com as técnicas de mobilização e colocação de fralda	Incentivar a promoção de medidas de autonomia e independência para com a pessoa cuidada, a fim de elevar a sua independência Informar sobre as diferentes técnicas de mobilização no leito para colocação de fralda; ajudas técnicas existentes	Apoio-Educação: -Percepção do grau de dependência e grau efectivo da dependência -Estratégias facilitadoras da mudança de fralda -Dar a conhecer diferentes ajudas técnicas
- Situação de saúde alterada relacionada com o não investimento na sua própria saúde	Promover a saúde e bem-estar dos CF (estimular o AC)	Apoio-Educação: -Percepção do seu estado de saúde -Cuidar da sua saúde -Ter tempo para si próprio

Recorrendo a Andrade (2009), importa salientar que a falta de capacitação dos CF tem demonstrado a ocorrência de sérios problemas, não só pessoais como familiares, nomeadamente relativos à pessoa cuidada.

De acordo com o quadro anterior torna-se evidente a existência de objectivos específicos que importavam alcançar, pois os CF percepcionavam a situação de dependência do familiar, como uma das suas maiores dificuldades para cuidarem. Assim, para esta dificuldade, o objectivo específico definido foi:

- ✓ Promover a autonomia e independência da pessoa cuidada face ao seu cuidador

Por outro lado, como consequência desta dificuldade sentida, a própria condição de saúde dos CF tornava-se mais débil, deixando-se para segundo plano e comprometendo a sua saúde e bem-estar pelo que era fundamental:

- ✓ Promover a saúde e bem-estar dos CF, com medidas de AC

Face ao que se pretendia obter e de acordo com a teoria que fundamenta o projecto, o **sistema de apoio/educação** de Orem foi o que pareceu mais adequado, visto que é este que “ocorre quando o indivíduo consegue executar, ou pode e deve aprender a executar medidas de AC terapêutico, (...) e desenvolvimento de suas atividades de AC, e o enfermeiro vai promover esse indivíduo a um agente capaz de se autocuidar” (Torres et al., 1999, p 49).

3.4. Selecção de estratégias

Conhecidas as necessidades prioritárias da população e fixados os objectivos, devem-se então propor novas formas de actuação, recorrendo a “um conjunto coerente de técnicas específicas e organizadas” (Tavares, 1990, p 145). No mesmo sentido, Imperatori e Giraldes (1993) referem que só assim se poderá inflectir a tendência natural dos problemas que acontecerão caso não haja uma intervenção bem planeada que, no caso concreto podem ser de institucionalização da pessoa dependente, de doença do CF, de incapacidade de cuidar, entre outras.

Considerando-se o perfil dos CF e uma vez que todas as intervenções de enfermagem devem estar adequadas às potencialidades e dificuldades da díade utente e prestador de cuidados, seleccionaram-se as estratégias que poderiam também proporcionar maior criatividade na programação das actividades (Tavares, 1990):

- ✓ A Educação Para a Saúde;
- ✓ O *Empowerment*.

A partir da Conferência de Ottawa (WHO, 1986), a Saúde mais do que um objectivo de vida, começa a ser considerada como um recurso para a vida, onde a corresponsabilização dos próprios cidadãos é essencial. Para que esta seja alcançada é fundamental dotar os cidadãos dos conhecimentos necessários para que possam efectuar escolhas informadas (Oliveira, 2005) e estimular a tomada de decisões sobre as suas próprias vidas e sobre os seus projectos de vida e de saúde. A educação torna-se assim, num dos requisitos para se alcançarem mais ganhos em Saúde (WHO, 1986). Importa ainda salientar a pretensão mundial de reduzir as desigualdes

existentes nos níveis de saúde e de assegurar a igualdade de oportunidades e recursos, com vista à capacitação das populações pelo que a promoção da saúde é fundamental (Rodrigues et al., 2008).

Por outro lado, recorrer à Educação para a Saúde pareceu também ser adequado pelo facto do Enfermeiro estar “numa posição favorável para trabalhar com familiares cuidadores como educadores” (Bocchi, 2004a., p 571), pelo que educar é uma das suas funções (Gracioto, Gomes, Echer & Lorenzi, 2006). A possibilidade de contribuir para capacitar os CF, para a completa realização do seu potencial de saúde, através do conhecimento e controlo dos determinantes da saúde, perspectiva “uma mudança positiva das atitudes e comportamentos de saúde das pessoas” (Rodrigues, M. et al., 2008, p 10), em concordância com este projecto.

Ao seleccionar este tipo de estratégias, pretendeu-se beneficiar as atitudes de saúde, contribuindo para a capacitação dos CF, através de um envolvimento consciente na procura de soluções para as suas dúvidas e receios (Gracioto et al., 2006), capazes de se consciencializarem sobre a importância e necessidade de mudar alguns comportamentos menos saudáveis (Rodrigues et al., 2008).

3.5. Preparação operacional

Uma vez seleccionadas as estratégias mais pertinentes para alcançar os objectivos propostos, era tempo de preparar a acção, etapa que Tavares (1990) refere como a preparação para a execução e a descrição de cada actividade realizada ou em concretização e que originaria o projecto designado de “*Olhar por mim*”, designação que pretende deixar transparecer de forma clara, a importância do AC para os CF. Este nome escolhido por maioria, de entre vários outros sugeridos quer pelas mestrandas do grupo de estágio, quer pelos elementos da ECCI e pela própria coordenadora da UCC, também como estratégia para motivar a equipa para este projecto.

De suma importância nesta fase foi considerar e não descurar a especificidade da população alvo, com base nos dados sócio-demográficos obtidos que influenciou também a selecção das actividades e o seu planeamento.

Importa referir também um aspecto muito importante no planeamento de qualquer projecto e que está relacionado com os recursos utilizados pois, numa fase tão conturbada como a que se vive actualmente, a parte económica tem relevante significado. Assim, os recursos materiais e humanos necessários à implementação do projecto existiam e foram disponibilizados pelo próprio ACES VII – Amadora. Relativamente às sessões de educação para a saúde (EpS), estas

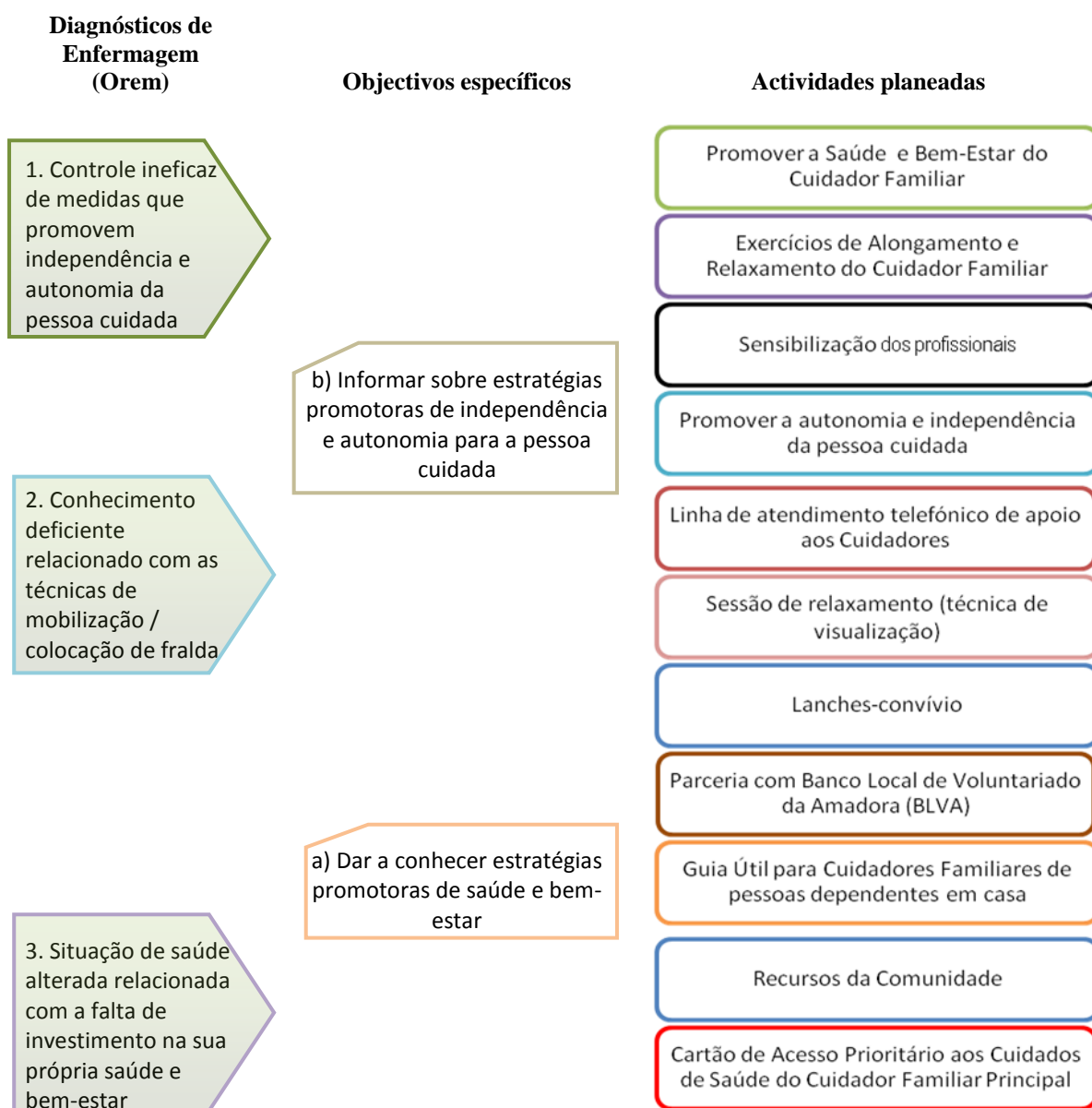
decorreram nas instalações da UCC Amadora+, sendo utilizados os meios audiovisuais da mesma. Os contactos telefónicos realizados, a impressão dos folhetos e guias, distribuídos aos utentes, representaram os únicos encargos financeiros do projecto para a UCC.

Algumas das actividades que serão apresentadas, foram inseridas em actividades conjuntas, de duas enfermeiras do mesmo grupo de estágio, motivado pela semelhança dos focos de intervenção dos projectos e do objectivo major dos mesmos – a capacitação dos CF, embora cada um num contexto muito próprio e distinto e que o torna tão único mas também por forma a rentabilizar recursos.

À data do início da operacionalização das actividades, dos 64 CF que inicialmente foram alvo da intervenção, alguns já não preenchiam os critérios para integrarem o grupo (alta clínica, internamento ou morte) que iria estar sujeito à intervenção, não fazendo sentido a presença dos seus CF nas actividades a concretizar, pelo que o convite a participar foi endereçado a 52 CF.

Para a operacionalização das actividades recorreu-se à Teoria de Orem, de forma a suportar os diagnósticos de enfermagem formulados e consequentemente as actividades pensadas e apresentadas na figura que se segue (figura 1), validadas antecipadamente com a ECCI e orientadoras da experiência clínica, quer em termos de pertinência, quer em termos de exequibilidade.

Figura 1- Inter-relação entre diagnósticos de enfermagem, objectivos específicos e actividades planeadas



Desta forma, partindo do objectivo - Contribuir para a capacitação dos CF, pela redução das dificuldades sentidas relativamente às exigências do cuidar, definiram-se como **objectivos das intervenções**:

1. Informar os CF sobre estratégias promotoras da independência da pessoa cuidada, em pelo menos 10% da população-alvo, à data de início da realização das actividades.

De acordo com os diagnósticos de enfermagem e objectivos elaborados anteriormente, consideraram-se que as acções de enfermagem a desenvolver teriam de ir no sentido de apoiar os CF, de lhes proporcionar um ambiente promotor do seu desenvolvimento pessoal, para o máximo de independência e autonomia possível, capazes de satisfazer as suas necessidades, de forma a contribuir para a sua capacitação como agentes de AC numa dupla direcção, para os próprios e para os seus familiares dependentes (Gracioto et al., 2006). Orem (1995), identifica cinco métodos de ajuda para pessoas, grupos ou comunidades que tenham DAC, havendo uma tendência natural para se utilizar habitualmente o tipo de ajuda designado por “agir ou fazer pelo outro”, através de comportamentos super-protectores, subestimando a capacidade dos seus familiares, tal como é referido também por outros autores (Machado et al., 2006; Schnaider, T. et al., 2009). No entanto, os indivíduos quando se consciencializam do seu estado de saúde, das complicações que podem surgir e de como podem alcançar uma melhor saúde, percorrem passos essenciais nesse sentido, na procura do AC (Nascimento, Oliveira, Barbosa & Stival, 2008; Yamada et al., 2006), pelo que é muito importante orientar a família a também ela enfatizar a importância e necessidade da participação do próprio doente, nos cuidados e na sua vida (Perlini & Faro, 2005).

Neste sentido, foram desenvolvidas actividades (1, 2 e 3) que pretenderam contribuir para a adopção de comportamentos promotores de maior independência e autonomia das pessoas dependentes para com os CF pois a evidência demonstrava que havia um interesse e avidez em obter conhecimentos, pelo que a transmissão de informação sobre orientações básicas à saúde, era uma importante forma de ajuda e ao alcance dos enfermeiros (Bocchi, 2004a.).

De forma a facilitar a compreensão das actividades desenvolvidas, pareceu ser pertinente apresenta-las em forma de quadro (Tavares, 1990) e justificá-las recorrendo à evidência consultada.

Actividade 1:

-Realização de uma Sessão de Educação para a Saúde (EpS) “Promover a autonomia e independência da pessoa cuidada” (apêndice VI), cujo plano de sessão se encontra no mesmo apêndice.

Quadro 4 - Especificação detalhada da Actividade 1

Quem	Quando	Onde	Como	Objectivos a atingir	Indicadores de Avaliação
Mestranda	22/01/2011	Sala de reuniões da UCC Amadora+, na sede do ACES	- 15 minutos de prelecção com projecção de slides + - 15 minutos de discussão entre e com os participantes	Contribuir para a capacitação dos FC na promoção da autonomia e independência da pessoa cuidada	Realização efectiva da sessão Participação activa dos CF na sessão Avaliação dos conhecimentos adquiridos

Face à importância da selecção dos conteúdos, houve necessidade de uma profunda pesquisa sobre as matérias mais adequadas e pertinentes para apresentar na sessão e transmitir, para a consecução dos objectivos propostos, não descurando o perfil do grupo visado, pelo que desta forma, os conteúdos incluídos nesta sessão relacionavam-se com os conceitos de Autonomia e Independência determinantes para a capacitação dos CF e as dificuldades específicas sentidas pelo grupo, nomeadamente na área da mobilidade e eliminação, obtidos pela análise dos questionários aplicados, verificou-se que os conteúdos iam de encontro aos que existem na maioria dos documentos destinados a grupos de doentes e seus cuidadores, com características semelhantes às do grupo em questão, que embora simplificados são de grande utilidade e por isso incluídos em vários projectos nacionais e internacionais, como o *Guia para utentes e familiares com AVC*, “Cuidar a pessoa com acidente vascular cerebral”, do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão ou o *Plano de Atención a Cuidadoras Familiares en Andalucía*, da Escuela de Pacientes da Andalucía, respectivamente.

Promover o AC da pessoa cuidada relativamente ao seu cuidador, para que ambos pudessem usufruir de um ambiente terapêutico seguro, não só para dar resposta aos projectos mas como sendo algo que todos podem fazer no seu dia-a-dia, faz com que necessitem de adquirir conhecimentos nesse sentido (Sequeira, 2010) pelo que estas sessões se tornaram muito importantes. No fim da primeira sessão foi feito o convite para participarem numa outra sessão que decorreria duas semanas após esta, com outro tema do seu interesse.

Actividade 2:

- Elaboração de um Guia Útil para Cuidadores Familiares de Pessoas Dependentes em Casa (apêndice VII)

Quadro 5 - Especificação detalhada da Actividade 2

Quem	Quando	Onde	Como	Objectivos a atingir	Indicadores de Avaliação
Mestranda em colaboração com colega de estágio (cada uma responsável por uma parte distinta do guia)	05/02/2011	Sala de reuniões da UCC Amadora+, na sede do ACES Amadora VII	Distribuição aos CF presentes na 2ª sessão de EpS	Contribuir para a capacitação dos FC na promoção da autonomia e independência da pessoa cuidada	Elaboração do guia % de CF abrangidos pela actividade

Este guia foi distribuído aos CF presentes, no final da segunda sessão de EpS. A elaboração do “Guia Útil para CF de Pessoas Dependentes em Casa”, pretendeu ser outro elemento promotor da capacitação dos FC na promoção da autonomia e independência da pessoa cuidada, promovendo informação com normas e sugestões sobre como ajudar a minimizar problemas do dia-a-dia, de forma a poderem contribuir para melhorar a qualidade de vida dos doentes e dos próprios CF (Bocchi, 2004a.), os conteúdos nele incluídos relacionavam-se com os aspectos abordados nas sessões EpS, coincidentes com o que mais perturbação causava aos CF e foi uma forma encontrada de não se “perder” a informação transmitida.

O facto de se ter recorrido a um documento escrito foi no sentido de que o uso de informação escrita e a intervenção em grupos, para além de outras formas de actuação, são métodos inerentes ao processo de EpS, adequados para dotar os utentes de conhecimentos e habilidades em saúde (Redman, 2003), situação pretendida neste caso específico.

A ideia surgiu mais uma vez, do conhecimento de vários projectos nacionais e internacionais relacionados com esta temática e onde se encontravam manuais educacionais semelhantes, como por exemplo o Guia de orientação à família, do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e de onde foram retirados as matérias mais pertinentes para a consecução do objectivo proposto.

Actividade 3:

- Criação do Modelo de Registo de Atendimento Telefónico (apêndice VIII) para profissionais da ECCI

Quadro 6 - Especificação detalhada da Actividade 3

Quem	Quando	Onde	Como	Objectivos a atingir	Indicadores de Avaliação
Mestranda conjuntamente com colegas de estágio	31 de Janeiro a 04 de Março de 2011	UCC Amadora+	Solicitar autorização para implementação do modelo, ao Enfº Coordenador da ECCI da UCC	- Monitorizar os motivos dos contactos telefónicos -Dúvidas/Informações mais frequentes - Quem fazia os contactos telefónicos - Hoário de contacto	Nº de telefonemas registados no período estabelecido

Como forma de melhorar o apoio psicossocial, o acesso à informação e o processo de comunicação, entre profissionais de saúde e os cuidadores (Bocchi, 2004a.), surgiu a ideia de reformular e potencializar a linha de atendimento telefónico, já existente na UCC para a ECCI, embora pouco estruturada.

Apesar de alguns elementos da ECCI disporem de telefone móvel e serem frequentemente solicitados, a verdade é que esta acção de enfermagem e tudo o que com ela se relacionava, não era suficientemente valorizada, pelo que os registos existentes, quando os havia, eram muito sumários e nem sempre documentados da melhor forma nos processos dos utentes, não dando visibilidade a este tipo de cuidados prestado.

De acordo com a evidência, a criação de uma linha de atendimento telefónico, reconhecida como uma “porta aberta” ao encontro dos utentes/familiares/enfermeiros/equipa de saúde, como uma forma de ultrapassar as barreiras geográficas para que funcione correctamente implica mudanças significativas na forma de actuar dos enfermeiros, um grau elevado de exigência e competência e um conhecimento prévio do utente (Martins, M. & Lopes, M, 2010).

Repensou-se então numa forma de poder contribuir para a implementação da linha telefónica numa fase posterior pois surgiriam certamente, ainda que numa fase inicial, inúmeras dificuldades, uma vez que só por si a comunicação em saúde é de grande exigência, mais ainda quando feita à distância, envolvendo situações de doença crónica (*ibidem*), para as quais o enfermeiro deveria ter alguma formação no sentido de estar apto a responder às múltiplas situações do dia-a-dia. No entanto, as mesmas autoras fazem referência a vários estudos que

demonstram que, apesar de toda a complexidade e constrangimentos existentes, as vantagens que se podem esperar são muito importantes para as os cuidadores/familiares mas também para as organizações de saúde e a sociedade em geral, desde que certificadas as competências nesta área de cuidados, pelo que se pensou neste recurso como algo que para além de ser um desafio era com certeza uma potencialidade para a ECCI, pelo que era fundamental investir nesta área.

De facto, quando surgiu a ideia da criação da linha de atendimento telefónico fixo, pretendia-se criar algoritmos de atendimento específicos que pudessem sustentar a tomada de decisão do enfermeiro em tempo útil mas também garantissem a segurança e o cumprimento dos princípios éticos e de responsabilidade. Assim, o atendimento deveria ser realizado por um enfermeiro da ECC, sem que tivesse nesse período outras actividades para realizar em simultâneo de forma a manter a atenção e concentração continuada durante o atendimento, num horário de funcionamento inicialmente pré-determinado e em dias úteis, mas com a possibilidade de poder tornar-se mais flexível e alargado a longo prazo.

Pelo que foi referido anteriormente, considerando de forma realista, os recursos existentes e disponíveis, houve o reconhecimento de que este era de facto um processo bastante complexo de conseguir num tão curto espaço de tempo.

Assim e de comum acordo com a equipa de saúde decidiu-se começar pela implementação de uma modelo de registo, designada de “Atendimento Telefónico”, dirigida a todos os profissionais de saúde com relação directa na área dos cuidados continuados, como os enfermeiros da ECCI, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional, assistentes sociais e psicólogos. Para tal, foram concretizadas várias actividades intermédias (apêndice IX). Este modelo de registo de atendimento telefónico começou a ser utilizado na UCC, pela ECCI, ainda que numa fase experimental, a 31 Janeiro e até 4 Março de 2011, quase no término do estágio e por isso durante um período de tempo muito curto, tornando visível a necessidade de mais tempo para se poder avaliar, de forma mais precisa, os dados obtidos.

Para o modelo final contribuíram as sugestões dadas pelos próprios elementos da ECCI e nela foram incluídos vários campos de preenchimento rápido. Para além de um campo inevitavelmente referente à identificação do utente assistido pela ECCI, criou-se outro de identificação da pessoa que contactava a ECCI, importante para perceber qual o grupo de cuidadores que mais contactos fazia, podendo ser indicador de uma necessidade específica desse mesmo grupo e portanto alvo de uma intervenção específica.

A necessidade de saber se o telefonema era realizado para o telefone fixo ou móvel, surgiu da necessidade de demonstrar a instâncias superiores a frequente utilização que os telefones móveis têm no dia-a-dia dos enfermeiros que estão na prestação dos cuidados, fruto dos constantes telefonemas que recebem todos os dias. A hora de contacto era também outro dado importante pois podia indicar a necessidade mais ou menos breve de se alargar o período de atendimento da equipa.

O aspecto considerado como mais importante e que podia contribuir de forma mais significativa para a criação dos algoritmos de atendimento, relacionava-se com o motivo das chamadas, fosse o problema principal ou outros pois, de acordo com a evidência (Martins & Lopes, 2010), é importante decifrar o que está por detrás de cada contacto, o significado oculto que cada telefonema pode ter, pois há situações em que a razão principal do telefonema não é a apresentada mas é a socialmente aceite, para justificar o contacto efectuado, como é o caso frequente das situações de doença crónica que “colocam habitualmente a pessoa numa dependência quase permanente dos prestadores de cuidados” (*ibidem*, p 52).

As mesmas autoras salientam ainda que os cuidados possíveis de serem prestados via telefone, referem-se a cuidados de ensino e de suporte mas também de comunicação, ressaltando que por mais insignificantes que possam parecer os problemas sentidos pelos cuidadores, não deixam de causar grande ansiedade a quem os sente, pelo que é muito importante a forma como se faz o atendimento telefónico e aí o perfil do enfermeiro é preponderante, situação a considerar em todo este processo.

Por outro lado, para incentivar o AC dos CF, com vista a conseguirem uma melhor saúde e bem-estar, observou-se ser pertinente delinear um outro objectivo de intervenção:

- Ensinar e dar a conhecer algumas estratégias promotoras de bem-estar, consequentemente houve necessidade de se realizarem as actividades 4, 5, 6 e 7.

Actividade 4:

- Realização de uma Sessão de EpS “*Promover o Bem-Estar e a Saúde do CF*” (apêndice X), cujo plano de sessão lhe está associado.

Quadro 7 - Especificação detalhada da Actividade 4

Quem	Quando	Onde	Como	Objectivos a atingir	Indicadores de Avaliação
Mestranda em enfermagem comunitária	04/02/ 2011	Sala de reuniões da UCC Amadora+, na sede do ACES Amadora VII	15 minutos de prelecção com projecção de “slides” prevendo-se a participação activa dos CF; 6 minutos de relaxamento com os CF	Contribuir para alcançar mais saúde e bem-estar nos CF	-Realização efectiva da sessão -Participação activa dos CF na sessão -Realização e participação no relaxamento

Nesta segunda sessão EpS, pretendia-se contribuir para alcançar mais saúde e bem-estar nos CF, podendo aqui integrar-se nos requisitos universais de Orem de equilíbrio entre actividade e repouso, de equilíbrio entre solidão e interacção social, de prevenção dos perigos para a vida e de funcionamento do corpo, e promoção do funcionamento e desenvolvimento do ser humano nomeadamente na área da saúde física mas também emocional, todas elas incluídas na dimensão mais valorizada pelos CF como a que mais dificuldades lhes causavam, nomeadamente as alterações no padrão de sono e na questão “dos nervos”.

Actividade 5:

- Elaboração do Folheto “Exercícios de Alongamento e Relaxamento para CF” (apêndice XI)

Quadro 8 - Especificação detalhada da Actividade 5

Quem	Quando	Onde	Como	Objectivos a atingir	Indicadores de Avaliação
Mestranda em enfermagem comunitária	04 de Fevereiro (2011)	UCC Amadora+, na sede do ACES Amadora VII	Explicitação simples sobre os vários exercícios	Contribuir para alcançar mais saúde e bem-estar nos CF	- Elaboração do folheto - Distribuição do folheto - % CF abrangidos pela actividade

A criação deste folheto para CF, distribuído na segunda sessão de EpS, surgiu como complemento desta, uma vez que também contribuía para a consecução do objectivo específico relacionado com a promoção da saúde e bem-estar dos CF, pois este tipo de exercícios pode ser uma estratégia de *coping* centrada no cuidador, um recurso pessoal que pode ser utilizado e

também uma actividade promotora de saúde (Sequeira, 2007). Neste foram incluídas fotografias de exercícios básicos mas muito importantes de alongamento e relaxamento, com uma descrição sumária de como os efectuar correctamente, além de sensibilizar para a importância deste tipo de exercícios. Continha ainda algumas advertências importantes, inerentes à prática de qualquer tipo de exercício físico.

Segundo o planeamento da II sessão, havia um momento na qual seria realizado, de forma conjunta, os vários exercícios incluídos no folheto, no entanto, uma vez que durante a sessão foi notada a necessidade premente dos CF partilharem sentimentos e experiências, optou-se por fazer apenas uma breve explicação sobre os exercícios, uma vez que ficavam na posse do folheto em questão.

Actividade 6:

- Realização de uma pequena sessão de relaxamento, utilizando a técnica da visualização (apêndice XII)

Quadro 9 - Especificação detalhada da Actividade 6

Quem	Quando	Onde	Como	Objectivos a atingir	Indicadores de Avaliação
Mestranda em enfermagem comunitária	04 de Fevereiro (2011) (no final da 2ª sessão EpS)	UCC Amadora+, na sede do ACES Amadora VII	Sessão de relaxamento, utilizando vídeo/música de relaxamento e texto adaptado para o mesmo efeito.	Dar a conhecer a técnica de relaxamento por visualização; Apreensão da técnica para realização de auto-relaxamento Reconhecer o relaxamento como estratégia de <i>coping</i>	- Taxa de participação dos CF na sessão de relaxamento; - Taxa de CF que refere sentir-se melhor após a sessão de relaxamento.

Decorrente do que foi referido na actividade 5, considerou-se ser mais prioritário optar por dar a conhecer, através da demonstração e da sua realização conjunta, uma **sessão de relaxamento**, com cerca de 6 minutos, para a qual se convidaram todos os CF a participar. A escolha deste tipo de técnica de relaxamento apoiou-se na evidência encontrada, onde é referida a sua cada vez mais frequente utilização em enfermagem (Hart, 2008; Kang, 2010), na área da promoção da saúde (Wynd, C., 1992), com benefícios reconhecidos (*ibidem*), quer em termos de efeitos psicológicos como físicos, nomeadamente na ansiedade, *stress* ou depressão (Eller, 1999; Naparstek, 1994), pode ajudar o corpo e o espírito a relaxar, de modo a que possam descansar e

recuperar dos efeitos negativos do *stress* crónico, situação frequente de encontrar neste grupo vulnerável dos CF.

Wynd (1992) faz referência à *American Nurses Association* (ANA), salientando que o uso desta técnica pode inclusivamente ajudar o indivíduo a tornar-se mais independente, objectivo principal do enfermeiro pois, na realidade trata-se de uma prática independente, segura, não invasiva, sem custos, que promove sentimentos de autodomínio e controlo e que pode ser praticado em qualquer lugar (Hart, 2008).

Para além do que foi referido anteriormente e seguindo as mesmas linhas, a *University of Michigan*, tem um Centro de Apoio e suporte a doentes oncológicos e familiares, com programas específicos e nos quais se incluem este tipo de relaxamento por visualização, precisamente pela evidência demonstrada em termos de impacto positivo na saúde, (University of Michigan Comprehensive Cancer Center [UMCCC], 2011).

Segundo Hart (2008), esta técnica torna-se ainda mais efectiva se for realizada em grupo, e usando música e imagens que correspondam a locais agradáveis para os intervenientes, como aconteceu. Desta forma, durante os 6 minutos em que foi usada a técnica anteriormente referida, recorreu-se ao áudio e vídeo, sendo a actividade conduzida pela mestranda, com texto traduzido e adaptado de uma sessão de relaxamento do psicólogo espanhol, Arquillo (2008).

Ainda relativo a todas estas actividades, há a salientar o facto de ter sido desde sempre observado o perfil dos CF, destinatários destas actividades, pelo que houve o máximo de cuidado na forma como os conteúdos foram apresentados quer nas sessões de EpS, quer nos documentos escritos distribuídos, desde a linguagem usada, ao recurso à imagem (fotografia e vídeo) face ao baixo grau académico da maioria dos CF, nunca descurando o próprio ambiente físico/relacional tão importante para criar o clima empático necessário aos cuidados de enfermagem.

Actividade 7:

- Realização de Lanches-convívio

Quadro 10 - Especificação detalhada da Actividade 7

Quem	Quando	Onde	Como	Objectivos a atingir	Indicadores de Avaliação
Mestranda, conjuntamente com colega da especialidade	A 22 de Janeiro e 04 de Fevereiro (2011)	UCC Amadora+	Realização de lanches-convívio; Pedido de apoio/patrocínios a entidades locais	Promover a socialização entre os CF, com momentos de estreitamento de relações e de convívio	- Taxa de participação dos CF nos lanches-convívio; - Duração dos lanches-convívio; - Taxa de patrocínios conseguidos para as sessões

De facto, reportando a evidência, “é necessário que o cuidador tenha momentos de lazer, (...) para repôr a energia gasta com os cuidados (...). Isso não deve ser considerado um luxo, mas parte do tratamento (...)” (Schneider et al., 2009, p 287).

Perante tantos e importantes constrangimentos próprios da maioria dos CF, houve necessidade de alocar recursos e programar actividades de forma criteriosa, pelo que se optou por criar estes importantes momentos, nos dias das sessões de EpS, como uma extensão destas últimas e poderem conviver entre si com os profissionais, de forma mais informal após um primeiro contacto nas sessões.

Para que esta actividade fosse efectivada, numa óptica de gestão de recursos, foram encetados vários contactos com instituições da comunidade locais com o intuito de obter patrocínios (apêndice XIII), para a sua realização e também ir sensibilizando a sociedade civil para esta problemática.

Por último, teve-se em conta o objectivo de intervenção:

- Diminuir o tempo de acesso aos Cuidados de Saúde dos CF da população-alvo, à data de início da realização das actividades, foi desenvolvida a actividade 8.

Actividade 8:

- Criação do Cartão SIGA 7 (apêndice XIV)

Quadro 11 - Especificação detalhada da Actividade 8

Quem	Quando	Onde	Como	Objectivos a atingir	Indicadores de Avaliação
Mestranda em enfermagem comunitária, conjuntamente com colegas da especialidade	Dezembro 2010 a Fevereiro de 2011	ACES VII AMADORA	Pedido de reconhecimento ao Conselho Executivo do ACES Implementação do Cartão no ACES	Reconhecimento dos Familiares CF como grupo prioritário na acessibilidade aos cuidados de saúde; Identificação dos CF de pessoas dependentes no ACES	- Nr de utilizações do cartão no ACES VII AMADORA - Grau de satisfação dos CF relativa à existência do cartão

O cartão SIGA 7, de Acesso Prioritário do Cuidador Familiar Aos Cuidados de Saúde, do ACES VII - Amadora, foi uma iniciativa muito bem recebida entre os profissionais da UCC presentes na segunda sessão informativa, e de alguma forma referido por alguns cuidadores, embora de forma indirecta, o que veio testemunhar mais uma vez a evidência que reporta para a existência da falta de tempo ou tempo limitado que os CF têm para se AC (Bocchi, 2004a; Schnaider et al., 2009; Sequeira, 2007) e que se reflecte negativamente na sua saúde muitas vezes já precária (Araújo et al., 2009; Caja & Marcos, 2004; Cuesta-Benjumea, 2009; Perlini & Faro, 2005; Silveira, Caldas & Carneiro, 2006).

A facilidade de acesso dos CF ao sistema de saúde e aos cuidados de saúde que lhe estão inerentes, algo que é expresso como prioritário no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, ainda não é uma realidade para todos e algo que efectivamente se pretende, deixando de estar dependente na boa vontade dos profissionais conhecedores destas situações, mas baseado de forma oficial na existência deste cartão, reconhecendo este grupo como vulnerável, tal como considera Shi & Stevens (2005).

Neste sentido, a própria designação do cartão, SIGA 7, foi pensado no sentido de contribuir para um mais rápido e fácil atendimento dos CF, ainda que atendendo a várias condicionantes que constam do regulamento do cartão (apêndice XV) também criado. O “7” surgiu como um complemento e faz alusão ao número do ACES (VII) tornando-o único e específico daquele Agrupamento.

Para se proceder à implementação de cartão foram necessários efectivar várias actividades intermédias (apêndice XVI).

Para além do regulamento do cartão, foi também apresentado à UCC o modelo do cartão que, após aprovação pela coordenadora da Unidade, enfª Maria João Bernardo e pelo coordenador da ECCI, enfº José Cassiano, foi apresentado formalmente ao Conselho Clínico do ACES VII, juntamente com a proposta de aprovação (apêndice XVII), a 5 de Janeiro de 2011.

Para as actividades realizadas foi possível definir indicadores de processo e resultado, essenciais em qualquer projecto, de forma a avaliar o projecto na sua globalidade. Assim os indicadores de processo definidos constam do quadro 12, são apresentados em quadro no subcapítulo da avaliação (3.6.).

3.6. Avaliação

A avaliação é fundamental na determinação da eficácia e pertinência do percurso realizado, confrontando os objectivos com as estratégias realizadas (Tavares, 1990). Para a consecução do projecto, importa nesta fase do relatório apresentar os resultados alcançados, com base nas actividades planeadas e desenvolvidas, focando nesse sentido, os indicadores de processo trabalhados.

Assim, iniciaram-se os convites ao grupo através de contactos telefónicos, que seguiram as mesmas regras estabelecidas na etapa de diagnóstico de situação, já referidas anteriormente.

A **Taxa de sucesso no contacto telefónico aos CF**, de um total de 52, foi de **81%** para a I sessão de EpS e de **79%** para a II sessão EpS.

$$(N^{\circ} \text{ CF contactáveis} / N^{\circ} \text{ CF previstos contactar}) * 100$$

Relativamente à **Taxa de adesão dos CF ao projecto**:

Uma percentagem muito significativa dos CF, cerca de **60%**, recusou participar no projecto.

$$(N^{\circ} \text{ CF aderem ao projecto} / N^{\circ} \text{ CF contactados telefonicamente}) * 100$$

Esta situação pode estar relacionada com o facto de que para existir uma mudança eficaz do comportamento, é importante que ela seja sentida pelo próprio como necessária e que queira mudar (Marau, 2000a), além de que Bocchi (2004a) relembra que o sentimento de auto-eficácia é muitas vezes frequente, ainda mais quando a maioria dos CF tinha um tempo médio de prestação de cuidados ao seu familiar entre 5-15 anos pelo que se pode deduzir que a percentagem de população que realmente participou sentia de facto essa necessidade. É que existe uma resistência natural à mudança e da intenção de mudança à sua efectivação, a distância é longa e por vezes nem todos estão preparados para ela.

Dos CF interessados em participar, uma elevada percentagem necessitava de algum dos apoios (apêndice XVIII) previamente considerados, nomeadamente em termos de transporte e de voluntariado. A **Taxa de necessidade de apoio de transporte para os CF** alta, representando cerca de **64%** dos CF para a I sessão EpS e de **31%** para a II.

$(\text{N}^\circ \text{CF com necessidade de apoio transporte} / \text{N}^\circ \text{CF contactados}) * 100$

Relativamente à necessidade de voluntários, esta foi bastante mais reduzida, com cerca de **29%** também para a I sessão e de **19%** para a segunda.

$(\text{N}^\circ \text{CF com necessidade de apoio voluntariado} / \text{N}^\circ \text{CF contactados}) * 100$

Assim, foram efectuadas as diligências necessárias no sentido de se obter estes dois tipos de apoio, nomeadamente através da Câmara Municipal da Amadora para o transporte (apêndice XIX) e recorrendo ao Banco Local de Voluntariado da Amadora (BLVA) a solicitar a presença de alguns voluntários (apêndice XX).

O indeferimento do pedido do transporte à última hora pode ser sugestivo da baixa adesão às actividades desenvolvidas, numa já pequena franja do grupo com real e efectivo interesse em participar, que ficou ainda mais reduzida, baixando a sua Taxa de participação no projecto, podendo sugerir que este contratempo teve algum peso na taxa de participação do grupo que, aliado às condições meteorológicas desfavoráveis aos problemas de locomoção dos CF, também eles idosos na sua maioria e à dispersão geográfica das residências, foi talvez determinante.

No que concerne ao BLVA, este era um recurso da comunidade até então não utilizado pela UCC mas que se revelou importante de considerar, muito embora seja importante salientar que grande parte dos cuidadores que necessitavam deste apoio, referiram não se sentir muito à vontade em “deixar” os seus familiares, mesmo com este recurso disponível, o que vai de encontro à evidência que reitera o sentimento de insegurança dos CF e percebem que ninguém cuida tão bem dos familiares quanto eles próprios, sendo difícil afastarem-se, mesmo que por curtos períodos de tempo (*ibidem*), o que também por outro lado, pode justificar a pouca adesão às sessões de EpS na UCC.

No que respeita às sessões de EpS e seguindo o que tinha sido planeado, a **Taxa de realização efectiva das sessões EpS** foi de 100%, realizaram-se as duas sessões de EpS e em ambas com uma taxa de participação activa dos CF também de 100%.

$(\text{N}^\circ \text{sessões EpS realizadas} / \text{N}^\circ \text{sessões EpS planeadas}) * 100$

$(\text{N}^\circ \text{CF com participação activa} / \text{N}^\circ \text{CF presentes}) * 100$

No final de cada sessão EpS, foi distribuída aos CF uma ficha de avaliação (apêndice XXI) sobre os conteúdos apresentados, sendo de salientar que os indicadores mais imediatos faziam transparecer resultados muito positivos pois a **Taxa de sucesso nas respostas às questões de avaliação** de compreensão dos conteúdos apresentados nas sessões EpS foram de **100%** na e de **83%**, na I e na II sessão EpS, respectivamente (apêndice XXII).

$(\text{N}^\circ \text{CF com respostas certas na I avaliação} / \text{N}^\circ \text{CF que responderam à I avaliação}) * 100$

$(\text{N}^\circ \text{CF com respostas certas na II avaliação} / \text{N}^\circ \text{CF que responderam à II avaliação}) * 100$

É importante referir que **90%** dos CF presentes na I sessão compareceram novamente à sessão seguinte participando nas actividades seguintes, demonstrando o interesse na sua continuidade, não obstante o curto espaço de tempo que mediou as 2 sessões, de apenas uma semana. $(\text{N}^\circ \text{CF presentes nas 2 sessões EpS} / \text{N}^\circ \text{CF total presente nas sessões EpS}) * 100$

Da mesma forma, atingiu-se **100%** na **Taxa de elaboração e distribuição do Guia** para CF presentes na II sessão EpS, com distribuição dos guias “Guia dos CF” a todos os presentes.

$(\text{N}^\circ \text{guias distribuídos pelos CF} / \text{N}^\circ \text{CF presentes na II Sessão}) * 100$

Igual resultado alcançou-se na **Taxa de realização de sessão de relaxamento, 100%** alcançada com a distribuição dos folhetos de “Exercícios de Relaxamento” entregues na II sessão da EpS, bem como a própria sessão de relaxamento com uma **Taxa de participação activa** por parte de todos os CF (**100%**), sendo que todos a reconhecerem como um instrumento fácil de utilizar, por sua conta e benéfico no seu dia-a-dia.

$(\text{N}^\circ \text{de sessões realizadas} / \text{N}^\circ \text{de sessões programadas}) * 100$

$(\text{N}^\circ \text{de CF que participaram activamente} / \text{N}^\circ \text{de CF presentes na sessão}) * 100$

No que diz respeito aos lanches-convívio, a **Taxa de patrocínios conseguidos**, foi bastante baixa (**33%**), considerando a época de crise instalada e a área do projecto em questão, com pouca visibilidade na comunidade em geral, tornando-se evidente o maior valor que davam a projectos para crianças e adolescentes, nas respostas obtidas, demonstrando que há muito trabalho a fazer no despertar das consciências da sociedade civil para a problemática das pessoas mais velhas e em situação de dependência.

$(\text{N}^\circ \text{patrocínios obtido para 1}^\circ \text{lanche} / \text{N}^\circ \text{patrocínios pedido para 1}^\circ \text{lanche}) * 100$

No entanto, com os patrocínios obtidos conseguiram-se realizar, após cada uma das sessões de EpS, um lanche convívio conforme planeado, sendo a **Taxa de efectivação dos lanches-**

convívio de 100%, sendo a **Taxa de participação dos CF nos mesmos** de **100%** no primeiro e de **83%** no segundo. A legitimar este facto pode ser importante referir que a II sessão EpS que lhe antecedeu prolongou-se no tempo, para além do programado, a pedido da maioria dos CF e o facto de estarem também preocupados com o transporte para casa.

$(\text{N}^\circ \text{ lanches convívio realizados} / \text{N}^\circ \text{ lanches convívio planeados}) * 100$

$(\text{N}^\circ \text{ CF presentes no I lanche-convívio} / \text{N}^\circ \text{ de CF presentes na I sessão EpS}) * 100$

$(\text{N}^\circ \text{ CF presentes no II lanche-convívio} / \text{N}^\circ \text{ de CF presentes na II sessão EpS}) * 100$

Considerando o **Cartão Siga7**, apesar da sua importância, sentida quer pelos profissionais da ECCI, quer dos próprios CF, no final do estágio este novo e importante instrumento de trabalho continuava a aguardar a aprovação do Conselho Clínico, para se tornar uma realidade efectiva, pelo que não faz sentido apresentar indicadores para esta actividade.

O **Modelo de Registo de Atendimento Telefónico** foi a outra actividade que não se conseguiu concretizar na sua totalidade, muito embora a avaliação intermédia (apêndice XXIII) efectuada tenha contribuído para uma melhor percepção da importância de se manter e melhorar a linha telefónica existente. Assim, todos os contactos telefónicos foram recebidos pelo enfermeiro (20). Quem contactou maior número de vezes a equipa foram os CF (10), estando os motivos de contacto principalmente relacionados com complicações de saúde (9). O tipo de resposta mais utilizado pelos enfermeiros foi o agendamento de VD's (16) e as situações foram maioritariamente resolvidas (11), permaneceram em resolução 7 dos casos e 2 foram encaminhados. Apesar da informação obtida neste período experimental e dar uma panorâmica da importância e necessidade de informação por parte dos cuidadores, não deixa de exigir um maior tempo teste para se obter um diagnóstico de situação mais preciso.

Um outro indicador que deve ser salientado, embora sem intervenção directa no grupo dos CF, refere-se às sessões de informação (apêndice XXIV) efectuadas na UCC, para a equipa de saúde, que contou com a presença de 19 profissionais, aos quais foi solicitado o preenchimento de uma folha de avaliação da sessão no final das mesmas, sendo a sua apreciação global bastante favorável quer em termos de utilidade prática, como na forma de abordar o tema (apêndice XXV).

De forma a avaliar o impacto da intervenção realizada, aplicou-se novamente o índice CADI, no entanto é de salientar que por constrangimentos de tempo, a mesma foi aplicada a todos os CF presentes nas várias actividades realizadas apenas uma semana após a II sessão de EpS. O

contacto foi efectuado novamente via telefone, tendo sido colocadas exclusivamente as questões da dimensão trabalhada – Exigências do cuidar – para a qual se direccionou a intervenção de enfermagem e cujos resultados podem ser observados na tabela 5.

De uma forma mais abrangente, verificou-se que em dois dos itens da dimensão trabalhada sobre as dificuldades relacionadas com a dependência da pessoa cuidada, houve uma diminuição do índice de perturbação de 25%. No entanto, no item relacionado com a alteração da eliminação, por incontinência de esfíncteres, notou-se que esta era percebida como uma dificuldade acrescida para mais 25% dos CF do que no início da intervenção.

Tabela 5 - Respostas dos CF aos itens da dimensão exigências do cuidar, relativas ao grupo sobre a dependência da pessoa cuidada, antes e depois da intervenção de enfermagem

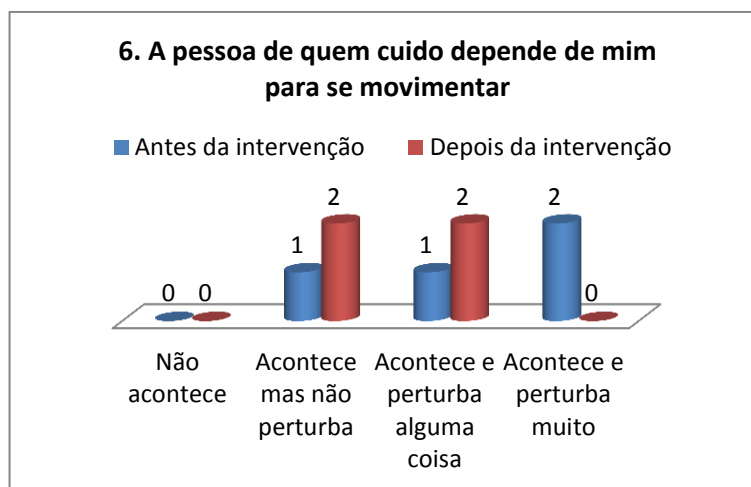
Grupo	Item	Antes da intervenção								Depois da intervenção								Antes da intervenção		Depois da intervenção		Índice perturbação (C) + (D)	
		Fi				%				Fi				%				Fi	%	Fi	%		
		(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(C)	(D)						
Dificuldades relacionadas com a dependência da pessoa cuidada	6	A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	0	1	1	2	0%	25%	25%	50%	0	2	2	0	0%	50%	50%	0%	3	75%	2	50%	↓
	13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	0	1	2	1	0%	25%	50%	25%	0	2	1	1	0%	50%	25%	25%	3	75%	2	50%	↓
	24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	0	2	2	0	0%	50%	0%	50%	0	1	3	0	0%	25%	75%	0%	2	50%	3	75%	↑

Legenda: (A) Não acontece; (B) Acontece mas não perturba; (C) Acontece e perturba alguma coisa; (D)Acontece e perturba muito

Importa observar os gráficos seguintes, uma vez que a variação do índice de perturbação pode não deixar transparecer alguns dados importantes, como a intensidade com que as dificuldades foram sentidas pelos CF.

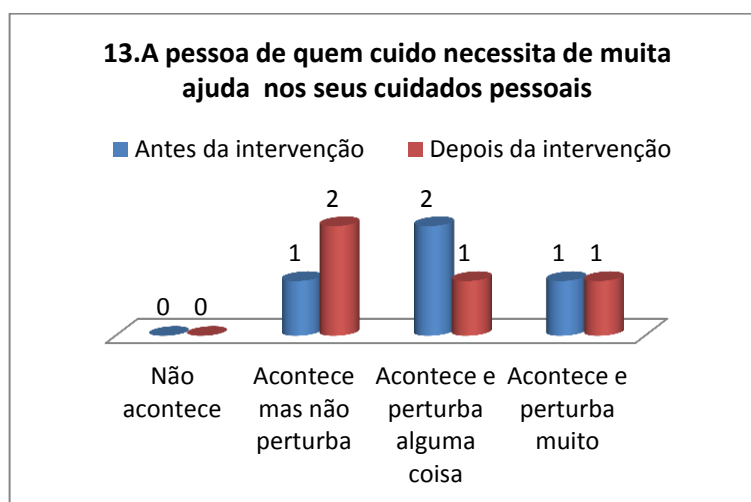
Assim, ao analisar o gráfico 1, constatou-se que no item *A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar*, também a intensidade de perturbação causada aos CF diminuiu, conseguindo-se que dois dos CF (50%) a deixassem de sentir como algo muito perturbador nas suas vidas.

Gráfico 1- Respostas obtidas ao item 6. antes e após a intervenção de enfermagem



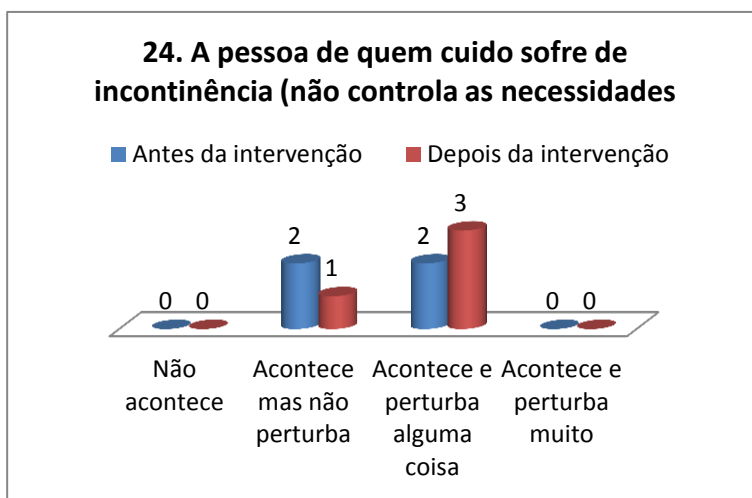
Através do gráfico 2, é também possível verificar que no item *A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais*, embora este se tenha mantido como algo muito perturbador para o mesmo número de CF (1), a intensidade com que era percebida como algo perturbador diminuiu num dos CF (25%).

Gráfico 2 - Respostas obtidas ao item 13. antes e após a intervenção de enfermagem



Em relação ao item *A pessoa cuidada sofre de incontinência* – embora o índice de perturbação observado na tabela 5, tenha aumentado num dos CF (25%), ao analisar o gráfico 3 verifica-se que esta dificuldade foi considerada como algo perturbador, portanto sem grande agravamento na forma como era sentida pelos CF.

Gráfico 3 - Respostas obtidas ao item 24. antes e após a intervenção de enfermagem



No que concerne aos itens incluídos e agrupados no segundo grande grupo, sobre as dificuldades relacionadas com as implicações do cuidar na saúde dos próprios CF, o índice de perturbação global não sofreu grandes alterações (tabela 6).

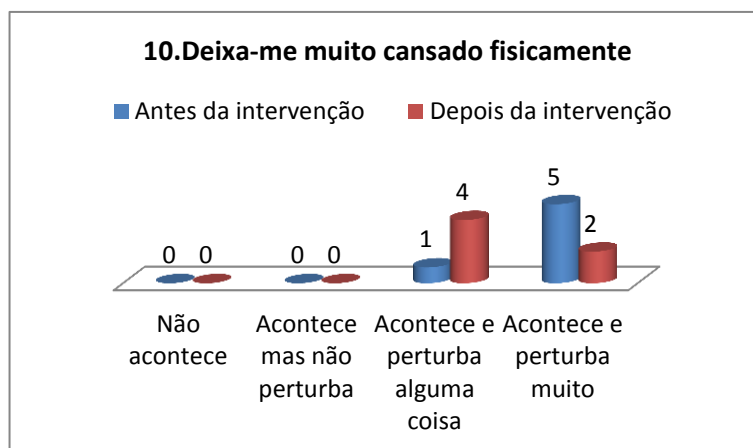
Tabela 6- Respostas dos CF aos itens da dimensão exigências do cuidar, relativas ao grupo sobre as implicações do cuidar na saúde dos CF, antes e depois da intervenção de enfermagem

Grupo	Item	Antes da intervenção				Depois da intervenção				Antes da intervenção		Depois da intervenção		Índice perturbação (C) + (D)								
		Fi		%		Fi		%		Fi	%	Fi	%									
		(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(C)	(D)	(A)	(B)	(C)	(D)									
Dificuldades relacionadas com as implicações na saúde dos CF	10 Deixa-me muito cansado fisicamente	0	0	1	5	0%	0%	17%	83%	0	0	4	2	0%	0%	66%	33%	6	100%	6	100%	=
	15 Ando a dormir pior por causa desta situação	1	0	4	1	17%	0%	66%	17%	2	0	3	1	33%	0%	50%	17%	5	83%	4	66%	↓
	19 Esta situação está a transtornar-me os nervos	1	2	2	1	17%	33%	33%	17%	1	2	2	3	17%	33%	33%	17%	3	50%	3	50%	=
	23 A minha saúde ficou abalada	1	0	3	2	17%	0%	50%	33%	0	1	2	3	0%	17%	33%	50%	5	83%	5	83%	=

Legenda: (A) Não acontece; (B) Acontece mas não perturba; (C) Acontece e perturba alguma coisa; (D)Acontece e perturba muito

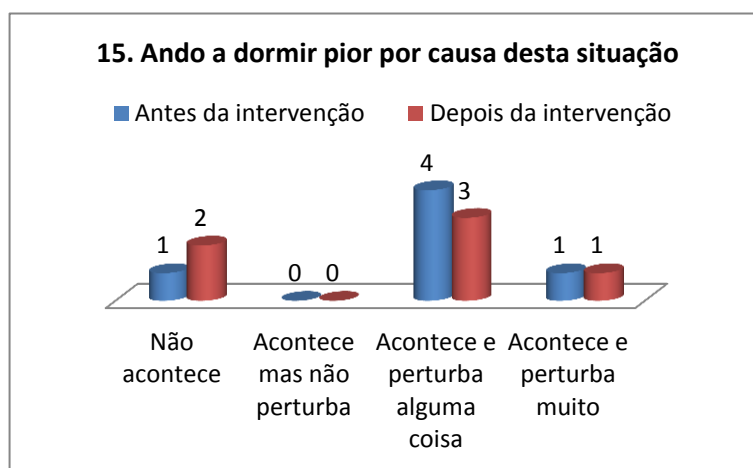
Neste sentido, o índice de perturbação relacionado com o cansaço físico, parecer não ter sofrido alterações com a intervenção realizada, pois todos os CF (100%) continuavam a senti-lo como uma dificuldade. No entanto, ao observar-se o gráfico 4, em termos de intensidade de perturbação, verifica-se que esta diminuiu, numa situação que causava muita perturbação a dois dos CF (33%), passando a ser sentida apenas como algo perturbador para quatro dos cuidadores (66%).

Gráfico 4- Respostas obtidas ao item 10. antes e após a intervenção de enfermagem



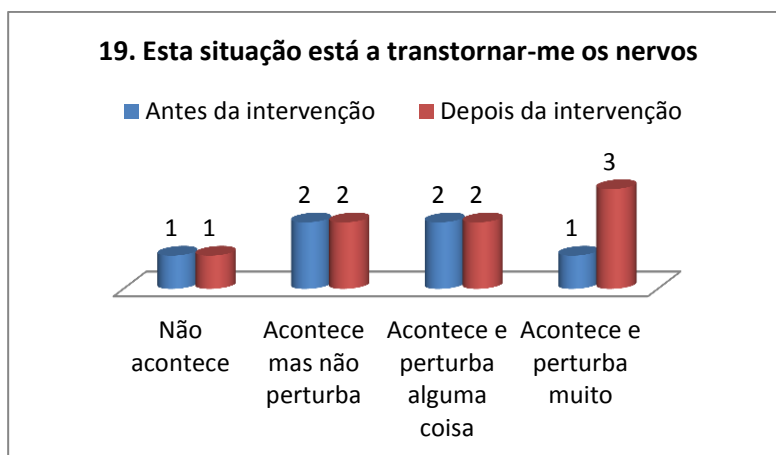
No item *Ando a dormir pior por causa desta situação*, tanto o índice de perturbação como a sua intensidade diminuíram e embora num dos CF (17%) se mantivesse a percepção da dificuldade como muito perturbadora, houve um decréscimo, na percepção desta dificuldade como algo perturbador, passando de quatro para três CF (66% para 50%).

Gráfico 5 - Respostas obtidas ao item 15. antes e após a intervenção de enfermagem



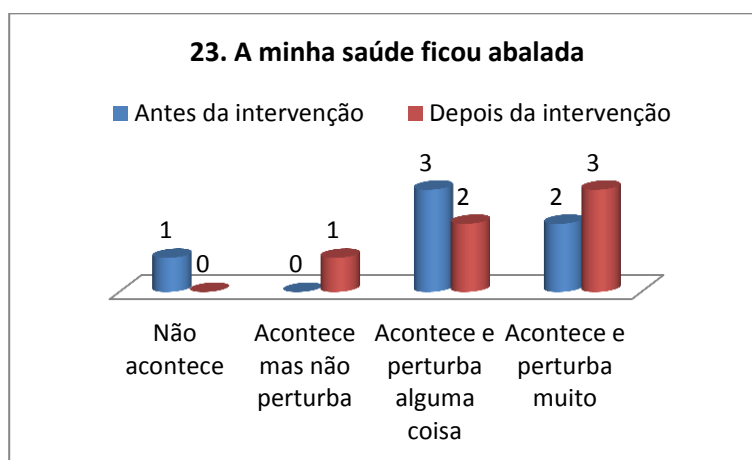
Para o item *Esta situação transtorna-me os nervos* não se conseguiu qualquer variação no índice de perturbação. No entanto, a intensidade sofreu um agravamento, verificando-se o aumento de dois cuidadores que consideravam como muito perturbadora, pelo que mais actividades deveriam ser desenvolvidas neste campo.

Gráfico 6 - Respostas obtidas ao item 19. antes e após a intervenção de enfermagem



Também no item *A minha saúde ficou abalada*, a intervenção de enfermagem realizada não foi suficiente para beneficiar o grupo e minimizar o índice de perturbação se manteve inalterado. Não obstante, a intensidade de perturbação que causava nos CF acentuou-se, pois foi uma situação em que agravou a intensidade, passando de dois (33%) para três (50%) CF.

Gráfico 7 - Respostas obtidas ao item 23. antes e após a intervenção de enfermagem



Assim, como balanço, pode dizer-se que o resultado obtido com a implementação do projecto “Olhar por mim” foi positivo por se ter revelado um contributo benéfico na percepção das dificuldades e na intensidade com que os CF as passaram a sentir, havendo uma consciencialização e melhor gestão daquelas. Assim, espera-se ter contribuído para tornar os CF mais capacitados para cuidar, com excepção dos casos relacionados com o cansaço físico e os casos de incontinência. Sugere-se que mais acções seriam necessárias para inverter a tendência de agravamento das dificuldades, o que é concordante com a literatura que refere serem situações que vão exacerbando com o passar do tempo, pelo aumento do grau de dependência inerente ao próprio processo de envelhecimento (Figueiredo, 2007).

4. CONCLUSÕES

Porque a reflexão potencia o desenvolvimento de competências e constitui um pilar fundamental na prática de Enfermagem, no capítulo final apresenta-se a reflexão sobre as limitações do projecto, implicações e recomendações para a prática, competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária e considerações finais.

4.1. Limitações do projecto

Num projecto desta natureza e nas circunstâncias em que foi desenvolvido, existiram alguns momentos mais ou menos complexos, com dificuldades e constrangimentos só possíveis de serem ultrapassados e contornados com árduo trabalho. O factor tempo, que se resumiu a 18 semanas de estágio muito intensivas, foi bastante limitativo no decurso de todo este processo, nomeadamente na implementação das etapas do Planeamento em Saúde, em particular nas fases de preparação operacional e de avaliação das intervenções.

Face à inexperiência da mestranda neste campo de acção e no desenvolvimento de projectos na área de Enfermagem Comunitária, a dispersão geográfica da população alvo influenciou quer a etapa de diagnóstico (aplicação dos instrumentos de colheita de dados), quer a concretização das actividades. De facto, se na área da saúde escolar, por exemplo, a comunidade se encontra concentrada num mesmo local, nos Cuidados Continuados, os utentes encontram-se espalhados por todo o município, dificultando o contacto com os CF, situação que pode ter condicionado a adesão dos mesmos ao projecto.

A obtenção de uma lista de utentes inscritos na ECCI da UCC implicou a consulta dos dados disponíveis na UCC, mas também a sua actualização junto de cada enfermeiro das ECCI da UCC. A inexistência de uma base de dados informatizada retardou a etapa de diagnóstico de situação, de forma não prevista no cronograma do projecto.

Na realização das actividades planeadas, surgiram diversas limitações. Em relação aos dias seleccionados para as sessões de EpS, que decorreram aos Sábados, a opção da mestranda pela preferência dos CF dificultou a adesão dos profissionais, pelo que o apoio solicitado aos Técnicos de Fisioterapia, para apresentação de técnicas de mobilização das pessoas dependentes, não foi passível de ser concretizado por não coincidir com o seu horário de trabalho.

Sobre o transporte necessário a alguns CF, o indeferimento de apoio pela Câmara Municipal da Amadora supracitado condicionou a adesão daqueles às sessões de EpS. Por outro lado, a

resistência dos CF à aceitação do voluntariado do BLVA já referida contribuiu para algumas ausências nas sessões de EpS.

Outra das limitações do projecto prendeu-se com a protelação de apreciação da proposta de criação do cartão de prioridade dos CF. A apresentação da proposta coincidiu com situações críticas no funcionamento do ACES, que exigiram actuação imediata, pelo que até à data se aguarda resposta por parte do Conselho Clínico do ACES Amadora.

As limitações e constrangimentos referidos anteriormente, revelaram-se momentos importantes neste percurso, uma vez que impeliram à adaptação, à capacidade de superação e de gestão destas mesmas situações, por forma a ultrapassá-las da melhor forma.

4.2. Implicações e recomendações para a prática

A conjugação da criação de expectativas nos CF pelo projecto realizado (Tavares, 1990), das suas opiniões positivas sobre o mesmo e da motivação das ECCI e Coordenação da UCC resultaram num forte incentivo à **continuidade** do projecto.

Essa continuidade, de acordo com a experiência decorrida, sugere a necessidade de uma equipa multidisciplinar, que actue numa dinâmica conjunta nas várias actividades, como é exemplo as sessões de EpS, nas quais o CF pode usufruir do apoio do enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, entre outros. Sugere-se ainda que nas visitas domiciliárias, como acontece nalguns casos (enfermeiro e assistente social; assistente social e fisioterapeuta), os utentes possam beneficiar da actuação conjunta de diferentes profissionais.

Terminado o projecto, considera-se que o trabalho de campo poderia ter sido ainda mais enriquecedor caso se tivesse optado por colher os dados de forma **presencial**, pela experiência única que se revelou conviver com o grupo, pelo que o tempo gasto na etapa de diagnóstico poderia suscitar uma relação de maior confiança, relevante na adesão dos CF ao projecto.

O projecto “Olhar por mim”, permitiu “abrir as portas” da UCC à comunidade, na área dos Cuidados Continuados Integrados, alargando a **visibilidade** do trabalho realizado bem como da sua importância. Há uma necessidade real de desenvolver mais acções semelhantes e de forma mais estruturada, para que entidades governamentais da sociedade civil fiquem cada vez mais sensibilizadas para esta problemática e para que futuramente possam dar o seu contributo efectivo para a comunidade, na sua obrigação para com a sociedade civil. Neste sentido, propõe-se o reconhecimento do grupo dos CF como grupo vulnerável da comunidade, carente de direitos

específicos, dos quais é exemplo a prioridade no acesso aos cuidados de saúde, patente no cartão criado que aguarda aprovação.

Para benefício dos CF, o interesse demonstrando pela UCC no recurso inovador de **voluntariado** do BLVA deve ser concretizado numa efectiva relação de parceria. A UCC pode, eventualmente, ficar responsável pela selecção e formação dos respectivos voluntários na área de Cuidados Continuados, integrando-os na equipa, creditando a sua acção, procurando também diminuir a relutância de alguns CF. De facto, neste projecto, este recurso demonstrou ser uma mais-valia e um dos factores mais positivos apontados pelos CF para estarem mais disponíveis para participar noutras iniciativas, uma vez que têm um dia-a-dia obrigatoriamente diferente dos outros cidadãos comuns, sendo difícil, por vezes, uma simples ida ao cabeleireiro. Na realidade brasileira, um dos serviços comunitários – “os cuidados de folga” (Bocchi, 2004a) – apesar de sentido como insuficiente naquele país, constituiu uma ajuda fundamental para os CF.

Os CF sugeriram o prolongamento do apoio de enfermagem num horário mais alargado, se possível 24h/dia, 7 dias/semana, pela dificuldade de acesso aos cuidados de saúde.

Das actividades realizadas, a **continuidade das sessões de EpS** com CF, parece ser uma das mais apreciadas pelos mesmos, considerando as várias fases de adaptação à actividade de cuidar e as competências inerentes a cada uma delas (Sequeira, 2007), no sentido de otimizar o seu papel e minimizar os efeitos negativos.

A organização de encontros frequentes do grupo de CF poderia levar à criação de uma importante rede de suporte de pares, pois os momentos da partilha e convívio são importantes para evitar o isolamento social, favorecendo a sua saúde, ao possibilitar experiências de aprendizagem facilitadoras de aquisição de comportamentos promotores de saúde (Bulechek, G., Butcher, H. K., & Dochterman, J., 2008). Desta forma, a criação de um **grupo de apoio** foi também considerada como uma sugestão potenciadora de obter *outcomes* significativos (Nolan & Grant, 1989). De acordo com Silveira, Caldas e Carneiro (2006), o grupo de suporte é um recurso muito importante para os familiares de pessoas com alto nível de dependência, que têm como finalidade “ajudar os cuidadores a terem um envolvimento construtivo com o parente que adoeceu, sem abdicar da sua vida pessoal” (p 1630), mas também para perceberem que não estão sozinhos, nesta exigente tarefa do Cuidar, que o grupo funciona como uma *caixa-de-ressonância* onde “a vulnerabilidade de um ecoa na vulnerabilidade do outro (...) assim, quando eles dão um significado para um companheiro, estão dando para eles também” (*ibidem*, p 1633). Cria-se a

oportunidade de partilhar sentimentos, experiências e estratégias de *coping* com outros que vivenciam experiências similares (Bocchi, 2004a; Yamada et al., 2006).

4.3. Reflexão sobre as competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária

Para reflectir sobre as competências desenvolvidas na área de especialização de enfermagem comunitária com o projecto em causa, recorreu-se ao Guia Orientador do Aluno da ESEL (ESEL, 2009) e Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A metodologia do Planeamento em Saúde, nomeadamente a etapa de diagnóstico de situação, possibilitou o aprofundamento sobre técnicas de colheita e tratamentos de dados. Foi possível caracterizar de forma mais profunda o perfil do CF-tipo da população em causa e identificar as suas necessidades de saúde, no domínio específico das dificuldades dos CF para cuidar familiares dependentes no AC, no domicílio.

Ainda há a considerar que o facto de se sustentar a prática da enfermagem em teorias de enfermagem, neste caso de Orem (1995), capacitou a mestranda na mobilização e utilização desta teoria, como forma de identificar e sustentar o planeamento e a prática dos cuidados de enfermagem, através dos diagnósticos de enfermagem.

O projecto permitiu o reconhecimento da importância do grupo de CF, passível de capacitação para cuidar da pessoa dependente, que foi pretendida pela mestranda através da intervenção nas dificuldades dos cuidadores.

A pertinência da temática em causa no actual contexto permitiu reconhecer a sua compatibilidade com o Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010 e no Plano de Acção da UCC Amadora+.

A etapa de fixação de objectivos permitiu à mestranda constatar a relevância da definição de objectivos realistas e exequíveis, no sentido de se obterem as mudanças possíveis no estado de saúde do grupo visado, no período de tempo definido.

A concretização do projecto exigiu a reflexão e selecção de estratégias criativas, adequadas, e pertinentes para a população-alvo. A aplicação da EpS nas sessões com os CF facilitou a interacção entre estes e os enfermeiros e dos CF entre si.

Porque o grupo dos CF se encontra inserido numa comunidade, foi imprescindível mobilizar os recursos existentes na mesma, e fazer as diligências necessárias a sua participação, como o

BLVA, a Câmara Municipal e os patrocínios alimentícios. De certa forma, pretendeu-se ainda sensibilizar a comunidade para uma temática para a qual não se encontra tão desperta, tornando ainda mais consciente a sua importância em projectos com e na comunidade.

Num dever ético para com a comunidade civil, a UCC e a comunidade escolar, foi possível divulgar os resultados e percurso do projecto quer na UCC, aos enfermeiros e outros profissionais, quer na ESEL, na presença dos orientadores e co-orientadores. Estes foram momentos formativos de grupo, com sugestões, esclarecimento de dúvidas e partilha de experiências.

A implementação das actividades contribuiu para o desenvolvimento de técnicas de comunicação, de liderança e dinamização de grupos, de relação com o outro, de escuta activa mas também a oportunidade de tornar o grupo co-participante nesta sua problemática.

4.4. Considerações finais

Num mundo complexo como o actual, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento efectivo das competências que lhe são adstritas, de forma a poder desenvolvê-las e consolidá-las e contribuir dessa forma para uma praxis pautada por níveis superiores de qualidade, com base em sólidos e válidos padrões de actuação, que requerem uma mobilização constante de conhecimentos baseados na evidência.

Considerando as actuais políticas de saúde, constante, entre outros, no PNS 2004-2010, é notória a importância de contribuir não só para a promoção de ambientes promotores de saúde, facilitadores da autonomia e independência, mas também de estimular estas pessoas a participarem activamente na promoção da sua própria saúde, dando suporte ao seu desenvolvimento e bem-estar, pretendendo promover, proteger e/ou recuperar a sua saúde.

O projecto “Olhar por mim” pretendeu contribuir para a capacitação de um grupo vulnerável da comunidade (Shi & Stevens, 2005), os cuidadores familiares, para cuidarem os seus familiares em situação de dependência no AC, através do levantamento das suas principais dificuldades e intervenção nas mesmas.

De acordo com os resultados, verificou-se a diminuição das dificuldades sentidas pelos CF após intervenção, não sendo possível concluir uma relação causa-efeito. No entanto, os CF admitiram implicações positivas pela aceitação e confiança neste projecto.

Para a mestranda, este projecto foi gratificante e importante no desenvolvimento pessoal, na vertente humana, na relação interpessoal com os CF. A nível profissional, pela parca experiência da mestranda nesta área de cuidados, habituada no desempenho de funções nos cuidados hospitalares, a experiência decorrida foi determinante no desenvolvimento de competências, de acordo com os princípios do Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (Ordem do Enfermeiros, 2009), a responsabilidade profissional, ética e legal como é requerido ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

A execução do projecto, as suas limitações e gratificações tornaram esta experiência positiva, sentindo-se o sabor das pequenas vitórias do dia-a-dia, com um gosto especial, dando mais valor ao conseguido e mais motivação para prosseguir.

Desenvolver este projecto tornou-se um grande desafio, pela percepção da importância que podia ter ao nível da promoção da saúde dos CF e dos seus familiares, pois dotar as pessoas de mais conhecimentos contribui para as tornar mais capazes, minimizando o impacto que as dificuldades no cuidar podem provocar através de medidas promotoras da sua capacitação e assim poderem ser uma parte da solução deste problema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, F. de. (2009, Março). *O cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário: Necessidades educativas do cuidador principal* (Mestrado em Ciências da Educação, Área de Especialização em Educação para a Saúde). Universidade do Minho Instituto de Educação e Psicologia, Minho, Portugal. Obtido de http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2009_OPSS.pdf
- Aneshensel, C., Frerichs, R., Clarck, V., & Yokopenic, P. (1982, Setembro). Telephone versus In-person surveys of community health status. *American Journal of Public Health (AJPH)*, pp 1017-1021. EBSCO.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade - Um desafio [versão electrónica]. *Referência*, II, (7. II seire), 43-53.
- Araújo, I., Paúl, C., & Martins, M. (2009). Cuidar de idosos dependentes no domicílio: Desabafos de quem cuida [versão electrónica]. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 8(2), 191-197.
- Arquillo, C. (2008). *Relajación guiada: La playa*. Obtido de <http://www.youtube.com/watch?v=HUXEeHP15S8>
- Atkinson, J., Black, R., & Curtis, A. (2008). Exploring the digital divide in an australian regional city: a case study of Albury [versão electrónica]. *National Geographer*, (39), 479-493.
- Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barriball, K., Christian, S., While, A., & Bergen, A. (1996). The telephone survey method: a discussion paper [versão electrónica]. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 115-121.
- Becker, D., Edmundo, K., Nunes, R., Bonatto, D., & Souza, R. (2004). Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência e Saúde Colectiva*, 9(3), 655-667.
- Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: A Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bocchi, S. (Setembro/Outubro 2004a.). O papel do enfermeiro como educador junto a cuidadores familiares de pessoas com AVC. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(5), 569-573.
- Bocchi, S. (Janeiro-Fevereiro 2004b.). Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC) [versão electrónica]. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 12(1), 115-121.
- Boland, M., Sweeney, M., Scallan, E., Harrington, M., & Staines, A. (2006). Emerging advantages and drawbacks of telephone surveying in public health research in Ireland and the U.K. *BMC Public Health*, 6. Obtido de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=41a835ca-e165-4350-90bf-c2dd8cae8bb2%40sessionmgr115&vid=1&hid=123#>
- Borges, M. (2010, Julho 16). Dez dicas para o cuidador familiar. *Dez dicas para o cuidador familiar*. Cuidar de idosos, . Obtido Janeiro 6, 2011, de <http://www.cuidardeidosos.com.br/dez-dicas-para-o-cuidador-familiar/>
- Branco, M., & Paixão, E. (2008, Maio). Uma observação sobre Cuidados Continuados no domicílio. Obtido de <http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/Cuidados.pdf>

Bulechek, G., Butcher, H. K., & Dochterman, J. (2008). *Nursing Interventions Classification (NIC), 5th edition*. Obtido em 20 de Fevereiro de 2011, de The University of Iowa College of Nursing:http://www.nursing.uiowa.edu/excellence/nursing_knowledge/clinical_effectiveness/documents/LabelDefinitionsNIC5.pdf

Caja, C., & Marcos, M. (2004). Factores, necesidades y motivaciones de los cuidadores principales que influyen en el mantenimiento del cuidado de las personas dependientes en el núcleo familiar [versão electrónica]. *Nure Investigación*, (11), 1-7.

Carmo, H., & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Carnwath, T., & Johnson, D. (1987). Psychiatric morbidity among spouses of patients with stroke. [versão electrónica]. *British Medical Journal*, 294 (6569), 409-11.

Collière, Marie-Françoise. (2000). *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*: Lisboa: Edições Lidel.

Colombotos, J. (1969). Personal Versus Telephone Interviews: Effect on responses. *Public Health Reports*, 84(9), 773-782.

Cuesta-Benjumea, C. De La. (2009). «Estar tranquila»: La experiencia del descanso de cuidadores de pacientes com demencia avanzada [versão electrónica]. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 2-10.

Dean, M. (1995). A law that would care for the Carers. *Lancet*; 345: 1101.

Decreto-Lei nº 101/2006. (6 de Junho de 2006). *Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (I-Série-A, Nº 109, pp 3856-3865)*. Obtido em 10 de Julho de 2010, de Entidade Reguladora da Saúde: http://www.ers.pt/legislacao_atualizada/saude-publica-servico-nacional-de-saude/cuidados-continuados-de-saude/D.L.%20101-2006-%206%20Junho.pdf/view.

Direcção Geral Saúde (DGS). (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010*. Obtido em 5 de Julho de 2010, de Direcção Geral de Saúde: http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/vol2_216.html.

Dupas, G., Pinto, I., Mendes, M., & Benedini, Z. (1994). Reflexão e síntese acerca do modelo do autocuidado de Orem [versão electrónica]. *Acta Paulista Enfermagem*, 7(1), 19-26.

Eller, L. (1999). Guided Imagery Interventions for Symptom Management. *Annual Review of Nursing Research*, 17(1), 57-84.

Escola Superior Enfermagem Lisboa. (2009, Outubro). *Curso de Pós Graduação em Enfermagem Comunitária: Guia Orientador do Estudante*.

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.

Galán, I., Rodriguez-Artalejo, F., & Zorrilla, B. (2004). Comparación entre encuestas telefónicas y encuestas «cara a cara» domiciliarias en la estimación de hábitos de salud y prácticas preventivas. *Gaceta Sanitaria*, 18(6), 440-450.

Ganzella, M., & Zago, M. (2008). A alta hospitalar na avaliação de pacientes e cuidadores: Uma revisão integrativa da literatura [versão electrónica]. *Acta Paulista Enfermagem*, 21(2), 351-355.

Garcia, C. (2009). Tradução e validação do Consequences of Care Index - Um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga do familiar cuidador [versão electrónica]. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 39-48.

- Gomes, M. (2003). O enfermeiro de cuidados de saúde primários. *Nursing*, (177), 38.
- Gracioto, A., Gomes, C., Echer, I., & Lorenzi, P. (2006). Grupo de Orientação de Cuidados aos Familiares de Pacientes Dependentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59(1), 105-108.
- Guerreiro, M. (2006). Cuidados Continuados Desafios [versão electrónica]. *Gestão & Saúde*, nº4. Obtido em 15 Julho de 2010, de PORTAL DA SAÚDE: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/artigos+de+imprensa/cuidados+continuados.htm>.
- Haley, W., Gitlin, L., Wiszniewski, S., Mahoney, D., Coon, D., & Winter, L. (2004). Well being , appraisal and coping in African-American and Caucasian dementia caregivers: Findings from the REACH study. Obtido de <http://works.bepress.com/cgi/viewcontent.cgi?article=1024&context=marycorcoran&seiredir=1#search=«Well-being,+appraisal+and+coping+in+African-American+and+Caucasian+dementia+caregivers:+findings+from+the+REACH+study»>
- Hart, J. (2008). Guided Imagery. *Alternative and complementary therapies*, 14(6), 259-299.
- Hoeman, S. (2000). *Enfermagem de Reabilitação- Aplicação e processo* (2nd ed.). Loures: Lusociência.
- Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia de Planeamento em Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- INE. (2009, Março 19). Projeções da população residente em Portugal 2008-2010 [Versão electrónica]. Obtido de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944632&PUBLICACOESstema=55466&PUBLICACOESmodo=2
- INE. (2011). Classificação Portuguesa de Profissões. Obtido de [http://metaweb.ine.pt/sine/anexos/pdf/Apresentação%20Geral%20da%20CPP%20de2010%20\(2\).pdf](http://metaweb.ine.pt/sine/anexos/pdf/Apresentação%20Geral%20da%20CPP%20de2010%20(2).pdf)
- International Council Nurses [ICN]. (12 Maio 2010a). Servir a comunidade e garantir qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica (H. Castro, Trad). OE. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- Kang, Y. (2010). Mind-body approach in the area of preventive medicine: focusing on relaxation and meditation for stress management. *Journal of Preventive Medicine & Public Health*, 5, 445-450.
- Karsch, U. (1998). Envelhecimento com dependência: Revelando cuidadores [versão electrónica]. *EDUC*, 248.
- Karsch, U. (2003). Idosos dependentes: Famílias e cuidadores [versão electrónica]. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 861-866.
- La Escuela de Pacientes de Andalucía. (sem data). Cuidar vy cuidarse - Guia para personas cuidadoras. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Obtido de http://www.escueladepacientes.es/ui/aula_guia.aspx??stk=Aulas/Personas_cuidadoras/Guias_Informativas/Guia_Informativa_Personas_Cuidadoras
- Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde- Poder e empoderamento*. Loures: Lusodidacta.
- Lopes, L. (2005). *Necessidades e estratégias na dependência: Uma visão da família* (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública- Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.

Machado, A., Freitas, C. de, & Jorge, M. (2006). O fazer do cuidador familiar: Significados e crenças [versão electrónica]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(5), 530-534.

Marau, J. (Dezembro, 2000a). O cuidador familiar (Parte I, 1.3. Cap 25). *Manual de Medicina Geral e Familiar*. Obtido de http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/13/25_texto.html.

Marau, J. (Dezembro 2000b). Cuidados na doença de evolução prolongada (Parte I, 1.3. Cap 21). *Manual de Medicina Geral e Familiar*, Associação Portuguesa Médicos de Clínica Geral. Recuperado em 24 de Outubro, 2010, de http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/13/21_texto.html#1.

Marcus, A., & Crane, L. (1986). Telephone surveys in public health research. *Medical Care*.

Marin, B., Leichsenring, K, Rodrigues, R., & Huber, M. (2009). Who cares? Care coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union. Apresentado na Conference On Health And Dignified Ageing, Stockholm. Obtido de http://www.euro.centre.org/data/1253632621_9637.pdf

Martins, M., & Lopes, M. (2010). A consulta telefónica como intervenção de Enfermagem ao doente e família com dor crónica, numa Unidade de Dor. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 39-57.

McLean, J., Hall, A., Mayer, P., & Main, A. (1991). Service needs of stroke survivors and their informal carers: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 559-564.

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., DeAnne, K. & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23, 12-28. Recuperado em 6 de Outubro, 2010, de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=18&sid=427fc1d7-31e5-44f1-b8fe-c8cc0c4cac11%40sessionmgr13>.

Ministério da Saúde do Brasil. (2008b). *Guia prático do cuidador*. A. Brasília: Autor. Obtido de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

Ministério da Saúde do Brasil [MSB]. (Junho 2008a). Cuidadores de idosos. Obtido de http://bvsmis.saude.gov.br/html/pt/dicas/164cuidadores_idosos.html

Monis, C, Lopes, G, Carvalhas, J, & Machado, S. (2005). Sobrecarga do Cuidador Informal. *Revista de Formação continuada de Enfermagem - Informar*, Ano XI(35).

Moreira, I. (2001). *O doente terminal em contexto familiar - Uma Análise da Experiência de Cuidar Vivenciada pela Família* (Vol. 21). Formasau.

Naparstek, B. (1994). *Staying Well with Guided Imagery*. New York: Warner Books.

Nascimento, S., Oliveira, D., Barbosa, L., & Stival, M. (2008). Julgamento clínico de enfermagem e idosos portadores de diabetes mellitus fundamentado na teoria do deficit do autocuidado [versão electrónica]. *Revista Ensaios e Ciência*, XI(12), 91-106.

Nogueira, J. (2009). *Cuidados Continuados Desafios*. Lisboa: UMCCI. Obtido de http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/cuidados_continuados_desafios_final.pdf

Nolan, M., & Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: A neglected area of nursing practice [versão electrónica]. *Journal of Advanced Nursing*, pp 950-961.

Oliveira, D. (2005). A «nova» saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação, 13(3).

OPSS. (2010). *Relatório de Primavera 2009: 10/30 Anos: Razões para continuar*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Ordem Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública: Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislaçãoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%Publica_a_provadoAG_20Nov2010.pdf

Ordem Enfermeiros (OE). (2009, Dezembro). Modelo De Desenvolvimento Profissional: Sistema De Individualização Das Especialidades Clínicas Em Enfermagem (SIECE). Lisboa: Ordem dos enfermeiros.

Orem, D. (1995). *Nursing: concepts of practice* (5th ed.). St Louis: Mosby.

Pedrazzi, E., Motta, T., Ventrúscolo, T., Fabrício-Wehbe, S., Cruz, I., & Rodrigues, R. (2010). Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 18(1), 18-25.

Pearlin, L., Mullan, J., Semple, S., Skaff, M. (1990) Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, vol.30, n.º1. Pp. 583-594.

Pereira, A., Tessarini, M., Pinto, M., & Oliveira, V. de. (2007). Alta hospitalar: Visão de um grupo de enfermeiras [versão electrónica]. *Revista Enfermagem Universidade do Estado do Rio de Janeiro-Faculdade de Enfermagem*, 15(1), 40-45.

Perlini, N., & Faro, A. (2005). Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer de cuidador familiar. *Revista da Escola Enfermagem USP*, 39(2). Obtido de <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=11&hid=112&sid=370b6727-7872-4ce6-9f32-d771562c641d%40sessionmgr111&bdata=JnNpdGU9ZWWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009006056>

Perracini, M. (1994). *Análise multidimensional de tarefas desempenhadas por cuidadores familiares de idosos de alta dependência* (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Universidade de Campinas, Brasil. Obtido de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000082246&fd=y>

Petronilho, F. (2008). Preparação do regresso a casa. Formasau.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de investigação em ciências sociais* (2nd ed.). Lisboa: Gradiva.

Ramos, A. (2003, Novembro 24). «Empowerment» do cidadão em saúde: Qual o papel do profissional de saúde? Qual a percepção do cidadão? (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.

Redman, B. (2003). *A prática da educação para a saúde* (9th ed.). Loures: Lusociência.

Regulamento nº 128/2011. (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública* (pp 8667-8669).

Rehem, T., & Trad, L. (2005). Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projecto de atenção básica brasileira [versão electrónica]. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 10(4), 231-242.

Relvas, A. (2000). *O ciclo vital da família* (2nd ed.). Afrontamento.

Rodrigues, M., Pereira, A., & Barroso, T. (2008). *Educação para a saúde - Formação pedagógica de educadores de Saúde*. Coimbra: Formasau.

- Sampaio, F., Aquino, P., Araújo, T. de, & Galvão, M. (2008). Assistência de enfermagem a paciente com colostomia: aplicação da teoria de Orem [versão electrónica]. *Acta Paulista Enfermagem*, 21(1), 94-100.
- Schnaider, T., Silva, J., & Pereira, M. (2009). Cuidador familiar de paciente com afecção neurológica [versão electrónica]. *Revista Saúde e Sociedade*, 18(2), 284-292.
- Schumacher, K., Beck, C., & Marren, J. (2006). Family Caregivers caring for older adults, working with their families [versão electrónica]. *American Journal of Nursing*, 106(8), 40-49.
- Schumacher, K., Stewart, B., Archbold, P., Dodd, M., & Dibble, S. (2000). Family caregiving skill: Development of the concept [versão electrónica]. *Research in Nursing & Health*, 23, 191-203.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Shi, L., & Stevens, G. (2005, Fevereiro). Vulnerability and Unmet Health Care Needs: The influence of Multiple Risk Factors. *Journal of General Internal Medicine*, pp 148-154.
- Silveira, T. da, Caldas, C., & Carneiro, T. (2006). Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: Um estudo sobre os cuidadores familiares principais. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1629-1638.
- Silvestre, J., & Neto, M. (2003). Abordagem do idoso em programas de saúde da família [versão electrónica]. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(3), 839-847.
- Simonetti, J., & Ferreira, J. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crônica [versão electrónica]. *Revista da Escola Enfermagem USP*, 42(1), 19-25.
- Sorensen, S., Pinguart, M., Duberstein, P. (2002). How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*. 42(3):356-72.
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária, promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* (4th ed.). Camarate: Lusociência.
- Stoltz, P., Udén, G., & Willman, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (18), 111-119.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Teórica de Enfermagem e a sua obra (5ª edição). *Teórica de Enfermagem e a sua obra* (5th ed.). Loures: Lusociência.
- Torres, G. de, Davim, R., & Nóbrega, L. da. (1999). Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: Estudo de caso com uma adolescente grávida [versão electrónica]. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 7(2), 47-53.
- Trelha, C., Nakaosy, T., Franco, S., Dellaroza, M., Yamada, K., Cabrera, M., Mesas, A., et al. (2005). Capacidade funcional de idosos restritos ao domicílio, do conjunto Ruy Virmond Carnascialli [versão electrónica]. *Ciências Biológicas e da Saúde*, 26(1), 37-46.
- UCC Amadora+. (2009). Plano de Acção da Unidade de Cuidados na Comunidade Amadora+ para o ano 2010.
- University of Michigan Comprehensive Cancer Center [UMCCC]. (2011). Imagery for Caregivers.

University of Michigan Comprehensive Cancer Center. Obtido Novembro 2, 2011, de http://www.med.umich.edu/cancer/support/guided_imagery_podcasts_descriptions.shtml

Veríssimo, C., & Moreira, I. (2004). Os cuidadores familiares/informais. Cuidar do doente idoso dependente em domicílio. *Pensar Enfermagem*, 8(1), 60-65.

Vieira, J., & Cruz, I. (n.d.). Produção científica de enfermagem sobre deficit no autocuidado banho/higiene: Implicações para a(o) enfermeira(o) de cuidados intensivos.

Vilaça, C., Barreiros, D., Galli, F., Borçari, I., Andrade, L. de, Goulart, M., Conceição, C, et al. (2005). O autocuidado de cuidadores informais em domicílio - percepção de académicos de enfermagem. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(2), 221-226.

World Health Organization [WHO]. (1986). The first International Conference on Health Promotion. Apresentado na The first International Conference on Health Promotion, Ottawa. Obtido de http://www.who.int/en/http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf

World Health Organization [WHO]. (1978). Declaration of Alma-Ata. Apresentado na International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, URSS. Obtido de http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf

World Health Organization[WHO]. (2006, Abril 5). International Diseases Classification 10. Obtido de <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>

Wynd, C. (1992). Relaxation imagery used for stress reduction in the prevention of smoking relapse. Obtido de <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=108&&sid=c7fa8212-a027-432d-bef6-13d851991dd4%40sessionmgr114&vid=11>

Yamada, K., Dellaroza, M., & Siqueira, J. de. (2006). Aspectos éticos envolvidos na assistência a idosos dependentes e seus cuidadores [versão electrónica]. *O mundo da saúde*, 30(4), 667-672.

APÊNDICES

Apêndice I - I parte do questionário

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DO CUIDADOR FAMILIAR PRINCIPAL

CUIDADOR INFORMAL FAMILIAR PRINCIPAL

1. Sexo:

1.1 Feminino 1.2 Masculino

2. Idade: ____ anos

3. Nacionalidade: _____

4. Estado Civil:

4.1 Solteiro.....

4.2 Casado(a)/ União de facto

4.3 Viúvo (a).....

4.4 Divorciado(a)/ Separado (a)

5. Nível de escolaridade

5.1. Nenhum

5.2. Ensino básico - 1.º ciclo.....

5.3. Ensino básico - 2.º ciclo.....

5.4. Ensino básico - 3.º ciclo.....

5.5. Ensino Secundário e pós-secundário

5.6. Ensino Superior

6. Actividade Profissional

6.1 Forças Armadas

6.2. Representantes do poder legislativo
e de órgãos executivos, dirigentes, directores
e gestores executivos.....

6.3. Especialistas das Actividades Intelectuais
e Científicas

6.3 Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio...

6.4 Pessoal Administrativo

6.5 Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e
segurança e vendedores.....

6.6 Agricultores e Trabalhadores Qualificados
da Agricultura e Pescas.....

6.7 Trabalhadores qualificados da indústria, construção
e artífices.....

6.8 Operadores de Instalações e Máquinas
e Trabalhadores da Montagem

6.9 Trabalhadores Não Qualificados.....

6.10 Pensionista/Reformado

6.11 Estudante.....

6.12 Desempregado

6.13 Outra

7. Grau de Parentesco:

7.1 Marido / Esposa

7.2 Filho / Filha.....

7.3 Nora / Genro.....

7.4 Irmã / Irmão

7.5 Outro

8. Coabitação actual com a pessoa dependente?

Sim Não

9. Qual o motivo da dependência?

10. Há quanto tempo é cuidador?

Apêndice II - Pedido de autorização para utilização do índice CADI pelo Professor
Doutor Carlos Sequeira

Pedido de autorização para utilização do índice CADI

andrea gomes <andreasofiagomes@gmail.com>

30 de Setembro de 2010 17:43

Para: Andreia Gomes <noni.sofia@gmail.com>

Boa tarde, Exm^o Sr. Prof. Carlos Sequeira.

O meu nome é Andreia Gomes e sou aluna do I Curso de Especialidade de Enfermagem Comunitária da ESEL.

Tomei a liberdade de o contactar uma vez que a minha orientadora é a Prof. Elisa Garcia que, desde já lhe digo, teceu muitos elogios ao seu trabalho na área do cuidador familiar, que também eu optei por trabalhar, pois na minha opinião muito trabalho há por fazer nesta área.

Assim, o título do meu projecto é "Capacitar os cuidadores familiares para cuidar em casa: em situação de dependência no autocuidado", a desenvolver entre Setembro e Fevereiro, do corrente ano. Pretendo contribuir para a capacitação dos cuidadores para cuidarem os seus familiares em situação de dependência no autocuidado, promovendo as suas capacidades para gerirem as dificuldades relacionadas com o cuidar em casa.

Desta forma e após a pesquisa bibliográfica efectuada, pareceu-me e á minha orientadora que a utilização da escala por si adaptada CADI, seria a que melhor resposta dava para alcançar os objectivos delineados neste projecto.

Envio então este mail por forma a que o Dr. seja conhecedor do trabalho que pretendo desenvolver, das minhas intenções e como forma de lhe fazer o pedido formal de autorização para utilização da escala anteriormente referida.

Estando sempre ao dispôr de um contacto seu, agradeço desde já a sua disponibilidade para com este assunto, fico a aguardar uma resposta da sua parte

Atentamente,

Andreia Gomes

tlm. 96 548 75 74

Apêndice III - Pedido de autorização e resposta do Professor Doutor Carlos Sequeira, à aplicação do índice CADI por telefone

De: Elisabete Braga <betacpbraga@gmail.com>

18 de Outubro de 2010 11:40

Para: Carlos Sequeira <carlos.quarteto@gmail.com>; noni.sofia@gmail.com

Boa dia Sr. Prof. Carlos Sequeira.

Nós, Elisabete Braga e **Andreia Gomes**, alunas a frequentar o Curso de Mestrado e Especialização em Saúde Comunitária da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL, Pólo Artur Ravara), encontramos-nos a desenvolver, no âmbito do 3º semestre, dois trabalhos que tem como objectivo contribuir para a obtenção do grau de especialista e que se intitulam " Capacitar os Cuidadores Familiares para gerirem factores de Sobrecarga relacionados com o cuidar em casa" e "Capacitar os cuidadores Familiares para Cuidar em casa, em situação de dependência no autocuidado"

Tendo já recebido a sua autorização para aplicação das Escalas de Sobrecarga e CADI, gostaríamos de saber a sua opinião acerca da sua aplicação via telefone, já que o número de cuidadores a que cada uma de nós vai aplicar é significativo (40 cuidadores) e disperso pelo concelho de Amadora que também tem características muito específicas.

Agradecendo desde já a sua resposta,
Atenciosamente,

Elisabete Braga e Andreia Gomes

Para: Elisabete Braga <betacpbraga@gmail.com>
Andreia Gomes <noni.sofia@gmail.com>

19 de Outubro de 2010 15:45

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Carlos Sequeira** <carlos.quarteto@gmail.com>

Data: 18 de Outubro de 2010 17:57

Assunto: Re: Aplicação da Escala Sobrecarga e Escala CADI

Para: Elisabete Braga <betacpbraga@gmail.com>

Caras Estudantes,

O CADI foi validado para ser preenchido na presença do cuidador. O procedimento quer em Portugal, quer no reino Unido foi esse.

O problema por telefone coloca-se ao nível da compreensão das questões.

Por isso, se optarem por fazer as entrevistas via telefone, certifiquem-se que a pessoa compreendeu bem o sentido das questões.

Cumprimentos e ao dispor,

Prof. Carlos Sequeira

Apêndice IV - Tabelas relativas à análise dos dados obtidos da II parte do questionário

Tabela 7- Dados obtidos a partir da análise da II parte do questionário

Dimensão	Item	Não acontece no meu caso	Acontece e não me perturba	Acontece e causa alguma perturbação	Acontece e perturba-me muito	total	Não aconteceu no meu caso	Acontece e não me perturba	Acontece e causa alguma perturbação	Acontece e perturba-me muito	total
Restrições Sociais	NãoTenhoTempoSuficienteParaMimPróprio	9	18	25	12	64	14,1%	28,1%	39,1%	18,8%	100,0%
	NãoConsigoDedicarTempoSuficienteÀsOutrasPessoasDaFamília	32	2	22	8	64	50,0%	3,1%	34,4%	12,5%	
	AfastaMeDoConvívioComOutrasPessoasEDeOutrasCoisas DeQueGosto	15	13	28	8	64	23,4%	20,3%	43,8%	12,5%	
	ChegaATranstornarAsMinhasRelaçõesFamiliare	39	2	17	6	64	60,9%	3,1%	26,6%	9,4%	
	NãoEstouComOsMeusAmigosTantoQuantoGostaria	14	22	20	8	64	21,9%	34,4%	31,3%	12,5%	
	NãoConsigoTerUmTempoDeDescansoNemFazerUnsDiasDeFérias	5	19	22	18	64	7,8%	29,7%	34,4%	28,1%	
AqualidadeDaMinhaVidaPiorou	12	6	28	18	64	18,8%	9,4%	43,8%	28,1%		
Reações ao cuidar	PorVezeSintoMeDeMaosAtadasSemPoderFazerNadaParaDominarASituação	24	1	27	12	64	37,50%	1,56%	42,19%	18,75%	100,00 %
	TrazMeProblemasDeDinheiro	10	3	32	19	64	15,63%	4,69%	50,00%	29,69%	
	NãoConsigoSossegarPorEstarPreocupadoComOsCuidadosAPrestar	21	5	26	12	64	32,81%	7,81%	40,63%	18,75%	
	EstaSituaçãoFazMeSentirCulpado	63	1	0	0	64	98,44%	1,56%	0,00%	0,00%	
Problemas relacionais	ApessoaDeQuemEuCuidoChegaAPorMeForaDeMim	46	1	10	7	64	71,88%	1,56%	15,63%	10,94%	100,00 %
	PorVezeAPessoaDeQuemEstouACuidarExigeDemasiadoDeMim	47	1	8	8	64	73,44%	1,56%	12,50%	12,50%	
	DeixouDeHaverOSentimentoQueHaviaNaMinhaRelaçãoComAPessoaCuidada	57	2	4	1	64	89,06%	3,13%	6,25%	1,56%	
	ApessoaCuidadaNemSempreAjudaTantoQuantoPoderia	54	3	7	0	64	84,38%	4,69%	10,94%	0,00%	
	EstaSituaçãoFazMeSentirIrritado	30	6	21	7	64	46,88%	9,38%	32,81%	10,94%	
	ApessoaCuidadaNemSempreDáValorAoQueFaço	57	1	5	1	64	89,06%	1,56%	7,81%	1,56%	
	OcomportamentoDaPessoaCuidadaCausaProblemas	50	2	8	4	64	78,13%	3,13%	12,50%	6,25%	
CuidarDessaPessoaNãoMeDáQualquerSatisfação	54	1	7	2	64	84,38%	1,56%	10,94%	3,13%		
Exigências do cuidar	ApessoaCuidadaDependeDeMimParaSeMovimentar	9	14	24	17	64	14,06%	21,88%	37,50%	26,56%	100,00 %
	DeixaMeMuitoCansadoFisicamente	6	4	26	28	64	9,38%	6,25%	40,63%	43,75%	
	ApessoaCuidadaNecessitaDeMuitaAjudaNosSeusCuidadosPessoais	5	12	32	15	64	7,81%	18,75%	50,00%	23,44%	
	AndoADormirPiorPorCausaDestaSituação	23	3	27	11	64	35,94%	4,69%	42,19%	17,19%	100,00 %
	AminhaSaúdeFicouAbalada	18	2	29	15	64	28,13%	3,13%	45,31%	23,44%	
	ApessoaCuidadaSofreDeIncontinência	16	20	23	5	64	25,00%	31,25%	35,94%	7,81%	
EstaSituaçãoEstáATranstornarMeOsNervos	32	5	20	7	64	50,00%	7,81%	31,25%	10,94%		
Apoio Profissionais	OsTécnicosDeSaúdeNãoFazemIdeiaDosProblemasQueOsCuidadores Enfrentam	43	5	11	5	64	67,19%	7,81%	17,19%	7,81%	100,00 %
	NãoReceboApoioSuficienteDosServiçosDeSaúdeEDosServiçosSociais	21	3	28	12	64	32,81%	4,69%	43,75%	18,75%	
Apoio Familiares	AsPessoasDaFamíliaNãoDãoTantaAtençãoComoEuGostaria	32	11	14	7	64	50,00%	17,19%	21,88%	10,94%	100,00 %
	AlgunsFamiliaresNãoAjudamTantoQuantoPoderiam	33	8	18	5	64	51,56%	12,50%	28,13%	7,81%	

Tabela 8- Percentagens parciais por dimensão do índice CADI

Dimensões CADI	Não acontece no meu caso (A)	Acontece e não me perturba (B)	Acontece e causa alguma perturbação (C)	Acontece e perturba-me muito (D)	Soma	Índice Perturbação = (C) + (D)
Restrições Sociais	28%	18%	36%	17%	100%	54%
Reacções ao Cuidar	46%	4%	33%	17		50%
Problemas Relacionais	77%	3%	14%	6%		20%
Exigências do Cuidar	24%	13%	40%	22%		62%
Apoio Profissional	50%	6%	30%	13%		44%
Apoio Familiar	51%	15%	25%	9%		34%

Tabela 9 - Medidas de tendência central aplicadas às dimensões do índice CADI

Id	Dimensão	Média	Desvio-Padrão	Mediana
A	Restrições Sociais	2	1,08	3
B	Reacções ao cuidar	2	1,19	2,5
C	Problemas relacionais	1	0,94	1
D	Exigências do cuidar	3	1,08	3
E	Apoio de profissionais	2	1,16	1,5
F	Apoio de Familiares	2	1,07	1

Apêndice V - Análise de conteúdo às entrevistas

Quadro 12- Análise de conteúdo às entrevistas

Dimensão (CADI)	Unidade Registo	Unidade Contexto
A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	autonomia / (in)dependência	E1- sim, acontece
		E2- Sim,...
		E3- sim, acho que sim...
	sentimento (de responsabilidade por..)	E2- ...Se não fossem eles a estarem presentes...em tudo dependem do familiar
		E3- ...conforme o nível de de dependência vai aumentando, o cuidador sente que é cada vez mais necessário para cuidar daquela pessoa
Deixa-me muito cansado fisicamente	cansaço físico	E1- acho que sim, elas verbalizam isso, manifestam esse cansaço
		E2- Sim, verifica-se
		E3- É óbvio que sim, eles confessam-nos isso
	manifestações físicas (tarefa exigente e contínua)	E2- estão normalmente mais cansados porque exige deles um esforço acrescido
		E2- são pessoas em principio já têm problemas de saúde e uma certa idade
		E3- Mesmo com outro suporte acabam por ficar as 24horas...a maior parte do peso físico
A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	dependência / autonomia	E1- sim, acontece
		E2- sim
		E3- sim, sim, sim
	dependência total nas AVD's para com os CF (cansaço, responsabilidade)	E2- a maior parte são totalmente dependentes...para a maioria das AVD's
		E2- ..é sempre o cuidador que tem esse encargo
		E3- quanto maior o nível de dependência nas AVD's maio o CF se sente cansado
Ando a dormir pior por causa desta situação	alteração do padrão de sono do CF	E1- sim, é-nos dito muitas vezes pelos familiares
		E2- sim, muitas vezes
		E3- sim, muitas vezes
		E2- Não consegue dormir durante a noite porque dormiu de dia, porque chama constantemente, passa a vida a interromper o sono do cuidador...
		E2- Acaba por não conseguir descansar porque o familiar chama, porque não estão descansados, estão preocupados
		E3- muitas vezes somos nós que questionamos porque vemos que a pessoa anda mais agitada, stressada, mais explosiva...
Esta situação está a transtornar-me os nervos	alterações no sistema nervoso (mais nervos; mais stress)	E1- claro...
		E2- sim, muitos deles
		E3- sim, sentem-se muito mais stressados
	esgotamento, cansaço, burnout, vergonha, sentimento de culpa	E1- com os CF que temos mais confiança... Há um desabafo...
		E2- Muitos sentem-se esgotados, porque já não conseguem "dar o máximo", implicam mais...
		E3- Parece que já não têm paciência,....

Quadro 13 - Análise de conteúdo às entrevistas (continuação)

Dimensão (CADI)	Unidade Registo	Unidade Contexto
A minha saúde ficou abalada	comprometimento da saúde do CF	E1- sim, parece-me que sim
		E2- sim
		E3- sim, fica abalada/descuidada
	CF subestimados, descuidados com a sua saúde/ bem-estar	E1- eles (CF) esquecem-se deles porque se centralizam no doente
		E1- Esquecem-se que estão doentes e que também precisam de ter cuidados com eles e com a sua própria saúde
		E2- o esforço físico que lhes acarreta, acaba por trazer mais transtornos e agravar os seus problemas de saúde ... Física pou psicológica, acaba por ficar alterada
		E3- dizem-nos muitas vezes...agora já não consigo ir ao médico, nem trato de mim... Tomam a 100% o papel do cuidador, já não vão ter com os amigos, ao café...
A pessoa de quem cuido sofre de incontinência (não controla as necessidades)	incontinência	E1- Sim, considero que sim
		E2- Sim, é uma das coisas que nós também constatamos
		E3- é de facto um peso muito grande para o CF
	Dificuldade na mobilização / colocação de fralda	E1- Acabam por transformar uma maior dificuldades para os CF por ser um altura em que dão mais atenção... Nós também insistimos para os riscos inerentes a esta situação
		E2- Muitos (CF) fazem alguma resistência quando queremos retirar a algália..porque é mais complicado, pelos gastos, por ter de mobilizar a pessoa cada vez que a pessoa urina/evacua
		E3- é o que é mais referenciam (os CF) ... Eles sentem muita responsabilidade... é a que mais pesa para o cansaço do cuidador

Apêndice VI - Diapositivos apresentados na I Sessão de Educação para a Saúde e plano de sessão

I Sessão de Educação para a Saúde

Promover a autonomia e independência da Pessoa a ser cuidada

Enfermeiras mestrandas:
- Andreia Gomes
- Elisabete Braga

Janeiro 2011

Finalidade da Sessão

- ▶ Apresentação dos resultados dos questionários
- ▶ Algumas estratégias promotoras da independência da pessoa a ser cuidada
 - Na Mobilidade
 - Na Eliminação
- ▶ Promover o convívio e a partilha de experiências entre os cuidadores

Dificuldades relacionadas com a mobilidade e dependência do familiar



“A pessoa cuidada depende de mim para se movimentar”



“A pessoa cuidada necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais”

Autonomia e Independência

▶ Autonomia



Capacidade de decidir em consciência

- “Eu decido...”
- “Eu escolho...”
- “Eu quero...”

Autonomia e Independência

▶ Independência no auto-cuidado



Sozinho ser capaz de:

- comer;
- beber;
- dormir;
- movimentar-se

Dependência

* Doença



* Acidente



* Deficiência

I Sessão de Educação para a Saúde

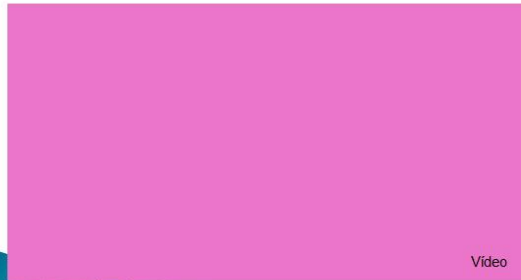
Necessidade:

- Movimento



7

Precauções na mobilização da pessoa dependente



Video

8

Mobilização na cama

> Posicionar de lado:



9

Necessidade de:

- Eliminação



10

Eliminação

- ▶ Algumas complicações que podem surgir por uso de fralda e por imobilidade associada:



11

Eliminação

- ▶ HIGIENE ÍNTIMA:
 - ▶ Fazer a higiene da "zona íntima".
 - ▶ Secar muito bem toda a pele.
 - ▶ Aplicar creme hidratante.
- ▶ Respeitar sempre a intimidade da Pessoa
 - ▶ Motivar a Pessoa

12

I Sessão de Educação para a Saúde

Mudança de Fralda



Vídeo

13

ATENÇÃO



- ▶ Diminuir a ingestão de líquidos nas últimas horas do dia...



- ▶ Ajudar e incentivar a ida ao WC, a horas certas e várias vezes/dia

14

Eliminação

- ▶ Incontinência:
 - Urinol, dispositivo urinário,
 - Bacio alto, arrastadeira.



15



QUESTÕES

16

Certo ou errado?

- Qual a melhor forma para levantar uma pessoa com dificuldade em mover-se?



17

Certo ou errado?

- No caso do utente conseguir-se deslocar, ainda que com ajuda, qual o melhor modo de actuar?



18

I Sessão de Educação para a Saúde

PATROCINADORES



sumol+compal
É da nossa natureza.



Brio
supermercado biológico



Pastelaria Lindoia



BLVA
Banco Local de Voluntariado da Amadora



Soraia
Photography

19

Obrigada!

20

PLANO DE SESSÃO DA 1ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Data: 22/01/2011		População Alvo: Cuidadores Familiares		
Hora: 14h30		Local: Sala de reuniões da UCC Amadora+		
Duração: 01h00		Material: Computador, Projector, diapositivos		
Título: “Promover a autonomia e independência da pessoa cuidada”				
	Actividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objectivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	2 min	
Desenvolvimento	Divulgação de parte dos resultados dos questionários (dificuldade mais sentida pelos CF) Conceito de Autonomia e Independência Importância e necessidade de “Movimento”: - Precauções na mobilização da pessoa dependente: - Video sobre técnica de mobilização no leito Importância e necessidade de “Eliminação” - Complicações da eliminação - Como fazer a higiene íntima correctamente - Video sobre técnica de mudança de fralda no leito Partilha de experiências entre CF e equipa de saúde	Expositivo (Powerpoint e Video) Interrogativo	13min	Participação activa dos CF
Conclusão	Dar sugestões facilitadoras do dia-a-dia dos CF no cuidado aos familiares dependentes	Interrogativo	15 min	Análise das respostas à Ficha de Avaliação da sessão

Apêndice VII - Guia Útil para Cuidadores Familiares de Pessoas Dependentes em Casa

GUIA ÚTIL PARA CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS DEPENDENTES EM CASA

A Equipa dos Cuidados Continuados do ACES Amadora está ao seu dispor sempre que de nós necessitar. Sintam-se como parceiros nesta sua luta diária, juntos caminharemos, para que no final, possamos congratular-nos pelos resultados obtidos.

Contactos Importantes:

- CÂMARA MUNICIPAL DA AMADORA: 214444010
- CRUZ VERMELHA PORTUGUESA: 200044040
- LINHA AMASÉNIO: 214440010
- LINHA DO CIDADÃO IDOSO: 20002221
- SECURANÇA SOCIAL AMADORA: 214444000
- UNC AMADORA: 214444010
- OUTROS: _____

SEDE da UCC
Praça Conde Louçã
Damas
8700-181 Amadora
Telófonos: 21 990 85 10
Fax: 21 990 85 08

Guia Útil
para Cuidadores Familiares
de Pessoas Dependentes em Casa



Elaborado por André Gomes e Elisabete Braga, alunos do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária.







Janeiro 2011

7. RECURSOS NA COMUNIDADE

- Rede Nacional de Cuidados Continuados:**
 - Equipa Cuidados Continuados Integrados
 - Unidades de Internamento
 - Unidades de Ambulatório
- Serviço de Apoio Domiciliário:**
 - Higiene
 - Alimentação
 - Limpeza
 - Tratamento de roupas
 - Reparações em casa
- Recursos Sociais:**
 - Centro de convívio;
 - Centro de dia;
 - Lar de idosos.

- Participar nos acontecimentos familiares e no dia-a-dia da família
- Proporcionar o contacto e companhia de amizades antigas e outras;
- Utilizar roupas confortáveis, fíceis de vestir (com velcro, fechos)
- Incentivar actividades que melhorem a auto-estima (maquillar, barbear, olhar-se ao espelho)


7. RECURSOS NA COMUNIDADE

Serviços:

- Telealarme**
Serviço destinado a prestar apoio a idosos ou pessoas em situação de risco e/ou isolamento.
- Linha do Cidadão Idoso** informa sobre:
 - Direitos e benefícios na Saúde;
 - Habituação;
 - Equipamentos e serviços;
 - Tempos Livres.
- Linha Amasénio:**
Linha de apoio médico a idosos portadores do cartão Amadora 65+ em horário definido.


Este manual foi criado para si, que tem a árdua tarefa de cuidar, cuidar de sobre 24 horas por dia, de um ente querido. Esperamos que os benefícios que possa retirar deste guia sejam úteis para ambos. Nela encontrarão aspectos muito importantes que pode utilizar no seu dia-a-dia e que foram abordados nas sessões a Vós destinadas.



“... preciso aprender que tenho que primeiro cuidar de mim antes de desajar ser o anjo da guarda de alguém”
(Roxilly Cavalcanti)

1. ALGUMAS ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA INDEPENDÊNCIA E AUTONOMIA DA PESSOA CUIDADA

- Estimular o seu interesse por acontecimentos recentes e actuals;
- Promover um ambiente que favoreça a colaboração da pessoa;
- Estimular o lado afectado;
- Promover um ambiente seguro em casa.

- Colocar a fralda limpa, com a tona dos adesivos na região da cintura, enrolada sobre si mesma
- Rodar a pessoa novamente de barriga para cima e depois para o lado do cuidador
- Retirar a fralda suja e ajustar a limpa
- Ajustar os elásticos entrepernas, já com o familiar de barriga para cima, e colar os adesivos



7. RECURSOS NA COMUNIDADE

Produtos de Apoio existentes:

- Camas articuladas
- Colchões de pressão alterna e outros
- Cadeiras de rodas
- Canalinas
- Andarilhos...

Exemplos de produtos de compra:

- Copos ergonómicos
- Talheres flexíveis
- Rebordo de prato
- Calçadeiras articuladas
- Abotoadeiras.

ÍNDICE








1. Algumas Estratégias Promotoras da Independência e Autonomia da Pessoa a Ser Cuidada	4
2. Mobilização da Pessoa Dependente	7
3. Prevenção da Mobilização	9
4. Eliminação da Pessoa Dependente	11
5. Higiene Intima	15
6. Mudança da Fralda	19
7. Recursos da Comunidade	16

6. MUDANÇA DA FRALDA

- Colocar o familiar de barriga para cima
- Enrolar a fralda e pôr debaixo da perna mais afastada
- Colocar o familiar de lado, seguindo as recomendações das mobilizações e enrolar a fralda suja

2. MOBILIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

- O ideal é sempre apelar à Autonomia e Independência
- Mesmo pessoas acamadas ainda podem ter alguma capacidade de evolução
- É necessária uma avaliação conjunta com os profissionais de saúde, sobre as capacidades que o seu familiar tem ou pode vir a ter

GUIA ÚTIL PARA CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS DEPENDENTES EM CASA

1. ALGUMAS ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DA INDEPENDÊNCIA E AUTONOMIA DA PESSOA CUIDADA

- ✓ Motivar ao máximo a sua colaboração na realização de tarefas que consiga concretizar. 
- ✓ Ajudar a executar tarefas em que tenha mais dificuldade. 
- ✓ Dar-lhe opções de escolha. 
- ✓ Estimular a capacidade intelectual. 

7. RECURSOS NA COMUNIDADE

- Recursos Económicos:
 - ✓ Complemento Solidário para Idosos
 - ✓ Complemento por dependência
 - ✓ Cartão Amadora 65+
- Equipamentos e materiais de alugar ou empréstimo:
 - ✓ Câmara Municipal da Amadora;
 - ✓ Cruz Vermelha;
 - ✓ Segurança Social;
 - ✓ Juntas de Freguesia;
 - ✓ IPSS;
 - ✓ UCC Amadora+



2. MOBILIZAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

- ✓ Se não houver contra-indicação, incentive o seu familiar a alternar períodos entre a cama e o cadeirão.  
- ✓ Pretende-se que todas as pessoas sejam o mais independentes e autónomas possível na sua vida.  

8. HIGIENE ÍNTIMA

- Lavar sempre da parte da frente para a parte de trás, ou seja, da parte mais limpa para a mais suja, para evitar as infeções urinárias
- Secar muito bem toda a pele, evitando lesões e aparecimento de fungos
- Aplicar creme hidratante, para estimular a circulação, sendo houver feridas.
- Vigiar a pele, qualquer alteração informar equipa de saúde
- Felicitar pela colaboração

Para proporcionar mais tempo de repouso ao Cuidador e à pessoa cuidada:

- ✓ Diminuir a ingestão de líquidos nas últimas horas do dia. 
- ✓ Ajudar e incentivar a ida ao WC, a horas certas e várias vezes ao dia, desde que a situação clínica o permita. 
- ✓ No caso de necessitar realmente de fraldas, é muito importante ter cuidados especiais no momento da mudança. 

5. PRECAUÇÕES NA MOBILIZAÇÃO

- ✓ Segurar sempre pelas proeminências ósseas com a palma da mão aberta - Omoplatas, - Anca, - Joelhos. 
- ✓ Não arrastar na cama mas sim rodar a pessoa. 
- ✓ Afastar as pernas para ter maior base de apoio e joelhos flectidos. 

3. NÃO FAZER APOIO EM ANAS COM FERIDAS

- ✓ Não fazer apoio em zonas com feridas. 
- ✓ Manter sempre as costas direitas do cuidador. 
- ✓ Manter o alinhamento da coluna da pessoa cuidada. 

4. ELIMINAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

- ✓ A "higiene íntima" e a colocação de fraldas são tarefas básicas mas que podem tornar-se muito complicadas se a pessoa for dependente.
- ✓ Algumas complicações pelo uso da fralda e por imobilidade:
 - Erupções cutâneas 
 - Úlceras de Pressão 
- ✓ Alternativas à utilização de fralda.   

Apêndice VIII - Modelo de Registro de Atendimento Telefônico



Atendimento telefónico

Registo dos contactos telefónicos realizados aos profissionais da UCC
 Período de aplicação: 31 Jan de 2011 – 4 Março 2011

Data e hora	Identificação	Motivos do telefonema	Resultado
__/__/2011 __h__m	Utente: _____ Quem contactou: _____ <input type="checkbox"/> Utente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Parceiro <input type="checkbox"/> Outro Quem atendeu: _____ <input type="checkbox"/> Telefone fixo <input type="checkbox"/> Telemóvel	Principal: _____ _____ Outros assuntos: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Resolvido <input type="checkbox"/> Encaminhado <input type="checkbox"/> Em resolução <input type="checkbox"/> Outro Como? (resposta obrigatória) _____ _____ _____
__/__/2011 __h__m	Utente: _____ Quem contactou: _____ <input type="checkbox"/> Utente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Parceiro <input type="checkbox"/> Outro Quem atendeu: _____ <input type="checkbox"/> Telefone fixo <input type="checkbox"/> Telemóvel	Principal: _____ _____ Outros assuntos: _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> Resolvido <input type="checkbox"/> Encaminhado <input type="checkbox"/> Em resolução <input type="checkbox"/> Outro Como? (resposta obrigatória) _____ _____ _____

Apêndice IX - Actividades intermédias para implementação do Modelo de registo telefónico

Quadro 14- Atividades intermédias para a implementação do Modelo de Registo Telefónico

Activiades Planeadas	Concretizadas	Pendentes
Identificação dos conteúdos a incluir no modelo	√	
Elaboração do modelo da folha de registo	√	
Partilha de informação	√	
Recolha de sugestões de colegas da ECCI para eventuais remodelações	√	
Remodelação da folha de registo	√	
Pedir o parecer ao Coordenador da ECCI	√	
Implementação do modelo numa fase teste	√	
Análise dos dados obtidos no período experimental	√	

Apêndice X - Diapositivos apresentados na II Sessão de Educação para a Saúde e plano de sessão

II SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

U
C
C
Amadora

I Curso de Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa



LHAR POR MIM

Projecto de Intervenção Comunitária

Enfermeiras:
Andreia Gomes
Elisabete Braga

Fevereiro 2011

FINALIDADE DA SESSÃO

- Continuação da divulgação dos resultados dos questionários
- Conselhos para melhorar a Saúde e Bem-Estar dos Cuidadores Familiares
- Exercícios de Relaxamento
- Continuação da partilha de experiências entre cuidadores e equipa de saúde

Dificuldades Relacionadas com a Saúde e Bem-Estar do Cuidador

-  “Deixa-me muito cansado fisicamente”
-  “Ando a dormir pior por causa desta situação”
-  “A minha saúde ficou abalada”
-  “Esta situação está a transtornar-me os nervos”

CONSELHOS PARA MELHORAR A SUA SAÚDE E BEM-ESTAR





Saúde e Bem-Estar



Cuidar De Si M

- M a n t e e r s a u d e e b e m e s t a r
- P e n s a r / v i v e r 1 d i a d e v i d a
- M a n t e r o h u m o r



Cuidar De Si M

- ▶ D o r m i r i c i e n t e
- ▶ F e l i c i t a r l o b o m t r a b a l h o
- ▶ “ T i r a r t e m p o ” p a r a f a z e r



II SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Cuidar De Si

➤ Exemplos de algumas técnicas de RELAXAMENTO:

- Respiração profunda e calma
- Técnica da visualização
- Usar palavras-chave
- Exercícios de relaxamento



7

Relaxamento



Video



Questões

9

Patrocinadores



PASTELARIA LINDOIA



10

Obrigada a todos!!!

11

PLANO DE SESSÃO DA 2ª SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Data: 04/02/2011	População Alvo: Cuidadores Familiares
Hora: 14h30	Local: Sala de reuniões da UCC Amadora+
Duração: 20minutos	Material: Computador, Projector, diapositivos
Título: “Promover o Bem-Estar e a Saúde do CF”	

	Actividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objectivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	2 min	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> - Continuação da divulgação dos resultados dos questionários (2ª dificuldade mais sentida) - Conselhos para melhorar a sua saúde e bem-estar: - Importância de cuidar de si mesmo - Continuação da partilha de experiências entre CF e equipa de saúde 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>	11 min	<p>Participação activa dos CF</p> <p>Aplicação e análise da fichade avaliação da sessão</p>
Conclusão	Agradecimentos	Interrogativo	2 min	

Apêndice XI - Folheto "Exercícios de alongamento e relaxamento para Cuidadores Familiares"

Apêndice XII - Tradução e adaptação de texto para sessão de Relaxamento

Técnica de relaxamento rápida em 6 minutos (adaptada)

Vamos começar por uma técnica de relaxamento simples e rápida que vos pode ajudar em momentos de stress. É importante que estejam bem sentados, confortáveis, que se sintam bem. Vamos então fechar os olhos, colocar as mãos sobre a barriga, e começar a respirar lenta e profundamente.... Fazendo entrar o ar pelo nariz (fazer) e soltá-lo lentamente pela boca (fazemos) ... Isso...mesmo... Continuamos.... (fazemos) ... uma vez mais (fazemos) ... Concentrem-se na respiração

Pouco a pouco sintam o corpo e a mente mais relaxados, Agora quero que imaginem uma praia, Uma praia extensa, muito bonita, Talvez uma praia que recordem, que viram no passado e que foi especialmente agradável e relaxante para vós....uma praia tranquila. Ou talvez apenas uma praia onde gostariam de estar...Imaginem que estão nessa praia, num dia solarengo, sopra uma brisa muito suave e... está muito agradável.... Observem tudo à vossa volta, o que vos rodeia, tudo o que podem ver....

A forma da areia, As cores.... A cor do céu e da água..... Podem ver o movimento das ondas, Esse movimento rítmico de vai e vem, de vai e vem..... como a respiração...

Notem também.... os sons.... Que podem escutar, O som da água.... Do oceano.... Podem escutar cada onda, E sintam o vosso corpo que está com uma temperatura bem agradável, banhado pela luz do sol. Notem a temperatura do vosso corpo, ... agradavelmente quente....

Talvez possam dar um mergulho relaxante nesta praia ou não...mas... se gostam de se banhar na água, talvez sintam ligeiramente o sabor a sal nos lábios. Que magnífico!

Podem também começar a caminhar pela areia ... passeando,...vendo o que vos rodeia, tranquilamente...

há um ponto em que podem ver... um par de pequenas gaivotas, voando ao longe no horizonte, sobre o mar... olhem de novo para o horizonte... longe...

Agora vou pedir-vos que ponham a vossa mão direita na areia quente e apanhem um bocado de areia... podem sentir como muda a temperatura da vossa mão... Vão soltando lentamente esta areia e observem como cai. Dêem-se conta de que enquanto a observam, estão cada vez mais e mais tranquilos... mais tranquilas.

Uma vez feito isto, vou pedir-vos que relembrem tudo aquilo que vos relaxou nesta praia... e fixem a vossa atenção... naquilo que mais gostaram, no que mais vos relaxou, no que foi mais importante para vós... por exemplo o movimento ou o som da água, a sensação de calor em todo o corpo... desfrutem um pouco mais deste relaxamento enquanto a vossa tensão descansa naquilo que é agradável para vós e podem pensar... “que bem que me sinto...que agradável é estar aqui... que relaxante...

Desfrutem desta praia e preparem-se para se irem despedindo...sabendo com certeza que a vossa mente tem capacidade de vos relaxar em mais ocasiões podendo regressar a este lugar eterno, de segurança e tranquilidade mais vezes... trazendo-vos belas sensações

Agora... preparem-se para abrir os olhos ligeiramente ...1,2,3, abram os olhos e notem como se sentem mais calmos, mais confiantes e serenos, permitindo-vos seguir o vosso ritmo de vida tal e como desejam.

(texto traduzido e adaptado de Xaran Diaz, psicólogo espanhol, disponível em
www.youtube.com/watch?v=HUXEeHP15S8

Apêndice XIII - Exemplos de pedidos de Patrocínio e de algumas respostas obtidas

Participação no projecto de intervenção comunitária no concelho da Amadora

(JUMBO, BAYER, SUMOL, PARMALAT, NESTLÉ, EDOL, TENA, PASTELARIA LINDÓIA E SORAIA FOTOGRAFIA)

andrea gomes <noni.sofia@gmail.com>

14 de Janeiro de 2011 14:41

Para: "Sumol e Compal Marcas, S.A." <vanessa.rodrigues@sumolcompal.pt>

Cc: Elisabete Braga <betacpbraga@gmail.com>

Exm^{os} Srs.

Somos um grupo de Enfermeiras (2), a frequentar a Especialidade e Mestrado em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a desenvolver um projecto de intervenção comunitária, na Unidade de Cuidados na Comunidade Amadora+, sediada na Damaia mas que presta cuidados a todo o concelho da Amadora.

O projecto em execução direcciona-se para os Cuidadores Familiares de pessoas dependentes, em contexto domiciliário, sendo que após um diagnóstico de situação, encontramos-nos neste momento na fase de implementação de actividades. Assim, propusemo-nos organizar duas sessões informativas/formativas, para a população acima referida (estimando-se a participação entre 10-20 cuidadores/sessão), que decorrerão nos dias 22/Janeyiro/2011 e 05/Fevereiro do mesmo ano, nas instalações da UCC.

Considerando que a Vossa empresa detém grande prestígio junto da população em geral e é reconhecida pela certificação de qualidade, não só dos vossos produtos mas também pelo carácter de solidariedade (interna e externa) e preocupação demonstrada ao nível da Saúde e Bem-estar da Comunidade, enviamos este mail, a convidar V. Ex^{as} a participar neste nosso projecto, através do vosso patrocínio, com oferta de géneros alimentares que contribuam para o "lanche/convívio saudável" que pretendemos, oferecer no final das sessões, nomeadamente sumos, copos de uso único, ou disponibilização de alguma verba, colaborando assim para a divulgação dos vossos produtos/serviços junto da população.

Crentes que este convite será aceite,
Aguardamos brevemente uma resposta
Atenciosamente,

Andreia Gomes
Elisabete Braga

Contactos:

Enfermeiras:

Andreia Gomes - Tel. 96 548 75 74

Elisabete Braga- Tel. 91 658 24 87

UCC Amadora+

Praceta Conde Lousã

Damaia

2720-122 Amadora

Telefone: 21 490 62 10

Fax – 21 490 62 26

Responder

"SAC, Serviço ao Consumidor, LISBOA, Serviço Consumidor"
<FaleConnosco@pt.nestle.com>
Para: noni.sofia@gmail.com

19 de Janeiro de
2011 09:37

Exma Senhora Andreia Gomes,

Agradecemos o seu e-mail, assim como o interesse demonstrado pelos nossos produtos.

Lamentamos, no entanto informar que não nos será possível aderir à sua solicitação, dado que já não dispomos de verbas nem géneros para patrocínios.

Na eventualidade de necessitar de algum esclarecimento adicional sobre esta ou outra questão, teremos todo o gosto em dialogar consigo através da nossa linha **Nestlé Serviço ao Consumidor 800 203 591** nos dias úteis entre as 08:30 e as 18:30, ou se preferir, poderá sempre contactar-nos através do nosso e-mail - faleconnosco@pt.nestle.com.

Sempre ao seu dispor, e certos da sua compreensão para o exposto, apresentamos os nossos melhores cumprimentos.

Sílvia Carvalho

Nestlé Portugal. Sa
Nestlé Serviço ao Consumidor

R. Alexandre Herculano, 8
2799-546 Linda-a-Velha

[Tel:808 203 591](tel:808203591)
Fax: 214143700

[Email:faleconnosco@pt.nestle.com](mailto:faleconnosco@pt.nestle.com)

Apêndice XIV - Modelo do Cartão SIGA 7



Cartão Prioritário do Cuidador Familiar principal | ACES VII Amadora

Unidade de Saúde

Número SNS

Nome:

Médico de Família:

Nome da pessoa dependente:

Apêndice XV - Regulamento do Cartão SIGA 7

Agrupamento de Centros de Saúde VII Amadora

CARTÃO DE ACESSO PRIORITÁRIO AOS CUIDADOS DE SAÚDE DO CUIDADOR FAMILIAR

PRINCIPAL

- CARTÃO SIGA 7 -

REGULAMENTO

Preâmbulo

O envelhecimento da população, associado à dependência da pessoa idosa e da pessoa em fim de vida, contribuiu para um aumento acentuado do número de cuidadores familiares. O risco de morbilidade e mortalidade, relacionados com o papel de cuidador, e a necessidade de permanência no domicílio junto da pessoa cuidada justificam a identificação e reconhecimentos dos cuidadores familiares como grupo prioritário.

A qualidade dos cuidados prestados pelo cuidador familiar depende em muito do seu bem-estar. Ser cuidador é um serviço que, para além de ser física e psicologicamente desgastante, acarreta enormes dificuldades na gestão do tempo pessoal.

A presente proposta de cartão de acesso prioritário surgiu no âmbito dos projectos de intervenção comunitária sobre a “Capacitação dos familiares cuidadores da pessoa em situação de dependência, em contexto domiciliário”, desenvolvidos durante o estágio de Enfermagem Comunitária e da Família, do I Curso de Pós Licenciatura e Mestrado na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pelas enfermeiras mestradas Andreia Gomes, Elisabete Braga e Vanessa Machado.

Artigo 1.º

Denominação

O cartão Siga 7 do Agrupamento de Centros de Saúde VII Amadora tem como destinatários os cuidadores familiares principais a cuidar, em contexto domiciliário, de pessoas dependentes inscritas no Agrupamento de Centros de Saúde VII Amadora.

Artigo 2.º

Emissão

1. O cartão Siga 7 é emitido pelo Agrupamento de Centros de Saúde VII Amadora a título gratuito.
2. O cartão Siga 7 é emitido em nome do titular, é pessoal e intransmissível.

Artigo 3.º

Definição de cuidador familiar

1. O cartão é um documento emitido pelo Agrupamento de Centros de Saúde VII Amadora que pretende conceder acesso prioritário no atendimento dos cuidadores familiares principais nas suas unidades de saúde.
2. No presente regulamento, o cuidador familiar é definido como o membro da família ou reconhecido pelo utente como tal, não remunerado, responsável pela prestação dos cuidados e que realiza a maior parte dos mesmos.
3. O cuidador familiar principal é identificado pela família e Equipa multidisciplinar de saúde.
4. Numa fase inicial, o cartão é entregue aos cuidadores familiares de utentes inscritos na UCC Amadora +, de 11 Outubro a 15 de Outubro de 2010, que prestem cuidados directos e com domínio da língua portuguesa (população alvo dos projectos supracitados).

Artigo 4.º

Validade

1. O cartão é válido quando timbrado com carimbo oficial da UCC Amadora + ou USF.
2. O cartão é válido a partir do momento em que é adquirido.
3. O cartão é válido nas instituições de saúde do ACES VII Amadora.
4. Critérios de cessação de validade:
 - a. término da prestação de cuidados pelo cuidador familiar principal por:
 - i. recuperação da independência nas actividades de vida diária do utente
 - ii. óbito do utente
 - b. utilização fraudulenta por terceiros.
5. A verificação da validade é efectuada pela Equipa multidisciplinar de saúde, responsável pelo utente e cuidador:
 - a. ECCI, no caso de utentes inscritos na UCC Amadora +
 - b. USF, no caso de utentes inscritos nas mesmas.

Artigo 5.º

Benefícios

O cuidador familiar principal usufrui de prioridade no acesso ao atendimento na sua unidade de saúde do ACES VII Amadora.

Artigo 6.º

Normas de utilização

Consoante o funcionamento próprio de cada centro de saúde, o cuidador familiar deve retirar senha de vez, dirigir-se ao guichet de atendimento, entregar o seu cartão de utente do SNS e o cartão Siga 7, e aguardar chamada. Esta senha tem o objectivo prático de estabelecer ordem entre os cuidadores, no caso de acederem ao mesmo serviço mais do que um cuidador simultaneamente. Pode ser solicitada um documento de identificação pessoal como comprovativo.

Artigo 7.º

Omissões ao regulamento

Os casos omissos do presente regulamento serão analisados e deliberados pelo Conselho Clínico do ACES VII Amadora.

Artigo 8.º

Entrada em vigor

O presente regulamento entra em vigor no dia da sua publicação.

Amadora, ____ de _____ de 2011

Presidente do Conselho Clínico dos ACES Amadora VII

Apêndice XVI - Actividades intermédias para implementação do Cartão SIGA7

Quadro 15 - Actividades Intermédias para implementação do Cartão SIGA7

Actividades planeadas	Concretizadas	Pendentes
Identificação dos CF por unidade de saúde (Reboleira/ Buraca)	√	
Elaboração do Regulamento do Cartão	√	
Criação do modelo do Cartão	√	
Dados a incluir no Cartão	√	
Envio de carta ao Conselho Clínico do ACES para autorização da implementação do cartão	√	
Obtenção da resposta do Conselho Clínico		Em aprovação
Contacto telefónico com responsável administrativo das Unidades de Saúde		
Envio de convocatória às Unidades de saúde para reunião de para apresentação do cartão e do Modelo de monitorização de utilização do cartão		
Realização de reunião para apresentação do cartão e do Modelo de monitorização de utilização do cartão: - com pessoal da ECCI - com pessoal administrativo de cada Unidade de Saúde		
Distribuição do Modelo a ser preenchido pelos administrativos		
Informação aos CF visados sobre o início desta actividade		
Distribuição dos folhetos nas Unidades de Saúde e aos CF visados		
Recolha e análise dos dados obtidos pelo preenchimento do Modelo pelas Unidades de Saúde		

Apêndice XVII - Proposta de Acesso Prioritário para Cuidadores Familiares,
enviado ao Conselho Clínico do ACES Amadora VII

Exmo. Senhor Presidente do Conselho Clínico
do Agrupamento de Centros de Saúde VII Amadora

Lisboa, 5 de Janeiro de 2010

ASSUNTO: Proposta de reconhecimento dos familiares cuidadores como grupo prioritário e criação de um cartão de prioridade na acessibilidade aos Cuidados de Saúde prestados pelo ACES VII Amadora.

No âmbito do estágio de Enfermagem Comunitária e da Família, do I Curso de Pós Licenciatura e Mestrado na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estão a ser desenvolvidos três projectos em Cuidados Continuados, na UCC Amadora+, pelas enfermeiras mestradas Andreia Gomes, Elisabete Braga e Vanessa Machado.

O foco de intervenção destes projectos incide na área da Capacitação dos Familiares Cuidadores Principais para cuidar, em contexto domiciliário, em três vertentes distintas: Dificuldades sentidas, Gestão de factores de sobrecarga e Final de vida. A população alvo são Familiares Cuidadores de pessoas dependentes, em contexto domiciliário, inscritas e assistidas pela ECCI, da UCC Amadora +, de 11 de Outubro a 24 de Novembro de 2010.

Neste sentido, foram aplicados três instrumentos de colheita de dados, testados e validados para a população e língua portuguesa, a CADI - índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (Sequeira, 2010), a ESC - Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2007) e a QASCI - Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal (Martins, Ribeiro, Garrett, 2003). Dos resultados obtidos, constatou-se que o grupo de cuidadores identifica a prestação de cuidados ao seu familiar dependente em casa como um factor negativo para a sua saúde física e psicológica. Para além disso, sente que o seu familiar depende quase exclusivamente do próprio cuidador com fortes implicações na gestão do tempo.

Estes resultados coincidem com a experiência profissional da Equipa de Cuidados Continuados que na sua prática diária comprovam, por um lado, a importância da permanência dos cuidadores junto do seu familiar e por outro lado, as dificuldades na acessibilidade aos cuidados de saúde.

Desta forma, com conhecimento da Enfermeira Coordenadora da UCC Amadora +, Enf.^a Maria João Bernardo, serve a presente carta para propor a identificação e reconhecimento dos Familiares Cuidadores Principais dos utentes com critérios de ECCI, assistidos pela Equipa de Cuidados Continuados da UCC Amadora + e a criação do cartão de prioridade à acessibilidade aos cuidados de saúde. Numa fase inicial, sugere-se a utilização do cartão pelo grupo de Familiares Cuidadores que integram os projectos acima referidos, num total de 72 utentes, que funcione como grupo-piloto.

A promoção desta actividade contribui ainda para a concretização do objectivo de melhorar a acessibilidade dos utentes aos Cuidados de Saúde como consta do actual Plano de Acção de Desempenho do ACES.

Devido à necessidade imprescindível de avaliação da intervenção comunitária, prevista na metodologia de planeamento em saúde, e pelos constrangimentos de tempo relativos à duração do estágio, seria importante criar e distribuir o Cartão no prazo de duas semanas pelo que se pede deferimento urgente.

Para consulta mais aprofundada dos projectos em execução, os trabalhos encontram-se disponíveis na UCC Amadora +.

Sem outro assunto de momento e solicitando a maior atenção para com este assunto,

Atentamente,

_____ (Andreia Gomes)

_____ (Elisabete Braga)

_____ (Vanessa Machado)

Apêndice XVIII - Apoios necessários para os Cuidadores Familiares

Gráfico 8 - Distribuição das necessidades de apoio dos CF para a I sessão EpS

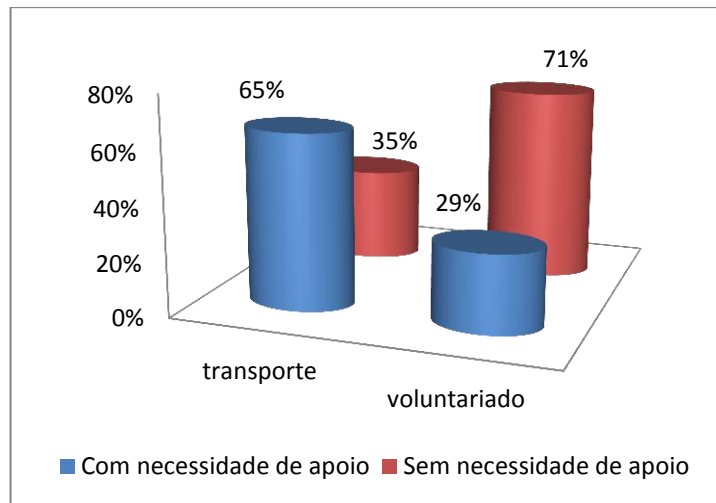
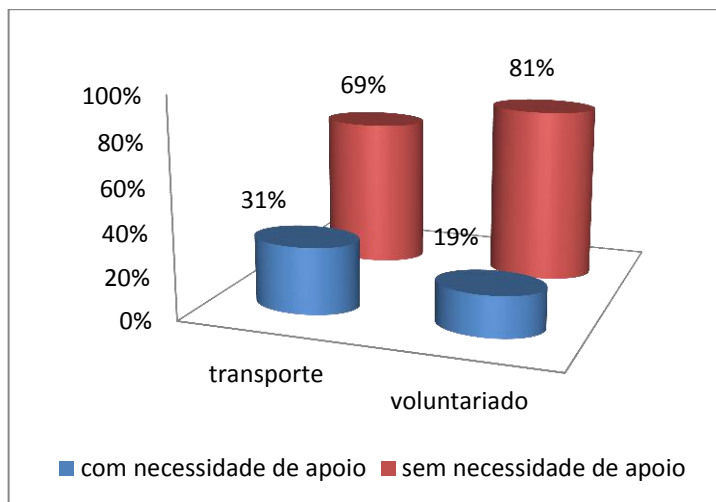


Gráfico 9 - Distribuição das necessidades de apoio dos CF para a II sessão EpS



Apêndice XIX- Pedido de transporte à Câmara Municipal da Amadora

Exmº. Sr. Vereador da

Camãra Municipal da Amadora

Eduardo Rosa

Bom dia.

Somos um grupo de enfermeiras da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa- Pólo Artur Ravana a frequentar o Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem Comunitária e encontramos-nos neste momento a realizar o estágio de Intervenção Comunitária na Ucc Amadora + com sede na Damaia. Propusemo-nos a realizar a nossa intervenção nos Cuidados Continuados, mais especificamente direccionada para os Cuidadores Familiares de pessoas dependentes no domicilio.

De entre algumas das intervenções que nos propusemos a realizar para dar resposta aos projectos, duas delas seriam a realização, em momentos distintos, de sessões de Educação para a Saúde acerca das estratégias que promovem a independência da pessoa cuidada e esclarecimento acerca dos recursos materiais ("ajudas técnicas") e económicos existentes na comunidade. Pretendemos também criar aqui um momento de partilha /lazer entre as pessoas que participarem.

É do nosso conhecimento que estes cuidadores são pessoas com poucos recursos económicos e também pouca disponibilidade de tempo, portanto vinhamos desta forma solicitar a colaboração da Câmara Municipal da Amadora no sentido de facultar transporte a estes utentes.

Estamos a pensar agendar estas sessões para os dias 22 de Janeiro e 5 de Fevereiro pelas 14h na UCC Amadora + (Damaia) e para facilitar acesso, marcava-se um "ponto de encontro" nas diferentes freguesias para o autocarro transportar os cuidadores familiares.

Aguardamos por uma breve resposta.

Atenciosamente,

Andreia Gomes

Elisabete Braga (contacto- 916582487)

Vanessa Machado (contacto- 916272026)

Apêndice XX - Pedido de voluntariado ao BLVA

Boa tarde Dra. Sandra,

chamo-me Vanessa, sou enfermeira, e encontro-me a desenvolver um projecto comunitário no Centro de Saúde da Amadora (Unidade de Cuidados na Comunidade), sobre capacitação de cuidadores familiares da pessoas em fim de vida. Em Dezembro, conhecemo-nos pessoalmente no Gabinete de Acção Social, na Brandoa.

Em simultâneo com o meu projecto, estão em desenvolvimento outros dois projectos na mesma área, por duas colegas do mesmo grupo. Após diagnóstico de situação, foram planeadas várias intervenções, entre as quais duas sessões de Educação para a Saúde, para dia 22 de Janeiro e 5 de Fevereiro, à tarde.

As sessões têm como tema as estratégias que promovem a independência da pessoa cuidada e esclarecimento acerca dos recursos materiais ("ajudas técnicas") e económicos existentes na comunidade. Pretendemos também criar aqui um momento de partilha/lazer entre as pessoas que participarem.

Consegue estimar quantos voluntários conseguiria, no máximo, para esses dias? Nos próximos dias, contactaremos os cuidadores para averiguar possibilidade de outros familiares ou vizinhos poderem ficar com as pessoas dependentes, mas para avançarmos com o projecto, precisamos saber se haveria algum apoio voluntário disponível.

Aguardamos por uma breve resposta.

Atenciosamente,

Andreia Gomes

Elisabete Braga (contacto- 916582487)

Vanessa Machado (contacto- 916272026)

Apêndice XXI - Modelo de Avaliação das duas Sessões de Educação para a Saúde

MODELO DE AVALIAÇÃO DA I SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Título da sessão: "Promover a autonomia e independência da pessoa dependente, menos dificuldades e sobrecarga para o CF"

Local: UCC Amadora+

Data: 22/01/2011

Hora: 15h00 às 16h30

Formadoras: Andreia Gomes

- Coloque um círculo à volta da imagem certa, em cada exercício.

Exercício 1:

Certo ou errado?

•Qual a melhor forma para levantar uma pessoa com dificuldade em mover-se?



Exercício 2:

Certo ou errado?

No caso do utente conseguir-se deslocar, ainda que com ajuda, qual o melhor modo de actuar?



MODELO DE AVALIAÇÃO DA II SESSÃO DE EDUCAÇÃO
PARA A SAÚDE

Título da sessão: "Saúde e Bem-Estar do Cuidador Familiar"	
Local: UCC Amadora+	Data: 05/02/2011 Hora: 15h00 às 16h30
Formadoras: Andreia Gomes	

- Coloque V (verdadeiro) ou F (falso) à frente das seguintes afirmações:

1. Respirar profunda e calmamente pode deixar –me mais relaxado. ____
2. Se me alimentar de forma saudável, dormir bem e mantiver o bom humor, estou a cuidar de mim. ____
3. Como familiar Cuidador, devo dedicar totalmente o meu tempo à pessoa de quem cuido. ____
4. Posso realizar todos os exercícios de relaxamento sem questionar o meu médico se os posso praticar. ____

Obrigada.

Apêndice XXII - Dados relativos à avaliação das duas sessões de Educação para a Saúde

I Sessão De Educação Para A Saúde

Gráfico 10- Respostas dos CF às questões de avaliação da I sessão de educação para a saúde



II Sessão De Educação Para A Saúde

Gráfico 11 - Respostas dos CF às questões de avaliação da II sessão de educação para a saúde



Apêndice XXIII - Avaliação intermédia do modelo de registo telefónico

Avaliação Intermédia Do Modelo De Registo De Atendimento Telefónico

Gráfico 12 - Distribuição do nº de contactos telefónicos à ECCI de acordo com quem faz o contacto

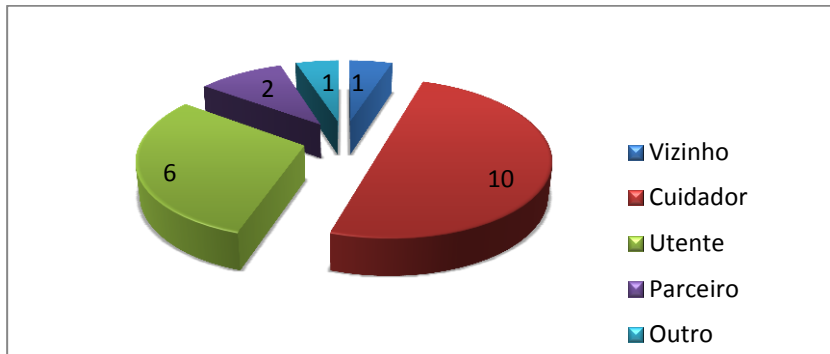


Gráfico 13 - Distribuição do nº de contactos telefónicos à ECCI de acordo com os motivos do contacto

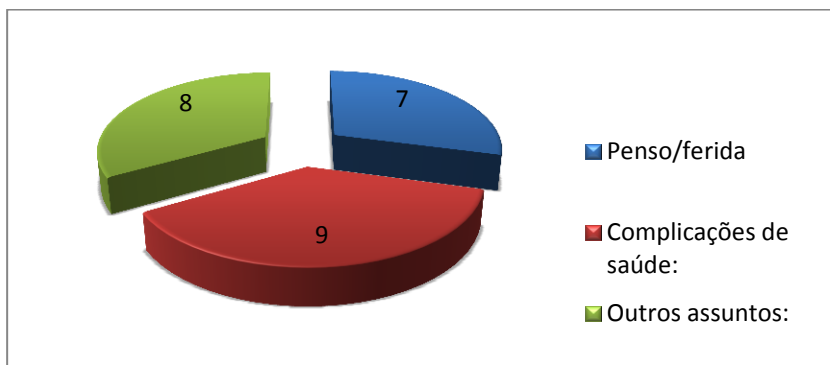
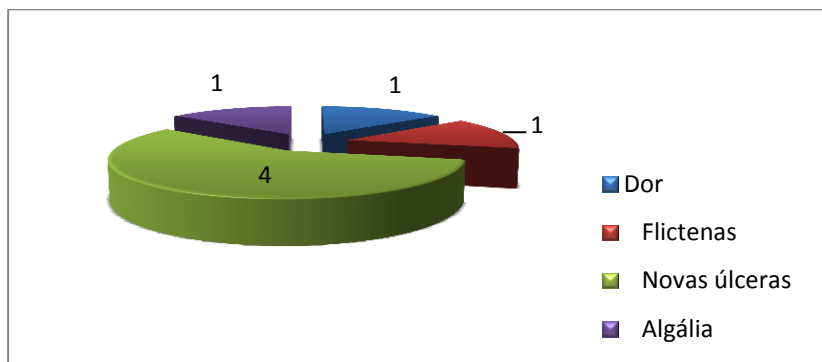


Gráfico 14 - Distribuição do nº de contactos telefónicos à ECCI de acordo com as complicações de saúde



Avaliação Intermédia Do Modelo De Registo De Atendimento Telefónico

Gráfico 15 - Distribuição do nº de contactos telefónicos à ECCI de acordo com o tipo de resposta do profissional

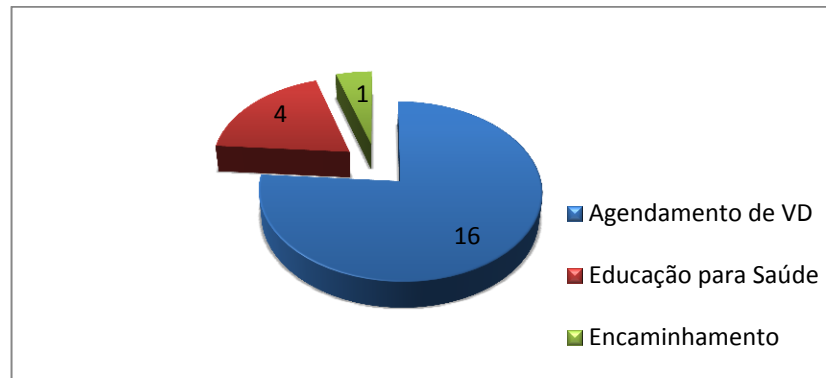
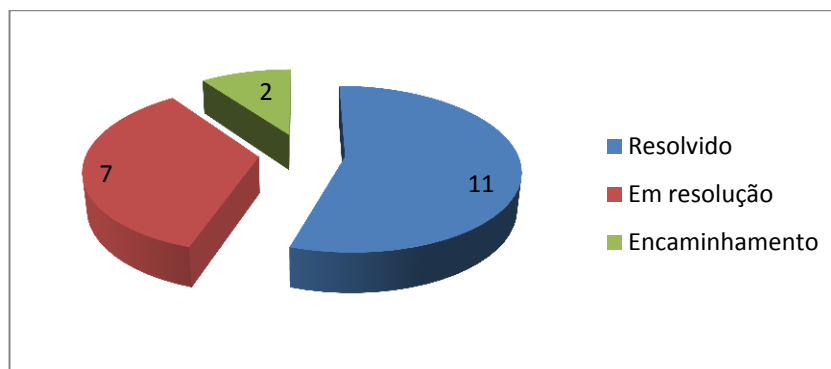


Gráfico 16 - Distribuição do nº de contactos telefónicos de acordo com o estado de resolução da situação



Apêndice XXIV – Diapositivos apresentados nas Sessões Informativas e planos de sessão

1ª SESSÃO INFORMATIVA



ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

1º Curso de Pós Licenciatura e Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

Orientadora: Profª Elisa Garcia
Co-Orientadora: Maria João Bernardo




1º Curso de Pós Licenciatura e Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

ANDREIA GOMES ELISABETE BRAGA VANESSA MACHADO

Apresentação e avaliação das intervenções planeadas e efectuadas

Quarta-feira, dia 9, 12h30 Será o fim...
...ou o princípio?



Finalidade da intervenção de Enfermagem

Contribuir para a capacitação dos Cuidadores Familiares:

- para cuidar em situação de dependência no autocuidado, em casa.
- na gestão dos factores de sobrecarga relacionados com o cuidar em casa
- para cuidar em casa da pessoa em fim de vida



População alvo

População Alvo da Intervenção:

Os Cuidadores Familiares de pessoas dependentes, em contexto domiciliário, inscritas e assistidas pela ECCI, da UCC Amadora +, de 11 a 15 de Outubro de 2010.

População alvo (n=116)

Critérios de inclusão

- ✓ Cuidadores familiares de utentes inscritos na UCC Amadora +, de 11 Outubro a 15 de Outubro de 2010
- ✓ Cuidadores familiares que prestam cuidados directos
- ✓ Cuidadores familiares de utentes com critérios de referenciação para RNCCI
- ✓ Cuidadores familiares com domínio da língua portuguesa

Critérios de exclusão

- ☒ Cuidadores familiares de utentes pediátricos (idade inferior a 18 anos)
- ☒ Utentes com cuidadores formais (remunerados)
- ☒ Utentes internados em serviços hospitalares ou outros
- ☒ Cuidadores familiares de utentes falecidos durante a etapa de colheita de dados (de 11 de Outubro de 2010 a 12 de Novembro)



População

Aplicação dos critérios

População (n=89)

Barreira linguística; 4
Recusa participar; 7
Incontactável; 14

Participação: 64 Não participação: 25

1ª SESSÃO INFORMATIVA

Diagnóstico de Situação

Métodos de colheita de dados:

- Primeiro contacto – ECCI
- Processos de Enfermagem
- Questionários via telefónica
- Equipa de Cuidados Continuados
- Validação dos dados obtidos com a Equipa de Enfermagem

Diagnóstico de Situação

Instrumento de colheita de dados utilizado:

- I Parte – Caracterização dos cuidadores familiares e contextualização da pessoa dependente
- II Parte – Escalas (CADI; ESC; QASCI)

Resultados

FAMILIARES CUIDADORES Maioria do sexo feminino, cônjuges e filhos;

Idades compreendidas entre os 51 e os 80 anos de idade;

Nível de escolaridade baixo.

Resultados

PESSOA DEPENDENTE Maioritariamente do sexo feminino;

Idades compreendidas entre os 71 e os 90 anos de idade;

Elevado numero de dependentes por problemas do aparelho circulatório (AVC).

Resultados Obtidos

Dificuldades do Cuidador Familiar

Restrições Sociais 54%	Reações ao cuidar 50%	Problemas relacionais 20%
Exigências de cuidar 62%	Apoio dos profissionais 44%	Apoio de familiares 34%

1º Curso de Pós Licenciatura e Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária

ANDREIA GOMES ELISABETE BRAGA VANESSA MACHADO

Apresentação e avaliação das intervenções planeadas e efectuadas

Quarta-feira, dia 9, 12h30

Será o fim...
...ou o princípio?

PLANO DE SESSÃO DA 1ª SESSÃO INFORMATIVA

Data: 05 de Janeiro de 2011	População Alvo: Profissionais da UCC Amadora+
Hora: 12h30	Local: Sala de reuniões da UCC Amadora+
Duração: 45 minutos	Material: Computador, Projector, diapositivos

	Actividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objectivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	
Desenvolvimento	<p>Exposição do projecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Objectivos - População-alvo - Percurso efectuado durante a fase de diagnóstico de situação - Resultados - Proposta de Intervenções <p>Solicitação de participação aos profissionais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na expressão da sua opinião sobre as propostas apresentadas, - Na validação das mesmas - Novas e possíveis intervenções 	<p>Expositivo</p> <p>Interrogativo</p>	35 min	<p>Participação activa dos profissionais</p> <p>Aplicação e análise do questionário da UCC, de avaliação da sessão</p>
Conclusão	Resumo da sessão Confirmação das propostas validadas	Expositivo	5 min	

2ª SESSÃO INFORMATIVA



LHAR POR MIM

1º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem Comunitária



Alunas: *Andréia Gomes*
Elisabete Braga
Orientadora: *Prof. Elza Garcia*
Co-orientadora: *Enf. Maria João Bernardo*

Projecto "Olhar por mim" 1

Objectivo Geral da Sessão

- *Informar os profissionais da UCC acerca das estratégias utilizadas para capacitar os familiares cuidadores no cuidar os seus familiares dependentes, em casa*

Projecto "Olhar por mim" 2

Objectivos Específicos da Sessão

- *Apresentar as estratégias e actividades realizadas*
- *Informar acerca das actividades pendentes*
- *Analisar as sugestões dadas pelos Familiares Cuidadores*
- *Reconhecer alguns aspectos positivos e negativos*

Projecto "Olhar por mim" 3

Finalidade do estágio


➤ *Contribuir para a capacitação dos cuidadores familiares (CF) para...*

- *Cuidar em casa, em situação de dependência no auto-cuidado*

Projecto "Olhar por mim" 4

População Alvo

- *Cuidadores familiares de pessoas dependentes, em contexto domiciliário, inscritas e assistidas pela ECCI, da UCC Amadora +, de 11 de Outubro a 15 de Outubro de 2010.*



Projecto "Olhar por mim" 5

Dificuldades dos FC

Exigências do Cuidar (Sequeira, 2010) Relacionadas com a ...



Mobilidade e Dependência da pessoa cuidada

Saúde e Bem-Estar dos Familiares Cuidadores

Projecto "Olhar por mim" 6

2ª SESSÃO INFORMATIVA

Estratégias

1. Realização de Sessão de Educação Para a Saúde acerca de estratégias que promovem a independência da pessoa cuidada
2. Realização de Sessão de Educação Para a Saúde acerca dos recursos da comunidade para pessoas dependentes / Saúde e Bem-Estar do Cuidador Familiar

Projecto "Olhar por mim"

7

Estratégias

3. Criação de um Cartão de Identificação do Cuidador que estabeleça prioridade no acesso aos cuidados de Saúde, no ACES VII Amadora
4. Elaboração de um Modelo de Atendimento Telefónico para os profissionais da ECCI que monitorize os contactos realizados

Projecto "Olhar por mim"

8

1. Sessão de Educação para a Saúde



Projecto "Olhar por mim"

9

1. Sessão de Educação para a Saúde

> OBJECTIVO:

Contribuir para a Capacitação dos FC na promoção da autonomia e independência da pessoa cuidada



Projecto "Olhar por mim"

11

Conteúdos da Sessão

- Mobilização da Pessoa Dependente e Precauções
- Eliminação da Pessoa Dependente
- Higiene Íntima e Mudança da Fralda



Projecto "Olhar por mim"

12

1 Sessão de Educação para a Saúde



Projecto "Olhar por mim"

13

2ª SESSÃO INFORMATIVA

2. Sessão de Educação para a Saúde

05 Fevereiro 2011
UCC Amadora +
15h00



Projecto "Olhar por mim"

14

2. Sessão de Educação para a Saúde

➤ OBJECTIVO:

- Contribuir para a promoção da saúde e bem-estar dos Familiares Cuidadores

Projecto "Olhar por mim"

16

II Sessão de Educação para a Saúde



Projecto "Olhar por mim"

17

Actividades Executadas

- Agendamento das sessões
- Autorização para utilização do espaço físico e dos meios audiovisuais necessários
- Pedido de apoio voluntários
- Pedido de transporte



Projecto "Olhar por mim"

18

Actividades Executadas

- Contacto telefónico a todos os cuidadores
- Planeamento das sessões:
 - parte informativa/formativa/ de partilha
 - parte social/lúdica/informal
- Pedido de patrocínios



Projecto "Olhar por mim"

19

Actividades Complementares

Guia Útil para Cuidadores Informais de Pessoas Dependentes em Casa

Folheto com Exercícios de Alongamento e Relaxamento para Cuidadores Familiares



Projecto "Olhar por mim"

20

2ª SESSÃO INFORMATIVA

Actividades Complementares

“Guia Útil para Cuidadores Informais de Pessoas Dependentes em Casa”

- Entregue aos FC presentes nas sessões
- Disponível exemplar em suporte papel e informático na UCC



Projecto "Olhar por mim"

21

Actividades Complementares

“Exercícios de Alongamento e Relaxamento para Cuidadores Familiares”

- Entregue aos FC presentes nas sessões
- Disponível exemplar em suporte papel e informático na UCC



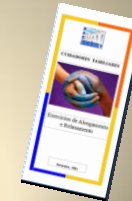
Projecto "Olhar por mim"

22

Conteúdos do Folheto

“Exercícios de Alongamento e Relaxamento para Cuidadores Familiares”

- Importância dos Exercícios de Alongamento e Relaxamento
- Advertências importantes
- Exercícios para:
 - O pescoço
 - Os ombros e braços
 - Os punhos e dedos



Projecto "Olhar por mim"

23

Actividades Complementares

“CD Relaxamento pela Técnica de Visualização”

- Realizado na 2ª sessão para Cuidadores Familiares
- Fica o exemplar em suporte informático na UCC



(Música de Waves DVD.com "Caribbean" e texto traduzido e adaptado de Charm Diaz)

Projecto "Olhar por mim"

24

Cartão Prioritário

➤ Criação do Cartão Prioritário do Ambiente ACES VII Amado

O B J E C T I V O S :

- Identificação dos Familiares das pessoas dependentes na comunidade
- Reconhecimento dos Familiares como grupo vulnerável de saúde

Projecto "Olhar por mim"

25

Cartão Prioritário do FC

➤ Actividades desenvolvidas:

- ✓ Identificação dos F.C. / unidade de saúde (Reboleira, Buraca)
- ✓ Criação de listagem dos CF/ unidade de saúde
- ✓ Elaboração do regulamento do Cartão
- ✓ Dados a incluir no Cartão
- ✓ Criação do modelo do Cartão
- ✓ Envio de carta ao Conselho Clínico do ACES para autorização da implementação do Cartão



Projecto "Olhar por mim"

26

2ª SESSÃO INFORMATIVA

Cartão Prioritário do FC

➤ **Actividades planeadas:**

- Solicitar agendamento e reunião com:
 - Responsável Administrativa do ACES
 - Administrativos das Unidades de saúde envolvidas
 - ECCI / profissionais da UCC
- Criar folheto de divulgação do Cartão



Modelo de Registo de Contactos Telefónicos

➤ **Elaboração de um Modelo de Atendimento Telefónico**

OBJECTIVOS:

- Monitorizar os motivos dos contactos telefónicos
- Monitorizar o seguimento/resolução dos casos
- Contribuir para uma maior visibilidade do trabalho da ECCI

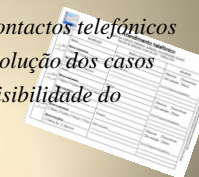


Modelo de Registo de Contactos Telefónicos

➤ **Elaboração de um Modelo de Atendimento Telefónico**

OBJECTIVOS:

- Monitorizar os motivos dos contactos telefónicos
- Monitorizar o seguimento/resolução dos casos
- Contribuir para uma maior visibilidade do trabalho da ECCI



Resultados

• **Cartão:**

- Em fase de aprovação
- Sentido pela ECCI como uma necessidade real face à sua experiência do dia-a-dia

• **Modelo de Registo de contactos telefónicos:**

- Em fase experimental até 04 de Março.

Resultados

• **Sessões de Educação para a Saúde:**

- - (N.º de sessões de educação para a saúde desenvolvidas/ n.º de sessões de educação para a saúde planeadas) X 100
 $2/2 \times 100 = 100\%$
- - (N.º de utentes que participaram na 1ª sessão de educação para a saúde/ n.º de utentes convidados) X 100
 $13/64 \times 100 = 20,31\%$ (com transporte assegurado)
- - $6/64 \times 100 = 9,37\%$ (efectiva)

Resultados

• **Sessões de Educação para a Saúde:**

- - (N.º de utentes que participaram na 2ª sessão de educação para a saúde/ n.º de utentes convidados) X 100
 $10/64 \times 100 = 15,6\%$

2ª SESSÃO INFORMATIVA

Resultados

Sessões de Educação para a Saúde:

- (N.º de utentes que participaram na 2ª sessão de educação para a saúde/ n.º de utentes convidados) X 100
 $10/64 \times 100 = 15,6\%$

Resultados

Sessões de Educação para a Saúde:

- (N.º de utentes que participaram na 2ª sessão de educação para a saúde/ n.º de utentes convidados) X 100
 $10/64 \times 100 = 15,6\%$

Resultados

Sessões de Educação para a Saúde:

- (N.º de utentes que participaram na 2ª sessão de educação para a saúde/ n.º de utentes convidados) X 100
 $10/64 \times 100 = 15,6\%$

Resultados

Sessões de Educação para a Saúde:

- (N.º de utentes que participaram na 2ª sessão de educação para a saúde/ n.º de utentes convidados) X 100
 $10/64 \times 100 = 15,6\%$

Projecto "Olhar Por Mim"

Sessões de educação para a Saúde

Guia para Cuidadores Familiares

Folha de registo de contactos telefónicos ECCI

Folheto dos exercícios físicos e de relaxamento

CD de relaxamento pela técnica da visualização

Cartão Sigaz

Projecto "Olhar Por Mim"

Estes momentos dão-nos força para continuar ...

Vai haver mais vezes estas reuniões?

Só quem está em casa 24 horas/dia com pessoas dependentes é que sente o peso que isso é!

Este bocadinho de tempo fez-me tão bem...

Sou eu que levanto a minha mãe, em força... a minha irmã não consegue!

Há muito tempo que não saía de casa para fazer alguma coisa por mim ..

2ª SESSÃO INFORMATIVA

Sugestões dos Familiares Cuidadores

- *Prolongamento do Apoio de enfermagem ao período da tarde/noite, fins de semana e feriados;*
- *Voluntários durante um determinado período de tempo/semana*
- *Necessidade de melhorar a comunicação entre utentes e profissionais;*
- *Criação de um blogue para familiares e utentes dependentes*

Sugestões dos Familiares Cuidadores

- *Prolongamento do Apoio de enfermagem ao período da tarde/noite, fins de semana e feriados;*
- *Voluntários durante um determinado período de tempo/semana*
- *Necessidade de melhorar a comunicação entre utentes e profissionais;*
- *Criação de um blogue para familiares e utentes dependentes*

**O NOSSO MUITO
OBRIGADA A TODOS!**

PLANO DE SESSÃO DA 2ª SESSÃO INFORMATIVA

Data: 09 de Fevereiro de 2011	População Alvo: Profissionais da ECCI da UCC Amadora+
Hora: 13h30	Local: Sala de reuniões da UCC Amadora+
Duração: 45 minutos	Material: Computador, Projector, diapositivos

	Actividades	Métodos	Tempo	Avaliação
Introdução	Apresentação dos objectivos e partes constituintes da sessão	Expositivo	5 min	
Desenvolvimento	Contextualização do Projecto As várias fases da metodologia de Planeamento em Saúde: <ul style="list-style-type: none"> - Determinação das Prioridades - Diagnósticos de enfermagem - Fixação de objectivos - Estratégias seleccionadas - Actividades planeadas - Especificação das actividades -Preparação operacional - Avaliação Aspectos positivos Dificuldades e constrangimentos Competências adquiridas	Expositivo Interrogativo	35 min	Aplicação e análise do questionário da UCC, de avaliação da sessão
Conclusão	Agradecimentos	Expositivo	5 min	

Apêndice XXV - Dados relativos à avaliação das sessões informativas

Tabela 10- Avaliação dos profissionais da UCC às sessões informativas

Avaliação das sessões informativas	I sessão		II sessão	
	Fi	%	Fi	%
Muito mau	0	0%	0	0%
Mau	0	0%	0	0%
Razoável	1	5%	0	0%
Bom	10	53%	8	62%
Muito bom	8	42%	5	38%
Total	19	100%	13	100%

Tabela 11 - Avaliação dos profissionais da UCC, sobre a forma de abordar o tema

Forma de abordar o tema	I sessão		II sessão	
	Fi	%	Fi	%
Muito mau	0	0%	0	0%
Mau	0	0%	0	0%
Razoável	3	16%	2	15%
Bom	8	42%	6	46%
Muito bom	8	42%	5	39%
Total	19	100%	13	100%

Tabela 12 - Avaliação dos profissionais da UCC sobre a utilidade do tema

Utilidade prática das sessões	I sessão		II sessão	
	Fi	%	Fi	%
Muito mau	0	0%	0	0%
Mau	0	0%	0	0%
Razoável	3	16%	1	8%
Bom	7	37%	8	62%
Muito bom	9	47%	4	30%
Total	19	100%	13	100%

ANEXOS

Anexo I - Índice de CADI

Dificuldades do prestador de cuidados (Brito, 2002; Sequeira, 2007, 2010)

Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados (CADI)

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 que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

Nº	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
1	Não tenho tempo suficiente para mim próprio				
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				

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

Se entender 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.

Nº	Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
			Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito

Anexo II - Classificação Portuguesa das Profissões de 2010 (INE 2011)

GRANDE GRUPO

0	Profissões das Forças Armadas
1	Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos ...
2	Especialistas das actividades intelectuais e científicas
3	Técnicos e profissões de nível intermédio
4	Pessoal administrativo
5	Trabalhadores dos serviços pessoais, de protecção e segurança ...
6	Agricultores e trabalhadores qualificados
7	Trabalhadores qualificados da indústria
8	Operadores de instalações e máquinas
9	Trabalhadores não qualificados

Fonte: Extraído da Classificação Portuguesa das Profissões de 2010, Lisboa, INE 2011 in [http://metaweb.ine.pt/sine/anexos/pdf/Apresentação%20Geral%20da%20CPP%20de2010%20\(2\).pdf](http://metaweb.ine.pt/sine/anexos/pdf/Apresentação%20Geral%20da%20CPP%20de2010%20(2).pdf)

Anexo III - International Statistical of Diseases and Related Health Problems
(10th revision - version for 2007)

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

10th Revision - Version for 2007

Chapter List		
Chapter	Blocks	Title
<u>I</u>	<u>A00-B99</u>	Certain infectious and parasitic diseases
<u>II</u>	<u>C00-D48</u>	Neoplasms
<u>III</u>	<u>D50-D89</u>	Diseases of the blood and blood-forming organs and certain disorders involving the immune mechanism
<u>IV</u>	<u>E00-E90</u>	Endocrine, nutritional and metabolic diseases
<u>V</u>	<u>F00-F99</u>	Mental and behavioural disorders
<u>VI</u>	<u>G00-G99</u>	Diseases of the nervous system
<u>VII</u>	<u>H00-H59</u>	Diseases of the eye and adnexa
<u>VIII</u>	<u>H60-H95</u>	Diseases of the ear and mastoid process
<u>IX</u>	<u>I00-I99</u>	Diseases of the circulatory system
<u>X</u>	<u>J00-J99</u>	Diseases of the respiratory system
<u>XI</u>	<u>K00-K93</u>	Diseases of the digestive system
<u>XII</u>	<u>L00-L99</u>	Diseases of the skin and subcutaneous tissue
<u>XIII</u>	<u>M00-M99</u>	Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue
<u>XIV</u>	<u>N00-N99</u>	Diseases of the genitourinary system
<u>XV</u>	<u>O00-O99</u>	Pregnancy, childbirth and the puerperium
<u>XVI</u>	<u>P00-P96</u>	Certain conditions originating in the perinatal period
<u>XVII</u>	<u>Q00-Q99</u>	Congenital malformations, deformations and chromosomal abnormalities
<u>XVIII</u>	<u>R00-R99</u>	Symptoms, signs and abnormal clinical and laboratory findings, not elsewhere classified
<u>XIX</u>	<u>S00-T98</u>	Injury, poisoning and certain other consequences of external causes
<u>XX</u>	<u>V01-Y98</u>	External causes of morbidity and mortality
<u>XXI</u>	<u>Z00-Z99</u>	Factors influencing health status and contact with health services
<u>XXII</u>	<u>U00-U99</u>	Codes for special purposes

Fonte: Extraído do site da OMS in <http://www.who.int/classifications/icd/en/>