

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**A Saúde dos Cuidadores Familiares de Pessoas
Idosas: Um Projecto de Intervenção de
Enfermagem Comunitária na Unidade de Saúde
Familiar CSI do Seixal**

Ana Rita Conde Ribeiro Proença

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

**A Saúde dos Cuidadores Familiares de Pessoas
Idosas: Um Projecto de Intervenção de
Enfermagem Comunitária na Unidade de Saúde
Familiar CSI do Seixal**

Ana Rita Conde Ribeiro Proença

Orientador: Professora Maria Manuel Quintela

Co-orientador: Enfermeira Fernanda

2015



Agradecimentos / Dedicatória

A realização deste percurso acadêmico não teria sido possível sem o apoio de diversas pessoas. Em primeiro lugar agradeço à minha família, ao meu marido pelo apoio incondicional e animo nos momentos mais difíceis, aos meus pais, pelo seu contributo e compreensão que permitiram as minhas ausências sem culpabilidade. A todos os meus amigos, a quem preso o pouco tempo que temos juntos, fundamental para o meu bem estar, que ficou reduzido, mas dos quais sempre recebi compreensão e incentivo. Aos meus “rapazes” escuteiros, que me incentivam a ser melhor todos os dias, agradeço a compreensão das minhas faltas e o carinho das presenças. Agradeço igualmente à minha colega Rita Santiago, que me acompanhou ao longo de todo este percurso acadêmico, descobrindo nela um ombro amigo que animou com o seu sorriso contagiante esta caminhada.

Um agradecimento especial à Professora Doutora Maria Manuel Quintela, que orientou este projeto, pelo seu apoio e dedicação, bem como todos os saberes que comigo partilhou e que permitiram o meu crescimento. À enfermeira orientadora Fernanda Silva, pela sua amizade e apoio, indispensáveis durante o estágio. A toda a equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal, que me fez sentir parte da equipa, recebendo-me sempre com um sorriso, e a todos os parceiros de cuidados agradeço igualmente a disponibilidade em participarem e enriquecerem este projeto.

À minha chefe Idália Valério, pelo seu apoio, e flexibilização de horários, que permitiu a conclusão desta especialidade, e a toda a equipa de enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos, do CHS que acabou por ficar mais sobrecarregada nos meus momentos de ausência.

Agradeço de forma especial a todas as cuidadoras que fizeram parte deste projeto, por terem permitido que entrasse nas vossas vidas e por me terem ensinado o que não é possível de aprender nos livros. Terminei este percurso mais rica, muito, porque vos conheci.

Lista de abreviaturas / Siglas e Acrónimos

ACES – Administração Central do Sistema de Saúde

ACES AS – Administração Central do Sistema de Saúde de Almada e Seixal

AS – Apoio(s) Social

AVD – Atividade/s de Vida Diária/s

AVC(s) – Acidente(s) Vascular Cerebral

CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador;

DGS – Direção Geral de Saúde

EpS – Educação para a Saúde

ESC – Versão Portuguesa da Escala de Sobrecarga do Cuidador

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social;

INE – Instituto Nacional de Estatística

NIF – Núcleo de Investigação e Formação

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

USF- Unidade de Saúde Familiar

USF CSI Seixal - Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados do
Seixal

VD – Visitação Domiciliária

RESUMO

O envelhecimento populacional associado à crescente necessidade de apoio às pessoas idosas surge como um problema prioritário das políticas sociais, de saúde e económicas de países onde tal se verifica. Para que as pessoas idosas possam ser cuidadas com a melhor qualidade de vida possível no domicílio, é necessário existirem pessoas que prestem estes cuidados. Neste sentido, os cuidadores familiares são fundamentais na prestação de cuidados a essas pessoas, sendo necessário inclui-los no planeamento dos cuidados das equipas de saúde, afim de melhorar o seu desempenho e promover a qualidade de vida dos cuidadores e dos idosos.

Este projeto foi realizado na área de Cuidados de Saúde Primários, na USF CSI Seixal, tendo como população alvo “todos os cuidadores familiares de pessoas idosas inscritos na USF CSI Seixal, acompanhados em Programa de Visitaçãõ Domiciliária”. Sustentado pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (1993), este projeto utilizou a metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1993). Com o objectivo de conhecer as dificuldades destes cuidadores e a sua satisfação com o suporte social foram utilizados como instrumentos de colheita de dados o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), a observação-participante e dois estudos de caso. Participaram neste projeto dez cuidadoras familiares, que indicaram como principais dificuldades as “reações e exigências da prestação de cuidados”, sendo a sua insatisfação com o suporte social maioritariamente a nível da “atividade social” e de ordem “íntima”. Desta forma foi possível identificar-se como diagnóstico de enfermagem o “autocuidado comprometido” (CIPE, 2011).

Como estratégia central de intervenção optou-se pela realização de Sessões de Educação para a Saúde, em grupo e individuais, que promoveram uma maior e melhor articulação das cuidadoras com os cuidadores secundários e com os serviços de suporte social, obtendo estas mais tempo para si e desenvolvendo o autocuidado.

Palavras chave: Cuidador familiar; Autocuidado; Planeamento em Saúde; Enfermagem Comunitária

ABSTRACT

Population aging associated with the growing need to support the elderly people emerges as a main concern of social, health and economic politics in countries where this occurs. So that elderly people can be cared for, and live with better quality of life at their home, must exist people who provide that care. In that sense family caregivers are fundamental to provide that care, and there is a need to include them in the planning of the care provided by health teams, in order to improve their performance and to promote quality of life for caregivers and the elderly person.

The area on which this project was developed was on Primary Health Care, at the USF CSI Seixal, having as target population “all the family caregivers of elderly people enrolled in the USF CSI Seixal under the Program of Health Visitation”. Supported by Dorothea Orem’s Self-Care Theory (1993) this project used the methodology of Planning in Health (Imperatori & Giraldes, 1993). With the objective of understanding the difficulties of these caregivers and their satisfaction with the social support were used as data collection instruments the Carers Assessment of Difficulties Index (CADI), the Social Support Satisfaction Scale (SSSS), the participant observation and two case studies. There were ten family caregivers involved in this project, which identified as main difficulties “the reactions and demands of care”, being their dissatisfaction related to the social support. It was possible to identify as Nursing Diagnosis “Self-care deficit” (ICNP, 2011).

As main strategy of intervention I opted to organise Health Education Sessions in groups and individual that promoted a wider and better articulation between caregivers, secondary caregivers and the social support services, giving to the caregivers some free time, helping them to improve their self-care.

Keywords: Family Caregiver; Self-care; Planning in Health; Community Nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
2. ENVELHECIMENTO E FAMÍLIA.....	13
3. CUIDADORES FAMILIARES, AUTOCUIDADO E SAÚDE.....	16
4. PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	22
4.1 Diagnóstico de Situação.....	22
Caracterização da USF CSI Seixal.....	23
Caracterização da População Alvo.....	24
Procedimentos de Colheita de Dados.....	24
Questões Éticas.....	27
4.2 Apresentação e Análise de Resultados.....	28
Caracterização do Utente Idoso no Domicílio.....	28
Caracterização dos cuidadores familiares e da prestação de Cuidados.....	29
Maria e Aida: duas cuidadoras familiares.....	32
4.3 Determinação de Prioridades e Seleção de Estratégias.....	41
4.4 Fixação de Objetivos.....	44
4.5 Seleção de Estratégias.....	44
4.6 Preparação Operacional.....	46
Elaboração de Programas e Projetos.....	46
4.7 Avaliação.....	47
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	50
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	52

APÊNDICES

Apêndice I – Pedido de autorização dos Autores para a utilização do CADI e da
ESSS

Apêndice II – Pedido de autorização do ACESS AS e da Coordenadora da USF CSI
Seixal
para a implementação dos questionários aos cuidadores familiares de
pessoas idosas acompanhados pela Equipa de Visitação Domiciliária

Apêndice III – Consentimento Informado

Apêndice IV – Questionário de caracterização do Idoso cuidado

Apêndice V – Questionário de caracterização do Cuidador da prestação de
cuidados

Apêndice VI – Quadro síntese de caracterização do utente idoso no domicílio

Apêndice VII - Quadro síntese sobre os cuidados prestados pelos Cuidadores

Apêndice VIII – Tabelas de categorização das dificuldades avaliadas pelo CADI e da
satisfação com o suporte social avaliada pela ESSS no diagnóstico de
situação e a priorização dos problemas através da aplicação da
Técnica de Comparação por Pares

Apêndice IX – Comparação entre problemas identificados através do CADI e da
ESSS, e teoria do autocuidado de Dorothea Orem

Apêndice X – Convites personalizados aos Cuidadores Familiares da população
alvo, para a participação nas Sessões de Educação para a Saúde

Apêndice XI – Convites aos Cuidadores Familiares de pessoas Idosas da USF CSI
Seixal para a participação nas Sessões de Educação para a Saúde

Apêndice XII – Cartazes Informativos sobre as Sessões de Educação para a Saúde

Apêndice XIII – Plano de Sessão da Sessão de Educação para a Saúde –
Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física e relaxamento do
cuidador

Apêndice XIV – PowerPoint de apresentação da Sessão de Educação para a
Saúde - Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física e
relaxamento do cuidador

Apêndice XV – Folha de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde –
Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física e relaxamento do
cuidador

Apêndice XVI – Plano de Sessão da Sessão de Educação para a Saúde –

Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim

Apêndice XVII – PowerPoint de apresentação da Sessão de Educação para a

Saúde - Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim

Apêndice XVIII – Folha de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde –

Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim

Apêndice XIX – Manual do Cuidador – Cuidadores que cuidam de si

Apêndice XX – Cronograma de Atividades

Apêndice XXI – Indicadores de processo das atividades desenvolvidas no projeto

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro I – Caracterização dos Cuidadores Familiares de Pessoas Idosas acompanhadas pela equipa de Visitação Domiciliária.

INTRODUÇÃO

Segundo dados revelados pela Organização Mundial de Saúde, (OMS, 2012), em poucos anos, e pela primeira vez, haverá no mundo mais pessoas com idade superior a 60 anos que crianças com menos de 5 anos. Estima-se ainda que em 2050, 80% da população mundial envelhecida se encontre nos países em desenvolvimento. Em Portugal, verifica-se igualmente o aumento da percentagem de idosos de 16,6% em 2001 para 19,0% em 2011, tendo como resultado aumentado o índice de envelhecimento de 103 para 128 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional Estatística (INE), 2013). Estes dados tornam o envelhecimento demográfico uma preocupação social, que traz novos desafios em diversos domínios, nomeadamente na saúde e na prestação de cuidados.

Embora o envelhecimento não seja sinónimo de doença, o aumento da longevidade aumenta a probabilidade de deterioração de alguns sistemas funcionais e estruturais do organismo, estando este fenómeno associado a uma maior incidência de doenças crónicas e conseqüentemente, a um maior índice de dependência, resultando na inevitável necessidade de cuidados, tanto formais como informais (Sequeira, 2010; Araújo, 2010; Lourenço, et al., 2015).

Em Portugal o aumento do número de idosos e a incapacidade das instituições darem resposta às necessidades desta faixa etária, leva à manutenção do idoso no domicílio. São igualmente reconhecidas as inúmeras vantagens da permanência do idoso no seu lar, nomeadamente a conservação da sua autonomia e da qualidade de vida (Sequeira, 2010), onde a família adquire um papel preponderante na prestação de cuidados ao familiar idoso.

Foi com base nesta problemática que se desenvolveu este projeto, integrado no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Opção II - Estágio de Intervenção Comunitária, inserido na formação curricular do 5º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização de Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que tem por finalidade “capacitar o estudante para intervir na comunidade de forma a implementar estratégias adequadas à diversidade dos contextos, no âmbito da saúde da família, grupos e comunidade” (Unidade Curricular, 2013, p.1). Este estágio foi realizado em contexto de Cuidados

de Saúde Primários, com o objetivo de conhecer a população de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) e identificar as suas necessidades de saúde.

Foi escolhida como população alvo deste trabalho os cuidadores familiares de pessoa idosas, acompanhados pela equipa de visitação domiciliária da USF CSI Seixal, procurando caracterizar a amostra, conhecer as dificuldades encontradas por estes cuidadores e implementar estratégias com vista   melhoria da sua capacita o para o autocuidado.

O diagnóstico de situa o iniciou-se no mês de Julho de 2014, tendo sido completado em Outubro do mesmo ano, na Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados do Seixal (USF CSI Seixal).

Este projeto seguiu a metodologia do Planeamento em Saúde (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldes, 1993), baseando-se a sua interven o na capacita o dos cuidadores familiares de pessoas idosas, para o seu autocuidado, ao contrário da maioria dos estudos nesta temática (Brito, 2000; Figueiredo, 2007; Azevedo, 2010, Araújo, 2010, Sequeira, 2010, Ferreira, 2013) que procura capacitar os cuidadores familiares para competências associadas ao papel de cuidador, “ são ainda escassos, embora existentes, os estudos sobre estratégias de interven o, em particular dos enfermeiros, (...) na minimiza o do impacto negativo da presta o de cuidados” (Lourenço et al., 2015, p.7). Este tipo de projetos de interven o permitem aos enfermeiros, o desenvolvimento de estratégias e interven es concretas, que capacitam e promovem nos cuidadores familiares, hábitos de vida saudáveis, adequados   situa o de vida singular que   a presta o de cuidados a familiares idosos, procurando prevenir as complica es associadas ao papel de cuidador familiar, tão amplamente estudadas.

Este relatório encontra-se organizado em quatro capítulos sendo o primeiro intitulado, **Envelhecimento e Família** que enquadra de forma sucinta a pertinência deste projeto face ao envelhecimento demográfico e a importância da família no apoio ao idoso. O segundo capítulo, **Cuidadores Familiares, Autocuidado e Enfermagem Comunitária**, explica de que forma o familiar adota o papel de cuidador, fazendo uma breve caracteriza o do mesmo, apresentando as consequências que lhe estão associadas e destacando o défice de autocuidado. Ainda neste capítulo apresenta-se de forma sucinta a Teoria do Autocuidado de

Dorothea Orem (1993) que sustenta este projeto, e o papel privilegiado do enfermeiro de saúde comunitária no apoio e promoção da saúde dos cuidadores familiares.

O capítulo seguinte refere-se ao processo metodológico e intitula-se **Metodologia: Planeamento em Saúde**, o qual é apresentado de acordo com as etapas da metodologia do Planeamento em Saúde de Tavares (1990) e de Imperatori e Giraldes (1993).

Por último fazem-se breves **Considerações Finais**, onde se expõem as mais-valias e limitações do projeto, as competências desenvolvidas e uma reflexão sumária sobre o estágio.

2. ENVELHECIMENTO E FAMÍLIA

As estatísticas mundiais vêm demonstrar como o envelhecimento é uma realidade crescente e transversal a todos os países. A idade que determina a velhice tem vindo a sofrer algumas alterações, mas a uniformização da idade que estabelece o início da velhice não tem sido possível pelas características específicas de cada população, nomeadamente populações como as do continente africano onde a velhice é marcada pela falta de capacidade funcional para trabalhar e não pela idade cronológica (OMS, 2001). Nos países, desenvolvidos é a idade cronológica o principal critério utilizado, já que esta é um parâmetro fácil de classificar, fiável e comum a todos os seres humanos. Nas sociedades ocidentais a idade da velhice é 60 anos e noutros casos a partir dos 65, variando este número consoante a idade da reforma (OMS, 2001). A classificação cronológica segue por vezes, os Censos Norte Americanos, onde se classificam cronologicamente os indivíduos como: “Idosos Jovens”, idade igual ou superior a 65 anos e inferior a 74 anos; “Idosos”, idade igual ou superior a 75 anos e inferior a 84 anos, e “Muito Idosos”, os indivíduos com idade igual ou superior a 85 anos (U.S. Census Bureau, 1995). Neste trabalho considera-se a idade de 65 anos como a idade que determina o início da velhice, já que era até há pouco tempo a idade de início de reforma em Portugal, e também é a idade considerada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013) e pela Direção Geral de Saúde no seu Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004).

O envelhecimento é descrito por Ferreira como “um processo fisiológico, evolutivo e inalterável em todos os seres vivos” (Ferreira, 2013, p. 26). Este ocorre progressivamente ao longo do ciclo vital, caracterizando-se por graduais alterações nas componentes biológicas, psicológicas e sociais de cada indivíduo, onde cada uma das dimensões na sua singularidade é implicada e infere implicações nas outras (DGS, 2004; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010; Guiomar, 2010; Ferreira, 2013).

Para Lourenço, Figueiredo e Octávio de Sá (2015), nas sociedades ocidentais em geral, e em Portugal concretamente, “ainda não se conseguiu atingir a meta de adicionar qualidade aos últimos anos de vida de cada ser humano” (Lourenço, Figueiredo & Octávio de Sá, 2015, p.3). A OMS chama a atenção para a necessidade de investir num “envelhecimento ativo”, definindo-o como um “processo

de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem” (OMS, 2002, p.12), implicando uma ação não apenas do idoso, mas também da sua família e da sociedade em geral.

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

O conceito de família tem vindo a sofrer alterações, designando instituições e agrupamentos sociais diferentes, no entanto é notória a alteração do conceito de família para um âmbito mais vasto, dadas as novas tendências e configurações familiares, que têm permitido novas concepções de família e da organização da vida dos seus membros (Hintz, 2001, Lage, 2007; Dias, 2011; Delgado e Wall, 2014).

“o conceito de família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção. Família é o grupo cujas relações sejam baseadas na confiança, suporte mútuo e um destino comum” (OMS, 1994).

A maioria destas alterações e tendências é o reflexo de uma alteração social estrutural, onde as relações familiares, principalmente as conjugais, deixarem de ser definidas pelas instituições / normas públicas impostas, e passarem a ser reguladas por acordos pessoais entre indivíduos (Lage, 2007). Para autores como Hintz (2001), Lage (2007) e Dias (2011) a entrada da mulher no mundo do trabalho, onde passa a ter uma atividade económica, ainda que esta não seja uma alternativa ao trabalho de casa, é igualmente uma consequência das alterações do conceito de família e do papel de cada membro.

Independentemente do modelo familiar, a família é um conjunto de pessoas, que formam uma unidade social, um todo sistémico que estabelece relações entre os seus membros e o meio exterior. A família é por isso um sistema dinâmico, constituída também ela por outros subsistemas, com relações entre si, mantendo as suas funções fundamentais na sociedade, como o afeto, a educação, a socialização e a função reprodutora (Dias, 2011).

Por serem várias as perspetivas disciplinares da família (histórica, antropológica, sociologia, psicológica) autores como Relvas (1996), Alarcão (2000) e Figueiredo (2012) consideram a família como uma unidade só passível de ser analisada mediante um olhar holístico, social e histórico, onde o todo é mais que a

soma das partes. Para estes autores, o todo é a família, que é também um sistema que integra outros sistemas mais abrangentes e com os quais co-evolui, sendo estes sistemas no seu limite a própria sociedade e a comunidade onde a família se insere.

O aumento da esperança média de vida tem também influenciado grandemente as famílias, aumentando a convivência intergeracional, ao mesmo tempo que levanta importantes questões que outrora não se colocavam, nomeadamente as relacionadas com a prestação de cuidados aos idosos:

“ as características e dinâmicas das famílias de hoje são factores importantes que afetam uns mais que outros a capacidade dos seus membros para ser cuidadores. Em relação à família e às mudanças de carácter estrutural, não só está em causa a prestação de cuidados aos idosos dependentes como a continuidade desses cuidados” (Lage, 2007, p 66).

Apesar de amplamente reconhecida a importância do papel da família no contexto da sociedade-providência, autores como Collière (2003), Lage (2007) e Sequeira (2010), defendem a necessidade de ter em atenção os condicionalismos que envolvem as famílias atuais, para que se possa perceber em que medida estas podem ser responsabilizadas pela solidariedade, em relação aos seus familiares em situação de dependência, “significa, pois, que hoje, mais do que nunca, é necessário identificar as características das famílias, uma vez que são um factor importante para determinar as necessidades dos cuidados dos seus membros” (Lage, 2007, p.62).

Para alguns autores (Collière, 1989; Orem, 1993; Meleis, 2000) cuidar é uma atividade inerente à própria condição humana, iniciando-se esta no seio familiar. “(...) cuidar, é pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades a ela indispensáveis, mas que são diversificadas nas suas manifestações” (Collière, 1989 p.29). Para autores como Kleinman e Geest (2009) cuidar passa pelo reconhecimento do outro, a preocupação, a assistência, a responsabilidade, a solidariedade e todos os atos emocionais e práticos que permitem a vida. Para os mesmos autores, a prestação de cuidados é uma experiência interpessoal de preocupação e compaixão, que num sentido mais amplo se pode traduzir por amor.

3. CUIDADORES FAMILIARES, AUTOCUIDADO E SAÚDE

Sendo a família um pilar social e uma estrutura básica dos cuidados, quando surge a necessidade de cuidar de um idoso, esta assume um papel preponderante na prestação de cuidados, no entanto, cuidar de um familiar idoso no domicílio não é, na maioria dos casos, uma tarefa simples de ser tomada, e acarreta para o cuidador difíceis alterações na sua esfera privada e social (Lage, 2007; Figueiredo, 2007; Andrade 2009; Sequeira 2010). Lage (2007) no seu estudo sobre o impacto dos cuidados nos cuidadores informais, chama a atenção para uma falta comum, quando se firma que é a família quem assume a responsabilidade dos cuidados aos idosos, “já que, na realidade, existe um cuidador principal que dá resposta às necessidades derivadas dos problemas” (Lage, 2007, p.74).

Sequeira (2007) caracteriza o cuidador informal, como sendo habitualmente um membro da família que se responsabiliza diretamente pela totalidade dos cuidados, cuidando de forma sistemática, e por vezes solitária, já que não possui ajuda de outros membros da família. Alguns autores (Grünfeld, Glossop, McDowell e Danbrook, 1997; Goodhead e McDonald, 2007; Lage, 2007; Figueiredo, 2007 e Sequeira, 2010) afirmam que, na maioria das famílias, a escolha deste papel é feita de forma subtil sendo influenciada por características e experiências pessoais de cada membro da família, bem como pelo contexto em que esta se insere.

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

O cuidado formal diz essencialmente respeito à prestação de cuidados “executada por profissionais devidamente qualificados (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.)” (Sequeira, 2010, p.156). Os cuidadores informais são definidos como as pessoas, habitualmente família, amigos, vizinhos e outros que têm a responsabilidade da prestação de cuidados, preferencialmente no domicílio (Lage, 2007, Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010).

É comum encontrar-se na literatura várias nomenclaturas para o prestador de cuidados informal: cuidador informal, cuidador familiar e ainda familiar prestador de cuidados, já que a literatura aponta que a maioria dos prestadores de cuidados são familiares (Figueiredo, 2007; Goodhead e McDonald, 2007; Azevedo, 2010

Sequeira, 2010; Pereira, 2011; Stajduhar, 2013).

Ao longo deste trabalho será utilizado o termo de “cuidador familiar” para definir o cuidador principal, no seio da família, que presta cuidados ao seu familiar idoso.

A adaptação ao papel de cuidador, requer o envolvimento de diversas variáveis interrelacionadas, variando este processo em função do cuidador, da pessoa dependente e do contexto situacional em que se desenvolve a relação de prestação de cuidados. A adaptação surge assim, como o resultado do processo de transição, após um momento de crise, como o é a prestação de cuidados a um idoso. É nesta perspetiva que as transições são objeto da disciplina de enfermagem quando se relacionam com a saúde e a doença ou quando as suas respostas são manifestadas por comportamentos relacionados com a saúde (Meleis, 2000).

Embora na atualidade se encontrem cuidadores de ambos os sexos, vários estudos constataam que a tarefa do cuidar é maioritariamente desempenhada por mulheres, habitualmente as esposas, seguindo-se as filhas e posteriormente as noras (Lage, 2007; Andrade, 2009; Sequeira, 2010; Santana, 2010; Brown, 2010). Segundo Santana (2010), esta constatação é o resultado de modelos sociais, onde as diferenças associadas ao género, são uma construção ideológica sobre “o que é ser homem e ser mulher, como também o que é próprio de cada sexo” (Santana, 2010, p.75).

De acordo com Nardi, Santos, Oliveira e Sawada (2012), o ambiente onde atuam os cuidadores familiares, adota um nova dinâmica devido à alteração de papéis sociais, que implica inevitavelmente que se estabeleçam novas relações familiares entre os seus membros e a pessoa idosa.

O papel de cuidador familiar como anteriormente referido, surge de forma progressiva e mediante algumas variáveis “ na maioria das famílias, a escolha do cuidador é algo muito subtil, influenciada pelas características e experiências pessoais de cada membro da família e pelo contexto em que se encontra” (Sequeira, 2010, p.161). Para Sequeira (2010), o cuidador familiar necessita de adquirir e desenvolver diversas competências, face à complexidade do seu papel, tendo em conta a quantidade de novas funções que tem de desempenhar, e para as quais não se encontra geralmente preparado.

Para Sequeira (2010), Ferreira (2013), Lourenço, Figueiredo e Octávio de Sá (2015), o desempenho do papel de cuidador familiar acarreta um elevado impacto na vida do indivíduo, despoletando um conjunto específico de necessidades e dificuldades na execução desta tarefa. Mas, o cumprimento deste papel, também pode apresentar uma série de aspetos gratificantes, “as repercussões associadas ao cuidar envolvem um conjunto de variáveis que são potencialmente responsáveis pelas alterações positivas ou negativas no contexto do cuidado” (Sequeira, 2010, p.285) sendo o equilíbrio entre os aspetos positivos e negativos determinante na melhor ou pior vivência deste papel (Lourenço, Figueiredo e Octávio de Sá, 2015).

A natureza das repercussões associadas à prestação de cuidados tem vindo a ser progressivamente mais estudada, encontrando-se frequentemente o termo “sobrecarga” (“*burden*”), como indicativo das consequências negativas, correspondentes às alterações ou mudanças específicas na vida de quem cuida de um familiar idoso (Andrade, 2009; Figueiredo, 2007; Sequeira, 2010), pois esta tarefa compromete frequentemente a saúde e o bem-estar dos cuidadores (Santos, 2003).

Segundo Dorothea Orem (1993) cada indivíduo tem a capacidade de cuidar de si próprio, definindo esta autora o conceito de autocuidado como “a prática de atividades feitas pelos indivíduos em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, saúde e bem-estar” (Orem, 1993, p.131). A autora apresenta este modelo como uma visão orientada para a saúde, tendo por base a convicção, de que o ser humano tem habilidades intelectuais e práticas que o indivíduo precisa desenvolver para manter o seu bem-estar, ou seja, satisfazer as suas próprias necessidades, conferindo desta forma à teoria do autocuidado, um carácter singular e contínuo. Nesta perspetiva o autocuidado deve ser voluntário e intencional, pressupondo um processo de ação / intervenção. Introduce-se desta forma o novo conceito de *agente de cuidados*, onde cada pessoa é agente de si mesma. O autocuidado não acontece quando o indivíduo apresenta algum défice ou alguma dependência, sendo o papel de agente de cuidados transferido para a família e/ou para o enfermeiro que tem conhecimentos específicos para uma resposta adequada. Nas situações de idosos com autonomia comprometida em que existe a necessidade do auxílio de um familiar para a realização das suas AVDs, o cuidador familiar torna-se o seu agente de

cuidados. No entanto, a tarefa de prestar cuidados, pela sua especificidade e cargas física e psicológica, leva por vezes ao abandono das próprias necessidades por parte do cuidador, transferindo-as para um segundo plano de prioridades, e tornando o cuidador familiar incapaz de ser agente de cuidados de si mesmo.

As ações desenvolvidas para a concretização do autocuidado, são denominadas por Orem (1993), de requisitos do autocuidado e abrangem os requisitos “universais”, de “desenvolvimento” e os de “desvio de saúde”. Os primeiros, “comuns a todos os seres humanos”, dizem respeito aos processos de manutenção da vida (Orem, 1993, p.140). Os requisitos “de desenvolvimento”, apesar de serem manifestações dos “requisitos universais”, denotam alguma adaptação ou mudança. Dentro deste requisito a autora considera a possibilidade de criar e manter as condições que conservem os processos vitais e promovam os processos de desenvolvimento em todas as etapas da vida, ou a previsão de cuidados associados aos efeitos de condições que podem afetar negativamente o desenvolvimento humano. Neste último requisito, a autora enumera dois predicados, sendo em determinadas condições um, a “previsão de cuidados para prevenção de efeitos negativos”, e o outro a “previsão de cuidados para minimizar ou superar os efeitos negativos”.

Por último, o requisito de “desvio de saúde” coloca-se somente em situação de doença (Orem, 1993). Desta forma, conclui-se que Dorothea Orem tem como propósitos de intervenção, a prevenção de doenças e a manutenção da vida humana, de forma a criar, diferentes níveis de intervenção de enfermagem, que procuram compensar e superar as limitações associadas às situações de saúde-doença, através do autocuidado, nos cuidados em situação de dependência e na recuperação da saúde (Orem, 1993, p.41). Como identificado anteriormente, nas situações em que o autocuidado não é passível de ser realizado, a pessoa pode beneficiar da colaboração da equipa de saúde para satisfação das suas necessidades. Orem identifica cinco métodos de ajuda: “agir ou fazer para o outro”, “orientar o outro”, “apoiar o outro, física ou psicologicamente”, “proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal” ou “ensinar o outro” (Orem, 1993, p. 10). A seleção do método de ajuda passa inevitavelmente pelo conhecimento das necessidades e das razões que estão na base do défice de autocuidados. Nesta perspetiva o enfermeiro pode desenvolver os cuidados num

sistema “totalmente compensatório”, “parcialmente compensatório” ou de “apoio-educação” (Orem, 1993, p.321- 324), procurando capacitar a pessoa para o seu autocuidado.

“o interesse da enfermagem já não se centra numa perspetiva utilitária – em que se considera que se o cuidador “estiver bem” e “bem preparado” cuida melhor da pessoa dependente- mas assume-se o próprio cuidador como alguém junto de quem os enfermeiros têm a responsabilidade, pelas suas próprias respostas de adaptação ao seu desenvolvimento do papel como cuidadores, e não só em função do bem-estar da pessoa que por si é cuidada” (Pereira, 2011, p.6).

É importante que o enfermeiro, especialmente o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, tenha sempre presente o seu lugar privilegiado, junto da comunidade, assumindo um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efetivos ganhos em saúde (Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, 2010, p.1).

Desta forma, é esperado que os enfermeiros tenham a capacidade de olhar para a(s) família(s) como um importante aliado na prestação de cuidados à pessoa idosa, com especial enfoque no cuidador familiar, devendo este ser considerado como passível de foco de intervenção e contemplar o plano de cuidados (Sequeira, 2007). Também o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (PNS 2012-2016), atendendo a esta problemática, expõe a necessidade de capacitação para lidar com a doença, para o autocuidado e para o apoio às famílias e aos prestadores de cuidados.

O ideal de apoiar e educar o cuidador familiar no seu autocuidado e no desempenho do seu papel, é igualmente corroborado e identificado pela Ordem dos Enfermeiros (2010) ao afirmar que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tem um papel preponderante na identificação e no fornecimento de uma adequada resposta às necessidades do indivíduo/família, grupo ou comunidade, intervindo em múltiplos contextos e desenvolvendo programas e projetos de intervenção que procurem a “capacitação e o

“*empowerment*” das comunidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1). Assim, desenvolveu-se este projeto, segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, junto dos cuidadores familiares de pessoas idosas.

4. PLANEAMENTO EM SAÚDE

Planear, em Saúde, apresenta-se como um “processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objectivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos atuais ou previsíveis no futuro” (Tavares 1990, p.29). O Planeamento em Saúde procura em si mesmo atingir um estado de saúde, utilizando para isso a promoção para a saúde, a prevenção de doenças, a cura e a reabilitação, através da introdução de mudanças no comportamento das populações (Tavares, 1990).

No processo de tomada de decisão no Planeamento em Saúde, colocam-se dois princípios fundamentais, o da distribuição de recursos e o da equidade e eficiência. Segundo Imperatori e Giraldes (1992), o planeamento em saúde compreende três fases fundamentais, a elaboração do plano, a sua execução e a avaliação do mesmo. A fase de elaboração do plano, compreende a fase de diagnóstico da situação, a definição de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a elaboração de programas e projetos e a preparação da execução do plano.

4.1 Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação é para Imperatori e Giraldes (1992) a primeira etapa do Planeamento em Saúde, caracterizando-se por ser vasta, profunda, sucinta e clara. Esta etapa deve ser suficientemente vasta, para incluir os sectores económicos e sociais, que permitem a identificação dos principais problemas de saúde e respetivos fatores condicionantes; profunda, para explicar as causas desses problemas; sucinta e clara, para que seja de fácil compreensão.

O diagnóstico de situação iniciou-se numa primeira fase em Julho de 2014, mas condicionalismos externos relacionados com o tempo de execução do projeto, levaram à necessidade de continuar em Setembro de 2014. Para escolher a população alvo, foi realizada uma reunião com a coordenadora de enfermagem da

USF CSI Seixal e com a professora orientadora de estágio, onde face às características apresentadas pelos utentes desta USF, se justificava estudar os cuidadores familiares de pessoas idosas acompanhados pela equipa de visitação domiciliária.

Durante o período de estágio e principalmente nesta etapa do projeto foram tidos em conta aspetos como a valida o dos instrumentos de colheita de dados e as questões  ticas associadas a qualquer projeto de investiga o /ou interven o.

Caracteriza o da USF CSI Seixal

A USF CSI Seixal pertence ao município do Seixal que tem uma área de 94 km² e   composto por 6 freguesias (Seixal, Arrentela, Aldeia de Paio Pires, Fernão Ferro, Amora e Corroios). Este município, situa-se na Península de Setúbal e pertence    rea Metropolitana de Lisboa (AML)-Sul.

O concelho do Seixal possui mais de 150 mil habitantes (Censos de 2011), estando a popula o seixalense claramente a envelhecer, uma vez que em 2001 o seu  ndice de envelhecimento era de 60,3% e atingiu em 2011 um valor de 94,9%. Também o  ndice de dependência de idosos sofreu um aumento nestes anos, passando de 14% em 2001, para 28,8% em 2011 (Censos 2011).

A USF CSI Seixal está integrada no ACES Almada Seixal, e ocupa atualmente o mesmo edifício que a Unidade de Cuidados Continuados do Seixal (UCC Seixal) e a USF Cuidar Saúde. Esta Unidade abrange tr s freguesias, a do Seixal, da Arrentela e a Aldeia de Paio Pires. A sede de Centros de Saúde do Seixal,   qual pertence a USF CSI Seixal, cobre uma área populacional superior a 30 000 utentes, dos quais 16,326% estão inscritos na USF CSI Seixal (dados de Julho de 2014 obtidos através do sistema informático *Medicine One*).

Os utentes estão distribuídos por oito listas, cada uma destas atribuída a um médico e a um enfermeiro de família, dando-lhes apoio cinco assistentes administrativas e uma assistente operacional. Dos programas de interven o que esta unidade possui, destacam-se a Saúde Infantil e Juvenil, a Saúde Materna e Planeamento Familiar, Diabetes, Vacina o, Visita o Domiciliária, Cuidados Curativos e Doença Aguda.

Caracterização da População Alvo

Foi escolhida como população alvo deste projeto “todos os cuidadores familiares de pessoas idosas inscritos na USF CSI Seixal, acompanhados em Programa de Visitação Domiciliar”. Esta população foi constituída na sua totalidade por 18 cuidadores familiares (Julho de 2014) no entanto, só 10 participaram no estudo, uma vez que a aplicação dos instrumentos de colheita de dados só foi realizada em Dezembro de 2014. Durante este intervalo, existiram as férias curriculares e houve a necessidade da estudante voltar a participar nas visitas domiciliarias da USF CSI Seixal, para reestabelecer as relações com os cuidadores familiares, e identificar possíveis alterações, que pudessem resultar na necessidade de alterar os instrumentos de colheita de dados. A autorização ao ACES foi pedida em Outubro de 2014, e foi obtida resposta do Núcleo de Formação e Investigação (NIF) do ACES Almada Seixal em Novembro, tendo sido sugeridas algumas alterações de ordem estatística aos questionários. A autorização para a implementação dos instrumentos de colheita de dados foi dada em Dezembro de 2014.

Foram tidos como critérios de inclusão os cuidadores principais serem cuidadores de pessoa com 65 ou mais anos de idade e terem grau parentesco com os doentes acompanhados pela equipa de visitação domiciliária da UFS CSI Seixal.

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

Durante este período, dos dezoito cuidadores familiares inicialmente identificados como população alvo, quatro tiveram os seus familiares idosos com alta dos cuidados domiciliários, dois cuidadores familiares recusaram-se a participar no projeto, e outros dois tinham ou ficaram com o seu familiar internado, ficando assim a população alvo reduzida a dez cuidadores familiares.

Procedimentos de colheita de dados

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

O processo de colheita de dados foi efetuado com recurso à aplicação de múltiplos instrumentos de colheita de dados aos cuidadores familiares de pessoas idosas acompanhadas pelo programa de visitação domiciliária. Foram aplicados no domicílio do cuidador, mediante marcação telefónica e presencial, prévia, atendendo à disponibilidade destes cuidadores familiares. A aplicação dos instrumentos teve a duração média de uma hora e decorreu no período de 17 e 22 de Dezembro de 2014. Também durante as visitas domiciliárias foram feitas notas de campo como complemento ao diagnóstico de situação. Para Sanjek (1990) as notas de campo são consideradas documentos seguros e concretos de observações, registos imutáveis de ocorrências observadas no passado.

A colheita de dados iniciou-se com a aplicação de um questionário de caracterização do utente idoso cuidado e o índice de Katz¹ para determinação do grau de dependência (Apêndice IV). Posteriormente aplicou-se um questionário de caracterização do Cuidador e da prestação de cuidados, seguido do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) de Brito (2000) e a Escala de Satisfação com o Suporte Social de Ribeiro (1999) (Apêndice V).

O questionário de caracterização do utente idoso no domicílio, composto por 10 questões, tinha como objetivo a caracterização sócio demográfica do utente. Como referido, foi aplicado o Índice de Katz para determinação do grau de dependência dos utentes idosos, optando-se por este índice em detrimento de outros, visto este ser o preconizado pelo sistema informático existente na USF CSI Seixal, o *Medicine One* e desta forma contribuir para a caracterização dos utentes em sistema informático.

O questionário de caracterização do cuidador familiar e dos cuidados é composto por sete perguntas de caracterização sociodemográfica do cuidador familiar e 13 questões que caracterizam o contexto e a situação de prestação de cuidados, nomeadamente: relações de parentesco, tipologia e duração da prestação de cuidados e alguns indicadores de morbilidade do prestador de cuidados.

O Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (tradução de, Care's Assessment of Difficulties Index - CADI) foi desenvolvido no Reino Unido por Nolan e colaboradores (Nolan e Grant, 1989; Nolan, Grant e Keady, 1996,1998), e

¹ Índice de Katz - pertence ao grupo de Escalas de Avaliação Funcional das atividades de vida diárias.

traduzido e adaptado para a população portuguesa por João Barreto e Luísa Brito em 2000, sendo posteriormente validado para a população portuguesa por Carlos Sequeira (2010).

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

Foi igualmente aplicada a Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS), desenvolvida por Ribeiro (1999) em detrimento da Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) traduzida e validada para a população portuguesa por Sequeira (2007). Esta escolha teve por base a observação participante² e as notas de campo, realizadas durante o período de diagnóstico de situação, onde a estudante procurou compreender quais os instrumentos de colheita de dados, que melhor dariam a conhecer as necessidades da população alvo. Constatou-se que a maioria dos cuidadores familiares não aparentava encontrar-se em sobrecarga, mas sim, mantinham dificuldades específicas na prestação de cuidados, verificando-se maioritariamente um isolamento social. Por esta razão foi avaliada a perceção dos cuidadores em relação ao apoio social que dispõem.

Através das “notas de campo” realizadas na “observação participante”, bem como das reflexões que a estudante foi realizando ao longo do período de diagnóstico de situação, foi visível a necessidade de utilizar outro método, que permitisse aprofundar questões, que tanto os questionários como escalas aplicados, não pareciam esclarecer. Por essa razão, optou-se pela realização de dois estudos de caso, tendo por base os artigos de Bogdan (1994) e Ponte (2006). Segundo Ponte (2006), um estudo de caso é usado quando o investigador procura compreender uma situação tal como ela é, não pretendendo modificá-la. O mesmo

² Observação Participante - O trabalho de campo é uma forma de questionar e compreender os outros. Para que este seja obtido com o máximo rigor, recorre a diversas técnicas de entre as quais a observação participante, onde o investigador “vive com e vive como” aqueles que estuda. Para tal envolve-se com a sua população de estudo por um período de tempo normalmente longo, mas não fixo. Assim, a observação participante resulta do contato direto, frequente e prolongado com o objeto de estudo, procurando uma visão rígida e precisa do elemento estudado, com o mínimo de deformação subjetiva, inerente à observação do próprio investigador (Maanen, 1988).

autor descreve o estudo de caso como “uma “investigação que se assume como “particularística”, ou seja,

“que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir o que há nela de mais essencial e característico e, desse modo contribuir para a compreensão global de um certo fenómeno de interesse” (Ponte, 2006, p.2).

Uma vez considerada pela estudante a experiência de observação participante junto de todos os cuidadores familiares de pessoas idosas visitados, serão posteriormente apresentados dois estudos de caso ilustrativos das dificuldades e necessidades de duas cuidadoras da amostra. A opção recai sobre uma cuidadora que cuida do marido e outra que cuida da mãe, “ muitas vezes fazem-se “estudos de caso múltiplos”, ou seja, diversos estudos de caso de algum modo comparáveis, com o fim de ajudar a conhecer melhor a diversidade de realidades que existem dentro de um certo grupo” (Ponte, 2006, p. 5). Os estudos de caso foram desenvolvidos no domicílio das cuidadoras em questão, tendo sido a colheita de dados obtida através da observação participante, das notas de campo, dos questionários e da entrevista.

Questões Éticas

Como já anteriormente referido, no desenvolvimento deste estágio deu-se especial atenção às questões éticas que envolvem e regulam qualquer projeto de intervenção. Nesse sentido foram solicitadas as seguintes autorizações: Autorização dos autores das escalas CADI e ESSS (Professora Doutora Luísa Brito e Professor Doutor Luís Ribeiro, respetivamente) para a aplicação destas (Apêndice I), o consentimento informado e esclarecido a todos os cuidadores familiares de pessoas idosas acompanhados pela equipa de visitação domiciliária (Apêndice III), tendo por base a Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina, no artigo 5º.

A Autorização para a aplicação dos instrumentos de colheita de dados aos cuidadores familiares de pessoas idosas acompanhados pela equipa de visitação domiciliária da USF CSI Seixal, bem como a autorização para a utilização do nome do ACES AS e da USF CSI Seixal poderem ser mencionados e identificados, no decorrer do estágio e respetivo relatório, ao Diretor do ACES AS,   Diretora Clínica

do ACES AS e à Coordenadora da USF CSI Seixal (Apêndice II).

4.2 Apresentação e análise dos Resultados

A confidencialidade das respostas aos questionários foi garantida através da atribuição de um código de identificação a cada questionário.

Para o tratamento dos resultados obtidos utilizou-se a estatística descritiva (Microsoft Office Excel, 2010), tal como é preconizado pelo Planeamento em Saúde.

Caracterização do utente idoso no domicílio:

Os idosos cuidados caracterizam-se por serem, na sua maioria mulheres (n=6). Seis idosos cuidados, têm idades iguais ou superiores a 75 anos e inferiores a 85 anos correspondendo este intervalo, segundo os Censos Norte Americanos (U.S. Census Bureau, 1995) à classificação de “Idosos”, 3 indivíduos “Muito Idosos” (idades iguais ou superiores a 85 anos) e somente um “Idoso Jovem” (idade igual ou superior a 65 anos e inferior a 74 anos) (Apêndice VI). A amostra caracteriza-se por ter cinco indivíduos viúvo/a e cinco casado/a. Relativamente ao grau de frequência de ensino mais elevado este varia com quatro indivíduos que “não frequentaram o sistema de ensino”, cinco pessoas que fizeram o “ensino primário (até ao 4ºano)” e apenas um utente que frequentou o “ensino básico (até ao 9º ano)”.

São várias as razões pelas quais estes utentes se tornaram dependentes, e por vezes, são apontadas pelos cuidadores mais do que uma razão para a situação de dependência. Assim, três cuidadores apontam os AVC's (Acidentes Vasculares Cerebrais) como a causa da dependência, em igual número a demência que associada a patologias como a diabetes, tornaram estes utentes não só dependentes mentais³ como físicos. Outras doenças como a diabetes e as doenças osteoarticulares são igualmente referidas por dois cuidadores, bem como as neoplasias, mencionadas por um cuidador.

A tipologia da dependência dos idosos cuidados é na sua maioria uma dependência física (n=7) não existindo nenhum inquirido com apenas dependência mental. Foi igualmente questionada a profissão anterior à dependência, onde cinco

³ Dependência Mental - Dependência causada por patologia mental, com um conjunto de sintomas específicos e característicos da doença mental (alterações da cognição, do comportamento e da interação) (Sequeira, 2010).

das seis mulheres inquiridas eram “Domésticas” e uma “trabalhava no campo”. As profissões masculinas variavam entre jardinagem (n=1), forneiro (n=1), serralheiro naval (n=1) ou descarregador de peixe (n=1). As atuais fontes de rendimento dos utentes visitados, são na sua maioria a pensão de velhice (*reforma*) (n=9), sendo que dois dos utentes recebem outros rendimentos como o “complemento por dependência”⁴.

Relativamente à habitação dos utentes a maioria (n=7) vivem em casas próprias (dos utentes idosos ou dos filhos com quem coabitam), no centro das povoações, possuindo eletricidade e somente um não tem saneamento básico. A acessibilidade é feita através de escadas (n=9) e já nenhum dos idosos possui carro próprio ou tem capacidade de deslocação em transportes públicos.

O motivo pela qual estes utentes foram admitidos em programa de Visitação Domiciliária deve-se somente à “Pessoa em situação de dependência com deterioração significativa das atividades básicas de vida diárias”. A escala de avaliação de dependência para caracterização dos idosos foi, como referido anteriormente, o Índice de Katz. Observou-se pela sua aplicação que sete dos utentes cuidados por familiares são totalmente dependentes e três são “parcialmente dependentes”.

Caracterização dos cuidadores familiares e da prestação de cuidados:

Como referido anteriormente a amostra deste projeto é constituída por 10 cuidadores familiares. Pela análise dos resultados, e conforme apresentado no quadro I, constata-se que todos os cuidadores inquiridos são mulheres, a maioria (n=8) com idades compreendidas entre os 25 e os 64 anos, existindo na nossa amostra duas cuidadoras com mais de 65 anos. Tratam-se sobretudo de “filhas” (n=3) dos idosos cuidados, de mulheres (n=3) e nora (n=1). Em sete dos casos, as cuidadoras são casadas. Os utentes de quem cuidam estão a viver nas suas casas (n=8) ou vivem no mesmo bairro/ rua (n=2). O grau de frequência do ensino mais elevado varia entre o “Ensino Secundário” (n=3), “Ensino Básico”(n=2), “Ensino Primário”(n=4), e uma cuidadora que, não “Frequentou o Sistema de Ensino”.

⁴ Complemento por dependência – Apoio mensal, em dinheiro, dado aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as suas necessidades básicas da vida quotidiana (Centro Nacional de Pensões, 2015).

Quanto à sua situação profissional, cinco são reformadas, três empregadas e duas desempregadas. Questionadas sobre a sua saúde, metade das cuidadoras define-se com “boa saúde” (n=5), havendo uma cuidadora que se percebe com uma “fraca saúde” afirmando-se as restante com uma saúde “razoável”.

Quadro I: Caracterização da amostra dos cuidadores familiares de pessoas idosas acompanhados pela equipa de VD da USF CSI Seixal

Caracterização dos <u>cuidadores familiares</u> da VD da USF CSI Seixal		Nº Utentes
Sexo	Feminino	10
Idade	≤ 29	0
	30 a 64 anos	8
	65 e mais anos	2
Estado Civil	Casado/a	7
	Solteiro/a	1
	Separado (a)/ Divorciado (a)	1
	União de facto	1
Escolaridade	Não frequentou o sistema de ensino	1
	Ensino Primário (até ao 4º ano)	4
	Ensino Básico (até ao 9º ano)	2
	Ensino Secundário	3
Situação Profissional atual	Empregado	3
	Desempregado	2
	Aposentado	5
Parentesco com a pessoa de quem cuida	Esposa	3
	Filha	6
	Nora	1
Distância da residência do cuidador à do familiar	Vivem na mesma casa	8
	Vivem no mesmo bairro/ rua	2
Remuneração pelos cuidados	Sim	1
	Não	9
Autocaracterização da saúde do cuidador	Bom	5
	Razoável	4
	Fraco	1

Relativamente à duração de prestação de cuidados, 4 das cuidadoras inquiridas prestam cuidados há mais de 3 anos e há menos de 5 anos, 3 cuidadoras prestam cuidados há mais de 5 anos e as restantes à menos de 3 anos. Estes cuidados diários têm a duração média de 5-10 horas em três casos e em mais de 10 horas noutros três casos. Nos restantes casos, a duração média da prestação de cuidados varia de 2 a 5 horas. Os cuidados prestados são bastante semelhantes entre todas as cuidadoras, como podemos ver no apêndice VII, destacando-se “Auxilia na mobilidade” e “Vai às compras” (n=9), sendo “Passeia ou realiza atividades de lazer” aquele que é menos praticado pelas cuidadoras (n=2).

Questionadas sobre o prazer que retiram da prestação de cuidados ao familiar, a maioria das cuidadoras (n=8) refere sentir-se “contente por poder participar na vida do seu familiar de forma útil”, sendo que somente uma, acrescenta o facto da sua relação pessoal ter melhorado, e uma que afirma “Não consigo retirar prazer dos cuidados que presto”.

A necessidade de faltar ao trabalho, tanto por razões de doença do familiar, como por razões de doença do cuidador não se verifica nos casos em que as cuidadoras estão empregadas. As razões apresentadas para as situações em que a família foi afetada pela situação de prestação de cuidados, são sobretudo pela necessidade de remodelação do espaço familiar para acomodação do idoso dependente, com filhos ou netos a transferirem os quartos para divisões menos cómodas, como a “sala de estar” ou “um anexo”. Foi igualmente referida a “incapacidade de fazer férias em família ou pequenos fins-de-semana” pela necessidade de um elemento da família ficar a cuidar do idoso dependente.

Inquiridos sobre a colaboração de outras pessoas na prestação de cuidados, sete cuidadoras (n=7) afirmam contar com a colaboração de cuidadores secundários, contando estes, na sua totalidade, com a colaboração dos apoios sociais (AS) da sua área de residência. Destas sete cuidadoras, só três contam igualmente com a ajuda esporádica de familiares. As três cuidadoras que não recebem atualmente ajuda, argumentam diferentes razões, nomeadamente que “já tiveram apoio social mas que era insuficiente”, “não consideram necessário visto o utente ainda colaborar bastante” e porque enquanto cuidadoras “ainda se sentem capazes de prestar cuidados sem ajuda”.

Os apoios prestados pelos cuidadores secundários, quer sejam de apoios

sociais, quer sejam por outros familiares, na maioria dos casos são “cuidados pessoais” (n=6) e “Alimentação” (n=4), existindo somente um cuidador secundário (filha), responsável igualmente pelo “tratar de assuntos burocráticos”, “Gerir dinheiro” e “Ir às compras”. Em média os cuidadores recebem cerca de 2 horas de apoio diárias (n=3), existindo duas cuidadoras que recebem apenas 1 hora de cuidados diários) e outra que recebe 4 horas em média. Este apoio por parte dos serviços sociais é pago mensalmente consoante a reforma do idoso e os rendimentos familiares, variando os valores na maioria dos casos (n=3) entre os 200 e os 300 euros. Questionadas, as cuidadoras que não recebem apoio social, apenas uma refere gostar da ideia.

Os resultados obtidos relativamente à caracterização das cuidadoras desta amostra, vão na sua maioria, ao encontro da literatura (Araújo, 2010; Brown, 2010; Sequeira, 2010; Figueiredo, 2007 entre outros). Segundo o estudo de Lourenço et al. (2015) que analisa a produção científica em Portugal entre 2003 e 2013, conclui que:

“continua a ser a mulher a principal responsável pela prestação de cuidados aos elementos dependentes, seguindo uma tradição há muito enraizada. É a esposa ou filha o membro da família sobre quem recai este importante papel, a qual possui maioritariamente uma baixa escolaridade (1º ciclo), idade superior a 55 anos, nenhuma atividade profissional ativa, poucos recursos, coabita com o receptor de cuidados e desempenha o papel de cuidador há mais de 12 meses” (Lourenço et al, 2015, p.4).

Através da aplicação dos questionários e das escalas, os resultados apurados, apesar de refletirem as observações da estudante durante o seu período de diagnóstico de situação, não evidenciavam todo o impacto e complexidade que a prestação de cuidados a um familiar tem na vida de um cuidador. Por essa razão optou-se por completar os resultados do estudo com outros instrumentos de avaliação, nomeadamente, notas de campo e dois Estudos de Caso, realizados junto de duas cuidadoras da amostra.

Maria e Aida: duas cuidadoras familiares

Assim como Sequeira (2010), também Brown (2010) afirma que os cuidadores familiares são na sua maioria mulheres. Esta autora, acrescenta ainda, que existe uma forte pressão social para que sejam as mulheres as cuidadoras dos

idosos da família, havendo consequências sociais para as mulheres que não cumprem com este papel. Os dois estudos de caso apresentados, vão ao encontro da literatura, pois apresentam duas mulheres que prestam cuidados, sendo num dos casos a pessoa cuidada o marido e no outro caso a mãe. A divergência com a literatura encontra-se na segunda cuidadora familiar, que é remunerada pelos cuidados que presta. Para preservar a identidade das cuidadoras, os nomes destas são pseudónimos.

Maria, cuidadora do marido

Este estudo de caso foi realizado ao longo do estágio, durante as várias visitas em que foi realizada observação participante e aplicado o questionário. É importante referir que a nossa conversa foi diversas vezes interrompida para que a D. Maria fosse acalmar o Sr. Vasco, seu marido, que entretanto gritava por ela. Sempre que a D. Maria perguntava as razões dos seus gritos, este respondia também a gritar, sem especificar uma queixa concreta.

A D. Maria é uma senhora de 78 anos, de estatura baixa, cabelo branco olhos tristes e com olheiras, sempre de pantufas calçadas. Nasceu em Cuba, no “distrito de Beja”, como fez questão de dizer. Em Cuba estudou até “à 3ª classe”, tendo casado com o senhor Vasco “aos vinte e pouco anos”, altura em que saiu de casa dos pais para ir viver com o marido. Fizeram a sua vida na vila onde nasceram, trabalhando como trabalhadores rurais indiferenciados por conta de outrem e o Sr. Vasco trabalhou ainda por conta própria como lenhador e corticeiro. Tiveram dois filhos, a mais velha tem hoje 55 anos, e o mais novo “vai com 43”. Também os filhos estudaram em Cuba. A filha casou ainda “na terra”, mas o genro acabou por encontrar trabalho no Seixal, na construção civil, e decidiram mudar-se, quando a filha e a sua família saiu de Cuba.

Compraram “uma casinha” no Seixal, bastante próxima da filha, “para a ajudarmos”, e continuaram a trabalhar. O Sr. Vasco trabalhou para a Câmara Municipal do Seixal como jardineiro, e a D. Maria era empregada doméstica “na casa de uma pequena”, onde trabalhou cerca de 20 anos. Também no Seixal o Sr. Vasco mantinha a atividade agrícola, paralelamente com o seu ofício de jardineiro, pois “ele era muito mexido, não parava em casa”, até ao dia em que teve um AVC. A D. Maria recorda-se com clareza desse dia, “foi a 29 de Setembro de 2011”, e conta com

pormenor o dia em que o esposo ficou doente e toda a sua vida mudou “mudou tudo dai em diante, mudou tudo”. Conta-me como o Sr. Vasco “abalou nesse dia de manhã e antes de almoço já vinha assim”. Chorosa explica como foi o período em que cuidou do Sr. Vasco, “foram dois anos sozinha”, a filha ajudava-a esporadicamente mas, “tinha de se governar” justifica. Após dois anos a cuidar do marido passou por um período conturbado da sua vida, “estava a ficar muito cansada, muito cansada mesmo”, confidencia enquanto chora. Começou a ter muitas dores na coluna e dificuldades na marcha, resultando numa queda sem consequências graves, mas com necessidade de injeções diárias de analgésico e anti-inflamatório. “ A minha filha já não sabia o que havia de fazer e eu falei com umas primas, e elas vieram-me buscar”, esteve em Cuba “23 dias”.

Foi durante a sua ausência que a filha teve de levar o pai para a sua casa pois “não conseguia andar para cima e para baixo a toda a hora”, e assim passaram a viver em casa da filha durante algumas semanas, “até que o Sr. da frente saiu” e mudaram-se para o apartamento em frente ao da filha. Vivem atualmente num pequeno apartamento, na cave de um prédio, “mas assim a minha filha consegue vir cá mais vezes”. Nesta casa pagam renda, o que deixa D. Maria um pouco indignada, pois “temos uma casinha boa que é só nossa e tá lá, a estragar-se”. Percebe-se no decorrer da conversa que nesta sua antiga casa vive o filho mais novo da D. Maria. Este veio para o Seixal a acompanhar os pais, e rapidamente arranhou trabalho, também na construção civil, foi casado, “mas desentenderam-se antes de ter filhos, agora tem um café aqui perto”.

A D. Maria, conta com tristeza, que atualmente é a filha quem presta os cuidados de higiene ao Sr. Vasco, que faz as compras, gere o dinheiro e trata das questões burocráticas, “antes era eu que fazia tudo, mas agora já não posso”.

Questionada sobre como aprendeu a cuidar do marido, diz que foi aprendendo. Não chegou a cuidar dos pais, “eles morreram muito novos”, afirma que “estas coisas vão-se aprendendo”. Também teve a ajuda das voluntárias da AURPIS (Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos do Seixal) que colaboravam nos cuidados, e também elas lhe ensinaram algumas coisas, “antes era eu que tratava de tudo, mas agora a minha filha é que faz muito”. A ajuda destas ajudantes foi dispensada ao fim de pouco tempo de cuidados porque, segundo a D.

Maria, como o marido estava totalmente dependente, ela acabava por “tratar dele e na hora em que as ajudantes chegavam”, já ela tinha tratado do marido.

Quando inquirida sobre as ajudas que recebe, aponta a filha como principal auxiliar das suas necessidades, tanto na prestação de cuidados, como em ser o seu apoio pessoal “falar das coisas é com a minha filha, não há mais ninguém!”.

De forma geral sente-se bem tratada pela família, e aponta a falta de ajuda que sente, como um sentimento injusto, visto que a família tem de trabalhar.

Afirma que nunca foi uma pessoa “de andar na rua”, mas saía de casa todos os dias para ir às compras e beber café, falava com as pessoas “apesar d’agente saber que não se pode dar muita confiança”, mas afirma enquanto chora, que desde o AVC do marido, nunca mais saiu.

Desde o AVC que o Sr. Vasco não sai da cama, “precisa de ajuda para tudo, tudo, tudo”. Cuida do marido há 3 anos, apesar de não compreender concretamente o que se passou “dizem que isto que lhe deu apanhou um bocadinho do cérebro, porque ele nas análises não tem nada”.

Questionada sobre os seus hábitos de vida, diz que come pouco e várias vezes ao longo do dia, mas que tem pouco apetite às refeições principais. Acrescenta que deixou de comer carne, “já não me sabe bem”, e bebe 1,5L de água por dia, “que a médica mandou”.

Diz que a sua saúde “vai andando”, a hipertensão está controlada, mas o colesterol continua alto. As dores “já fazem parte, a gente já nem liga” mas acrescenta que quando se esforça mais fica mais aflita, “é a minha coluna que é doente”.

Inquirida sobre o que é para ela cuidar, responde-me que “é fazer tudo por ele e para ele. Esqueceu-se de tudo, menos do meu nome”.

Nas palavras de Maria encontramos diversos sentimentos, nomeadamente culpa pelo cansaço e dificuldade que sente na prestação de cuidados; a sensação de monotonia do seu dia-a-dia; a solidão e o isolamento social.

A verbalização destes sentimentos, são igualmente encontrados no estudo de Pereira (2011) onde este autor os explora de forma global e individualizada, reforçando a necessidade dos profissionais de saúde irem além do que é facilmente observável e procurarem conhecer as realidades individuais de cada cuidador.

“ o desenvolvimento do processo de dependência em relação à pessoa de quem se cuida é um dos factores que poderá conduzir ao isolamento social e suas repercussões. Não é preocupante, em si só, a restrição dos contactos sociais, mas sim as consequências que advêm da percepção de se sentir isolado” (Pereira, 2011, p. 166).

Aida, cuidadora da mãe

A D. Aida é uma mulher de 45 anos, de estatura média, muito prática, que trata todos os profissionais que fazem a visitação domiciliária na segunda pessoa do singular. Não   uma mulher com quem seja fácil conversar, pois apesar de falar sobre tudo, e estar sempre a par das notícias do dia, no que toca   sua vida pessoal   mais reservada.   muito acarinhada pela vizinhança, sendo visível a preocupa o para com ela, pois sempre que a D. Aida não está em casa dos pais para receber a equipa de visita o domiciliária, os vizinhos v o logo chamá-la, esteja ela na sua casa, no café, ou mercearia próximos.

Este estudo de caso foi sendo construído ao longo do estágio, e a rela o que se estabeleceu entre a estudante e esta cuidadora, permitiu que D. Aida fosse contanto a sua história progressivamente. Durante este estágio, o pai da D. Aida faleceu no hospital com uma grave pneumonia, contra todas as expectativas, visto ser um homem saudável, apesar de ter tido hábitos de vida patog nicos enquanto novo. Esta altera o na estrutura familiar, concentrou a D. Aida de forma mais realista na possibilidade de morte da mãe, e a sua perspetiva positiva da vida tornou-se menos evidente, e isso   not rio nas notas realizadas. Antes da morte do pai, D. Aida referia-se a ambos como “estão para durar” e mesmo confrontada com a situa o clínica da mãe, já bastante anquilosada e a comunicar apenas por sons incompreensíveis além das perceptíveis manifesta es de dor aquando da realiza o dos pensos às úlceras por pressão. D. Aida afirmava que “isso   porque ela precisava de fazer mais fisioterapia (...) e eu percebo tudo o que ela me quer dizer!”. Após a morte do pai, como também será possível constatar mais   frente no seu discurso, D. Aida afirma, chorando que “se ela me morre... eu nem sei... nem quero pensar... mas agora vejo que a vida   muito mais frágil do que parece...”.

D. Aida cresceu no Casal de St  Ant nio, em Paio Pires - Seixal, na casa onde ainda reside a mãe. Estudou até ao 6  ano, tendo casado com o Sr. José,

quando tinha 21 anos. O Sr. José, também de Paio Pires, tinha na altura 24 anos, e por não terem grandes rendimentos viveram em casa dos pais de D. Aida.

D. Aida era na altura “promotora de enchidos”, e lembra-se sorridente desses tempos “eu divertia aquela malta toda, eles eram mais velhos e diziam-me que eu era uma gaiata com jeito para o negócio”. O Sr. José iniciou-se como bancário e progrediu rapidamente na carreira. Aida conta que durante o período que viveu em casa dos pais, eram ela e o marido quem sustentavam toda a família, “o meu marido foi logo para chefe, e nessa altura ganhava muito bem, no tempo dos escudos”. Recorda com saudades, esses tempos, “íamos com os meus pais para todo o lado, era Alentejo, Algarve, Espanha, Marrocos, corremos tudo com eles, e os meus pais só tiveram de poupar”.

Aos 23 anos teve a sua filha mais velha, a Maria, atualmente com 22 anos a estudar na universidade. Diz que juntaram dinheiro “até a Maria ter 5 anos” e só nessa altura saíram de casa dos pais de D. Aida, “só sai daqui, para ir para a minha casa, já com tudo pago”.

Sempre teve um relação muito próxima com os pais e com os irmãos, “somos 6 filhos, e eu sou a mais nova, portanto nem sempre foi fácil, mas dávamo-nos todos bem. Para veres..., a Maria esteve sempre com os avós até ir para a primária, e os meus sobrinhos a mesma coisa, ou pelo menos até irem para a pré”. Dos 5 irmãos, dois estão imigrados, a irmã mais velha vive próximo, e é a que “vai estando mais presente, os outros vêm quando podem”.

Mais tarde nasceu António, o seu filho mais novo, atualmente com 12 anos. Foi durante a sua licença de maternidade que a empresa para quem trabalhava abriu falência, “portanto olha, eu acabada de parir e não recebia nada, diziam que me pagavam e eu nada de receber, com dois filhos! Se não fosse o meu marido, estás a ver”. Após o período de licença começou a trabalhar como “ama de casa”, “tomava conta de crianças, e gostava mesmo. Cheguei a ter cinco crianças para cuidar”. Recorda essa altura com um período feliz da sua vida, “havia dinheiro e todos tinham saúde”. Depois a sua mãe, a D. Angélica teve um cancro da mama. “Não te sei dizer o que é que se passou, ela teve um cancro na mama e depois da cirurgia os médicos disseram que ela estava curada, mas ela a partir daí ficou assim (...) foi há 7 anos”.

Quando a D. Angélica se tornou totalmente dependente, os filhos decidiram comprar a casa dos pais “entre todos”, para que os pais não tivessem mais despesas com a renda, pois D. Angélica não tinha reforma, e o Sr. Joaquim, o pai da D. Aida, tinha uma reforma pequena, e decidira não fazer mais trabalhos temporários (“biscates”), para ficar mais tempo com a sua esposa. Nessa altura “porque era muito trabalho para ele, e ele não sabia fazer certas coisas”, contrataram uma senhora para cuidar de D. Angélica. Esta, dava-lhe banho, tratava da alimentação e da higiene da casa, “à noite estava cá o meu pai, que se fosse preciso pedia ajuda, além disso eu moro já aqui”. Mas essa ajuda durou pouco mais de 6 meses, “num dia o meu cunhado veio cá a casa e apanhou aquela “safada” a bater na minha mãe! E a minha mãe acamada, sem se mexer, tu vê bem!”. Recorda esse dia com clareza, “chorei tanto por não ter visto que lhe estavam a fazer mal, foi um facada no coração que me deram, maltratar a minha mãe...”, culpabiliza-se por não ter compreendido alguns sinais que segundo D. Aida eram de alerta, “eu chegava a casa e a minha mãe estava calada, não se ria para mim, nada, e eu até me metia com ela e perguntava-lhe porque não conversava...”. Nesse dia prometeu aos pais que iria ser ela a cuidar deles, “despedimos a outra, o meu pai deixou de sair de casa, para a minha mãe nunca ficar sozinha, e só saía quando eu ficava aqui com ela”.

Questionada sobre como aprendeu a cuidar afirma que sempre cuidou dos filhos e dela, e trata da mãe da mesma forma, “depois os posicionamentos e aquelas coisas mais técnicas foram as enfermeiras”.

Sempre que são prestados cuidados a D. Angélica, normalmente por pequenas úlceras ou escoriações, a D. Aida é muito atenta e participativa, questionando os cuidados e procurando compreender a razão das escolhas para cada tratamento. Também adopta a mesma atenção junto das ajudantes domiciliárias que prestam os cuidados de higiene à mãe e em tempos também colaboravam com os cuidados de higiene do pai, “mas limpar a cara, as unhas, pôr creme, isso sou tudo eu, já ao meu pai fazia o mesmo, cortava-lhe a barba, o cabelo, punha cremes, estás a ver como ele gostava de mim, um homem do campo deixar que lhe pusessem cremes, só mesmo eu...”).

A morte do pai, trouxe a D. Aida algumas desavenças com os irmãos, quer por não encontrarem quem ficasse com D. Angélica durante a noite, quer por esta

receber 175 euros (35 euros de cada irmão) para cuidar da mãe durante o dia. Após “uma reunião” como chamou D. Aida, a sua sobrinha decidiu viver com a avó, sem remuneração, fazendo usufruto total da casa, “ainda tive irmãos a dizer que eu devia de abdicar do dinheiro, mas felizmente outros compreendem que eu não posso fazer isso, e que não era justo para mim”. Explica que vive a dualidade de ter feito a promessa aos pais de cuidar deles, mas que é o pouco dinheiro que recebe, que ajuda em algumas aflições que surgem no dia-a-dia da sua família, “sei que estou a cumprir a promessa que fiz há 6 anos atrás aos meus pais, e se pudesse não recebia dinheiro nenhum, mas só com um ordenado é muito difícil (...) ninguém imagina a ginástica que faço, o meu marido pode receber bem, mas sofreu muitos cortes nos últimos anos. Este dinheiro, que é simbólico, ajuda quando por alguma razão temos de fazer mais algumas despesas naquele mês, ou quando os miúdos têm de comprar uma peça de roupa, não é para mim que ele vai”.

Questionada sobre a sua saúde, descreve-a como “razoável, isto tudo às vezes dá-me cabo da cabeça”, e conta que chegou “perto” de uma depressão no início da prestação de cuidados. Diz-se melhor, mas mantém a medicação, e adoptou várias estratégias “para manter a sanidade mental”, passando por não trabalhar/prestar cuidados aos domingos, apesar de visitar a mãe, deixando para as auxiliares o fazerem a higiene, e à sobrinha e irmãos tratarem dos restantes cuidados. Também tira um mês de férias em Agosto “tenho de tirar férias, porque eu chego a Agosto e sinto-me mesmo cansada e esgotada”. Nesse período contratam uma pessoa para ficar durante o dia com D. Angélica “mas eu até tenho vergonha de lhe pagar os 175 euros que eu recebo, e até lhe dou os meus 35 euros, que podia não dar, mas é porque sei que é pouco dinheiro para o trabalho que se tem”.

Quanto à sua vida familiar, conta que no início da doença da mãe, quando passou a ser a cuidadora principal, “não foi fácil, mas foi até acertamos as contas e sabermos gerir as coisas, depois começou a andar tudo bem”. Diz conseguir acompanhar o crescimento dos filhos e estar presente nas suas vidas, mantendo tempo de qualidade com o marido, no entanto confidencia que “já fui uma pessoa mais feliz, até a minha Maria diz, que eu antes era sempre sorridente e bem-disposta, e que agora...também me riu e meto-me com toda a gente, mas já não é a mesma coisa”. Conta que a morte do pai também “tirou-me o sorriso da cara”, e acaba por afirmar “acho que ainda não fiz o luto porque não me deixam fazer, não

me deixam chorar, mesmo o José não compreende que há coisas que me fazem lembrar ele (o pai de D. Aida) e que me dão saudades...”.

Após a morte do pai, D. Aida encontra-se visivelmente mais triste, mas optimista junto da mãe brincando sempre com D. Angélica. Para D. Aida cuidar “é tratar dela com todo o amor e carinho que tenho, eu gosto muito da minha mãe e vou cumprir a promessa que lhe fiz, a ela e ao meu pai, de ficar com ela até ao fim”. Comenta ainda que a morte inesperada do pai, a alertou para o facto da morte da sua mãe ser a próxima, e que tal reconhecimento lhe dava uma maior vontade de estar com D. Angélica, e de lhe prestar cuidados, apesar de saber que a morte da mãe marcará não só um grande sofrimento na sua vida, como uma necessidade de se reinventar, “isto do meu pai foi muito difícil, e custou-me muito (...) agora só me resta a minha mãe, e nem quero imaginar como vai ser no dia em que ela se for embora, não faço ideia do que vou fazer a seguir”.

Aida dá-nos uma visão diferente de D. Maria, demonstrando sentimentos e percepções que variam entre a culpa por ser cuidadora da mãe, e ser remunerada pelos cuidados que presta, a dificuldade de assumir a gestão de todas as tarefas que outrora eram os pais que realizavam, e a vivência do sentimento de satisfação por cuidar da mãe e a estranheza da inversão de papéis.

Também Pereira (2011) encontra estes sentimentos no seu estudo, referindo que ao assumir as responsabilidades e de certo modo, “tomar a cargo” a vida dos pais, surgem sentimentos distintos no cuidador, nomeadamente que este papel “é aceite como retribuição aos pais”. No entanto segundo este autor, “não lhes parece (aos filhos) natural, por se assemelhar a uma inversão de papéis” (Pereira, 2011, p.138). Por outro lado, Pereira (2011), encontra diversos cuidadores que retiram gratificações da prestação de cuidados, “são ganhos intrapessoais ou decorrentes das relações interpessoais, secundárias aos atos de cuidar. Redescobre-se que o estar a cuidar de alguém, mesmo que a pessoa dependente apresente altos défices de funcionamento, não significa obrigatoriamente sentir-se sobrecarregado” (Pereira, 2011, p.140).

Os casos apresentados vão ao encontro da literatura consultada (Araújo, 2010; Brown, 2010; Sequeira, 2010; Figueiredo, 2007; Pereira, 2011), e em ambos é visível um défice de Autocuidado (Orem 1993). No primeiro caso a D. Maria

apresenta défice de autocuidado relacionado com as “restrições na vida social”, “exigências de ordem física da prestação de cuidados” (Brito, 2002) na Escala CADI e com a “Atividade social”, “Intimidade” e “Satisfação com os amigos” (Ribeiro, 1999) na ESSS. Por sua vez, a D. Aida, apresenta défice de auto cuidado relacionado com as “Exigências de ordem física da prestação de cuidados” e “Problemas Financeiros” na Escala CADI. Segundo a ESSS, D. Aida aparenta estar totalmente satisfeita, respondendo de forma positiva a todas as questões. No entanto, constata-se ao longo da observação e de forma mais profunda na realização do estudo de caso, que esta cuidadora não se encontra totalmente satisfeita com a sua família, principalmente com o apoio prestado pelos irmãos.

Com os resultados obtidos através dos estudos de caso e tendo por base a teoria do autocuidado de Dorothea Orem (1993), é necessário atuar ao nível da prevenção secundária no requisito de autocuidado de desenvolvimento. Esta atuação deve ter por objetivo minimizar ou superar os efeitos negativos da condição de cuidadores tal como atrás referido. As estratégias selecionadas e a sua avaliação serão posteriormente apresentadas nos respetivos capítulos e incorporam as estratégias utilizadas para as restantes cuidadoras, visto esta problemática ser transversal a todas.

Reforça-se assim a importância de ir além das escalas de avaliação e procurar compreender os fenómenos de forma individualizada. Com a realização dos estudos de caso foi possível aprofundar aspectos relacionados com o quotidiano e vida destas cuidadoras, aprofundando as problemáticas pessoais e familiares que as escalas utilizadas não permitem. Torna-se desta forma visível, a mais-valia destes no enriquecimento de qualquer estudo que pretenda compreender e aprofundar este fenómeno, possibilitando uma ação das equipas de enfermagem mais focada nas reais necessidades das pessoas, para uma resposta mais adequada.

4.3 Determinação de Prioridades e Seleção de Estratégias

A determinação de prioridades é definida por Tavares (1990) como sendo a segunda etapa do processo do Planeamento e Saúde, tratando-se de um método de “tomada de decisão” (Tavares, 1990, p.81). Neste sentido, e porque “a seleção

destes critérios é muito subjetiva, dependendo portanto do próprio planejador” (Tavares, 1990, p. 88) opta-se por uma das técnicas gerais de ordenação, a comparação por pares. A escolha desta técnica prende-se sobretudo pela sua simplicidade e objetividade.

Através da categorização das respostas ao questionário, na escala CADI, observa-se que as categorias “reações à prestação de cuidados” (n=7), “exigências de ordem física da prestação de cuidados” (n=4), “restrições na vida social” (n=7) e “problemas financeiros” (n=5) são as categorias apontadas pelas cuidadoras de maior dificuldade, não apresentando dificuldades nas categorias “problemas relacionais com o Idoso”, “falta de apoio familiar” e “falta de apoio profissional”.

Na ESSS observa-se maior insatisfação por parte das cuidadoras nos fatores “satisfação com os amigos” (n=5), suporte social íntimo/intimidade” (n=6) e “satisfação com as atividades sociais (n=7)”, não se observando insatisfação com a família (Apêndice VIII).

Após a aplicação da técnica de comparação por pares, é possível constatar que os principais problemas apresentados, de acordo com CADI são: “Por vezes sinto-me de “mãos atadas”/ sem poder fazer nada para dominar a situação” e “Deixa-me muito cansado fisicamente”, já na ESSS os principais problemas são: “Não saio com amigos tantas vezes quantas gostaria” e “Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”. Neste sentido, é possível afirmar que as principais dificuldades destas cuidadoras estão relacionadas com as “reações e exigências da prestação de cuidados”, sendo a sua insatisfação com o suporte social maioritariamente a nível da “atividade social” e de ordem “íntima”.

Nesta etapa deve-se procurar “a pertinência dos planos, a utilização eficiente dos recursos e a optimização dos resultados a atingir pela implementação de um projeto” (Tavares, 1990, p.83). Opta-se por isso, pela intervenção em dois problemas prioritários de acordo com a escala CADI e apenas num problema identificado pela ESSS (“Não saio com amigos tantas vezes quantas gostaria”). Desta forma, assume-se a não intervenção junto de um problema identificado pela ESSS “às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas”, considerando o tempo reduzido para a intervenção e a dificuldade da posterior avaliação, pela mesma razão.

Como anteriormente referido os diagnósticos de enfermagem são formulados a partir do referencial teórico de Dorothea Orem (1993) e da Análise de Resultados obtidos durante o processo de Diagnóstico de Situação.

Os diagnósticos de enfermagem foram aqui definidos de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), a qual segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009) permite a padronização dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente. Estes dados e informação obtidos através desta classificação, podem ser utilizados no planeamento e gestão de cuidados de enfermagem, entre outras ferramentas de análise. Segundo a CIPE, um diagnóstico de Enfermagem, “é um rótulo atribuído por um enfermeiro que toma uma decisão acerca do doente ou cliente após a avaliação” (Ordem do Enfermeiros, 2009, p.14). Neste sentido, de acordo com a análise dos dados constatamos um défice de autocuidado, nos problemas identificados de acordo com as escalas CADI e ESSS, completados igualmente pelos estudos de caso e notas de campo.

Tal como descrito por Orem (1993), a CIPE define autocuidado como uma “atividade Executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais, básicas e íntimas e as atividades de vida diárias” (CIPE versão 2.0, 2011, p. 41).

Conforme apresentado no Apêndice IX, os problemas identificados através do CADI e da ESSS, demonstram segundo o referencial teórico de Dorothea Orem (1993) um “défice de autocuidado relacionado com a incapacidade de desenvolver atividades em seu benefício para manter a saúde e o bem-estar”, traduzindo-se em linguagem CIPE como “autocuidado comprometido”. Identificam-se desta forma, três problemas prioritários, nas categorias de “reações e exigências à prestação de cuidados” e “Atividade Social”.

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

4.4 Fixação de Objetivos

A etapa de Fixação de Objetivos, é segundo Tavares (1990) a terceira etapa do Planejamento em Saúde, devendo estes ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. Para o mesmo autor, é necessário uma correta e quantificável fixação de objetivos, já que é esta quem permite a adequada avaliação dos resultados obtidos com a execução de um plano. Imperatori (1983) chama ainda a atenção para a necessidade da fixação de objetivos ser feita, tanto quanto possível, de forma cuidadosa e realista. Neste sentido, esta foi feita tendo em conta os recursos e o tempo disponível para a implementação do projeto. Assim, foi definido como objetivo geral: capacitar pelo menos 6 cuidadores familiares de pessoas idosas acompanhados pela equipa de visitação domiciliária da USF CSI Seixal,   data de 19 de Dezembro de 2014, para o autocuidado, de forma a desenvolverem estratégias que previnam ou reduzam as dificuldades associadas ao papel do cuidador.

De acordo com Imperatori (1983, p. 80) “o *objetivo operacional*, ou *meta*,   o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de atividade”, “mensuráveis a curto prazo” (Tavares, 1990, p.133). Assim, fixaram-se como objetivos operacionais deste projeto de interven o: motivar pelo menos 6 cuidadores familiares de pessoas idosas a assistirem às sessões de Educa o para a Saúde; estimular pelo menos 6 destes cuidadores familiares de pessoas idosas para o desempenho de atividades que os beneficiem de forma a manter a sua saúde e bem-estar; informar pelo menos 6 cuidadores familiares de pessoas idosas acerca dos recursos existentes na comunidade que colaborem no desempenho do papel de cuidadores e os ajudem na melhoria do seu autocuidado.

4.5 Sele o de Estratégias

Segundo Imperatori (1983) a etapa de sele o de estratégias apresenta-se como uma das mais fundamentais do processo de planeamento em saúde, “com ela se pretende conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários” (Imperatori, 1983, p.87), procedendo-se a uma sele o coerente

de um conjunto de estratégias específicas. Esta etapa foi desenvolvida, tendo em conta aspetos relacionados com os recursos humanos e materiais, com os objetivos fixados e a especificidades da população alvo.

Após o referido diagnóstico de situação pressupõe-se uma atuação ao nível da prevenção secundária, uma vez que foram identificados casos onde já existe um défice de autocuidado na população alvo. Dorothea Orem (1993) estabelece uma relação entre a prevenção dos fatores de risco associados à doença e a promoção da saúde e do bem-estar.

Na fase de seleção de estratégias e após discussão com a professora orientadora, enfermeira orientadora e com alguns elementos da restante equipa de enfermagem, optou-se pela criação de um sistema de “apoio-educação” utilizando como métodos de ajuda o apoio, a alteração do ambiente e o ensino (Orem, 1993).

Como estratégia principal da intervenção optou-se pela realização de Sessões de Educação para a Saúde, a fim de capacitar os cuidadores familiares para o autocuidado. Orem (1993) durante o desenvolvimento do conceito de autocuidado, evidencia a necessidade de promoção de autonomia do doente e da família, e o processo de responsabilização e da capacitação do utente, destacando como estratégia a educação na promoção da saúde. A Educação para a Saúde (EpS) “constitui um componente essencial aos cuidados de enfermagem, voltada para a promoção, manutenção e restauração da saúde e adaptação aos efeitos residuais das doenças” (Carvalho, 2006, p.34), tendo os enfermeiros, um papel importante a desempenhar na promoção da saúde.

Segundo a OMS, na carta de Otawa “A promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável” (OMS, 1986, p.6), promovendo e capacitando as populações para controlar a sua saúde e o ambiente de forma a fazerem opções tendencialmente saudáveis.

A utilização estratégica da realização de Sessões de Educação para a Saúde neste projeto, tiveram em conta as características sociodemográfica dos cuidadores familiares, nomeadamente no que se refere ao nível de escolaridade, pois todos os documentos produzidos neste âmbito, utilizaram uma linguagem simples e clara, procurando ser compreensíveis a uma população maioritariamente com escolaridade ao nível do ensino básico. O conhecimento adquirido, através das

visitas domiciliárias e da observação da realidade dos cuidadores familiares, permitiu constatar que ausentar os cuidadores do seu domicílio é uma dificuldade, pois a maioria não tem com quem partilhar os cuidados. Nessas situações optou-se como estratégia de intervenção, sessões, individualizadas de Educação para a Saúde no domicílio.

4.6 Preparação Operacional

Elaboração de programas e projetos:

Segundo Imperatori (1986) esta etapa diz essencialmente respeito ao estudo detalhado das atividades necessárias à execução das estratégias, procurando atingir um ou mais objetivos do projeto. Considerando as limitações de tempo para a execução das intervenções foram delineadas diversas atividades, discutidas e validadas com as orientadoras do estágio. Para um maior envolvimento da Equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal, foi feita uma apresentação do projeto e das intervenções programadas a toda a equipa.

A programação das intervenções teve em conta a disponibilidade dos cuidadores familiares da população alvo e foi-lhes entregue com a devida antecedência convites personalizados para as Sessões de Educação para a Saúde (Apêndice X).

As sessões de EpS destinadas à população alvo foram estendidas a toda a comunidade de cuidadores de idosos da USF, uma vez que os resultados obtidos no diagnóstico de situação iam ao encontro da bibliografia consultada. Os convites foram entregues a todos os cuidadores que levavam o seu familiar à sala de Cuidados Curativos, ou que acompanhavam os seus familiares idosos a consultas de enfermagem (Apêndice XI). Foram igualmente afixados cartazes informativos sobre ambas as sessões nas salas de espera (Apêndice XII). Para cada sessão de Educação para a Saúde foi elaborado um Plano de Sessão, podendo estes ser consultados nos apêndices XIII, XIV, XVI e XVII.

4.7 Avaliação

A fase de avaliação é fundamental para determinar a eficácia e a pertinência de qualquer projeto. Para Tavares (1990) esta etapa é definida como uma confrontação entre objetivos e estratégias, que validam a sua adequação. O mesmo autor defende a utilização de dois indicadores no processo de avaliação, os indicadores de processo ou atividade, que quantificam as atividades realizadas e os indicadores de resultados ou de impacto, que exprimem o impacto do projeto e os ganhos em saúde.

Tendo em consideração o curto espaço de tempo para a implementação e avaliação deste projeto, são apenas considerados os indicadores de processo nesta avaliação. No entanto, importa ressaltar que a mudança de comportamentos, necessária à promoção de autocuidado em saúde, é um processo contínuo e alargado no tempo. Os indicadores de processo das atividades desenvolvidas podem ser consultados no apêndice XXI.

No sentido de “corrigir e melhorar” (Imperatori, 1982, p.173), criou-se para as duas Sessões de Educação para a Saúde uma grelha de avaliação da sessão, distribuída no final das mesmas (Apêndices XV e XVIII), e uma entrevista semiestruturada que procurou fazer um levantamento das alterações comportamentais no autocuidado das cuidadoras da população alvo. Estas entrevistas foram feitas na semana de 02 a 06 de Março de 2015, no domicílio das cuidadoras e mediante marcação telefónica.

Apesar do convite alargado a todos os cuidadores familiares de idosos da USF CSI Seixal, não houve confirmação de presenças fora da amostra. Assim, a primeira Sessão de Educação para a Saúde foi planeada para seis cuidadores familiares de pessoas idosas uma vez que dois cuidadores trabalham das 08h00 às 17h00 e não poderem estar presentes no horário da sessão e outros dois não possuem qualquer apoio de cuidadores secundários que os possam substituir na prestação de cuidados. Não só a data como o horário das sessões procurou ir ao encontro das preferências de todos os cuidadores familiares da população alvo. No entanto dos seis cuidadores esperados só dois compareceram. Em visitas domiciliárias posteriores à sessão, os cuidadores que não compareceram

desculpam-se, justificando uma das cuidadoras a sua ausência por impossibilidade do cuidador secundário a substituir. Uma segunda cuidadora não pode sair do local de trabalho como esperava e as restantes alegaram “imprevistos” não especificando de que ordem.

A segunda Sessão de Educação para a Saúde foi igualmente planeada para seis cuidadores familiares de pessoas idosas pelos mesmos motivos. Perto da hora de início da Sessão, repara-se na não comparência da maioria das cuidadoras, pois duas telefonaram a desmarcar a sua presença por “imprevistos” e por uma terceira enviar pelo sobrinho, “pão e queijo alentejano” que queria trazer para a sessão, porque havia “prometido” à equipa de enfermagem. Foram confirmadas as restantes presenças telefonicamente pela estudante, que constatou a intenção de participação de apenas uma cuidadora. Por esta razão optou-se por desconvocar a sessão.

Face à pouca adesão às sessões de EPS, optou-se pela realização de intervenções individualizadas para toda a amostra. Estas tiveram o Manual do Cuidador (Apêndice XIX) como suporte didático à intervenção, e procurou-se ir ao encontro das dificuldades específicas de cada cuidador. Foi utilizada uma linguagem clara, simples e acessível ao cuidador em questão, procurando exemplos do seu dia-a-dia, conhecidos pela estudante durante a observação-participante, exemplificando e pedindo aos cuidadores para executarem os exercícios práticos, no seu contexto domiciliário. Estas intervenções revelaram-se uma mais-valia, não só para o conhecimento e experiência deste contexto de cuidados, sobre as dificuldades concretas da execução das aprendizagens dos cuidadores nos seus contextos domiciliários, como permitiu uma intervenção ativa e concreta na promoção e incentivo à alteração de comportamentos junto dos cuidadores familiares de pessoas idosas.

Com o objetivo de avaliar as intervenções efetuadas, realizaram-se entrevistas semiestruturadas a todas as cuidadoras da população alvo na última semana de estágio. Constaram-se assim algumas alterações comportamentais no autocuidado das cuidadoras, nomeadamente nas afirmações: “Por vezes sinto-me de “mãos atadas”/ sem poder fazer nada para dominar a situação” (CADI) - uma das cuidadoras que não dispunha de apoio de qualquer Associação de Suporte Social, pediu ajuda à AURPIS que agora vai todas as manhãs prestar os cuidados de

higiene e conforto ao utente idoso. A mesma cuidadora, iniciou junto da Segurança Social, o requerimento do subsídio por dependência, que aguarda aprovação e do qual não tinha conhecimento; três cuidadoras referem sentir-se “mais calmas” depois de saber que os cuidados que prestam, além de corretos, são os suficientes para que os seus familiares estejam bem cuidados e com o máximo de conforto possível; Na afirmação “Deixa-me muito cansado fisicamente” (CADI): além da cuidadora que pediu apoio dos serviços sociais, e que refere sentir-se mais aliviada na prestação de cuidados referentes à higiene, cinco outras cuidadoras afirmam ter mais cuidado nas posturas que adotam durante o posicionamento dos seus familiares a fim de prevenirem lesões músculo-esqueléticas; três cuidadoras referem fazer os exercícios físicos com regularidade (pelo menos duas vezes por semana); oito cuidadoras afirmam utilizarem as técnicas de relaxamento aprendidas, para situações de insónias ou de stresse; “Não saio com amigos tantas vezes quantas gostaria” da ESSS: a cuidadora que raramente saía de casa (menos de uma vez por semana) passou a sair no mínimo duas vezes por semana para ir ao café; uma das cuidadoras combinou com o cuidador secundário que este a substituiria uma tarde por semana na prestação de cuidados; uma das cuidadoras conseguiu organizar com o cuidador secundário a sua substituição para ir ao cabeleireiro e arranjar as unhas, cuidados que não tinha com ela mesma há mais de 6 meses; uma outra cuidadora refere que só o facto de sair de casa já a ajuda a sentir-se melhor e a ter maior tolerância durante a prestação de cuidados. Embora não se tenha atuado diretamente sobre a dificuldade de autocuidado relacionada com “às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas” (ESSS), três das cuidadoras referem que o facto de cuidarem mais delas próprias faz com que se sintam melhor nas suas relações familiares (duas cuidadoras especificam as relações conjugais).

Embora as alterações comportamentais referidas pelas cuidadoras nos diagnósticos da ESSS, numa primeira abordagem, não pareçam dar resposta ao défice de autocuidado demonstrado, os fatores ‘social’ e ‘intimidade’, estão a ser trabalhados. Os comportamentos acima descritos refletem as pequenas alterações ocorridas, que permitem *a posteriori*, abrir um espaço para que os fatores “atividade social e intimidade” se tornem parte integrante do autocuidado destas cuidadoras.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento populacional e a crescente necessidade de apoio às pessoas idosas, surge como um problema prioritário das políticas sociais, de saúde e económicas de países onde tal se verifica.

Para que as pessoas idosas possam ser cuidadas no seu meio domiciliar, com a melhor qualidade de vida possível, é necessário encontrar alguém que preste estes cuidados, e é desta forma que o cuidador familiar se torna um importante “parceiro de cuidados” (Andrade, 2009), surgindo assim a evidente necessidade de contemplá-lo no plano de cuidados das equipas de saúde, a fim de melhorar o seu desempenho e promover a sua qualidade de vida e do idoso ao seu cuidado (Andrade, 2009, Figueiredo, 2007, Sequeira, 2010).

Esta problemática, aliada às questões de envelhecimento populacional são preocupações crescentes, tanto a nível mundial, europeu ou nacional, com especial atenção na área comunitária onde os profissionais têm um contacto privilegiado com esta população. Neste sentido foi possível integrar uma relação entre os cuidadores familiares de pessoas idosas, o Plano Nacional de Saúde e o Plano de ação da Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal, compreendendo a complexidade dos cuidados de saúde.

A utilização dos instrumentos de colheita de dados e a pluralidade de resultados que estes permitem obter, e que entre si se completam, reforça a importância da investigação procurar mais que sistematizações numéricas para os seus fenómenos de intervenção mas também uma visão completa do fenómeno, para que as intervenções possam ir ao encontro daquelas que são as verdadeiras necessidades da população.

Este estágio permitiu a implementação, articulação e reflexão entre diversos conhecimentos académicos e profissionais exigindo, uma alteração da visão “hospitalocêntrica”, resultante da prática diária, para uma visão de “cuidados de saúde primários”. Desta forma foi, possível a implementação e a mobilização dos conteúdos teóricos aprendidos em sala de aula, e a sua adequação à prática no contexto de cuidados de saúde primários, permitindo a aquisição de competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária.

Na medida em que este projeto de intervenção foi desenvolvido segundo a metodologia de Planeamento em Saúde (Imperatori, 1982; Tavares, 1990), foi nesta área que se desenvolveram as competências que permitem avaliar o estado de saúde de uma comunidade, preconizada pela OE como uma competência específica do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

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

No decorrer da implementação deste projeto foram surgindo alguns constrangimentos que condicionaram a implementação do mesmo, mas que ainda assim foram sendo superados. Inicialmente a autorização da presença da estudante no local de estágio onde se implementou este projeto demorou mais que o esperado, acabando por limitar as atividades previstas para desenvolver no primeiro período de estágio, e levando à necessidade deste projeto se realizar apenas no segundo momento de estágio e não nos dois, como previsto. Também a autorização para a implementação dos questionários na fase de diagnóstico levou algum tempo (cerca de 3 meses), entre o pedido da estudante, algumas correções feitas pelo NIF do ACESS AS, o reenvio das correções e a autorização para a implementação dos mesmos. As características da população alvo deste estudo foi outro condicionalismo encontrado, uma vez que a amostra reduziu entre o primeiro período de estágio e o segundo. Tal aconteceu por alta dos utentes idosos dos cuidados domiciliários, por recusa dos cuidadores em participar no estudo, ou por institucionalização do familiar idoso, o que demonstra a complexidade do estudo desta problemática.

Todas estas limitações, foram tidas em conta na seleção das intervenções a realizar, uma vez que estas devem ser realistas, aplicáveis e exequíveis. A participação dos cuidadores nas sessões de Educação para a Saúde, foi outra situação de fragilidade, mas que reflete a verdadeira dificuldade dos cuidadores familiares se ausentarem dos cuidados ao seu familiar, e mesmo quando se organizam nesse sentido, estão sujeitos a imprevistos que condicionam a sua participação e a sua sociabilidade, o que reforça o interesse e a pertinência de estudar e intervir nesta população. Prevendo esta situação planearam-se intervenções individualizadas de modo a dar resposta às necessidades destes cuidadores, permitindo o cumprimento dos objetivos. Por fim, outra limitação

encontrada pela estudante, que resultou como consequência da limitação de tempo deste projeto, foi a apresentação dos resultados a toda a equipa multidisciplinar da USF CSI Seixal. Como a avaliação de resultados foi realizada no domicílio dos cuidadores e mediante a sua disponibilidade, esta só pode ser realizada na última semana de estágio. No entanto, os resultados obtidos foram sendo apresentados informalmente à equipa de enfermagem, e esta foi-se sentindo envolvida no projeto ao longo de todo o estágio.

A implementação deste projeto permitiu assim estabelecer relações de confiança com os cuidadores familiares de pessoas idosas acompanhados pela equipa de visitação domiciliária da USF CSI Seixal, possibilitando a aquisição de um conhecimento mais profundo e vivenciado, daquelas que são as reais dificuldades dos cuidadores familiares.

A capacitação exige por si só uma mudança de comportamentos, só possível em períodos de tempo mais alargados. No entanto, através da análise dos resultados obtidos denota-se que estes cuidadores ficaram motivados para uma alteração dos seus comportamentos para desenvolverem o autocuidado. Este facto per si demonstra que num programa mais alargado, este tipo de projeto poderá produzir mudanças significativas nos comportamentos dos cuidadores, permitindo a obtenção de efetivos ganhos em saúde, sem necessidade de acréscimo financeiro.

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

Reforçou-se igualmente a noção de que a problemática da prestação de cuidados a pessoas idosas por familiares, necessita de um forte acompanhamento por parte das equipas de saúde, pelo risco dos cuidadores deixarem de cuidar de si próprios em prol do seu familiar idoso, acabando por colocar a sua saúde e bem-estar em risco.

A opção pelo referencial teórico de Dorothea Orem (1993, 2001), revelou-se adequado permitindo refletir e aprofundar princípios teóricos e conceptuais do autocuidado.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora
- Andrade, F. (2009). *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP
- Araújo, I. (2010). *Cuidar da família com um idoso dependente: formação em Enfermagem*. (Dissertação de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal
- Araújo, I., Paul, C. & Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, 2, 45-53
- Azevedo, R. (2010). *Sobrecarga do Cuidador Informal da Pessoa Idosa Frágil: uma revisão sistemática*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem
- Bogdan, R. & Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora
- Brito, L. (2000). *A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos*. (Dissertação de mestrado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal
- Brown, D. (2010). A Obrigação de cuidar: Mulheres idosas em uma comunidade de Florianópolis. In Maluf, S., Tornequist, C. *Género, saúde e aflição: Abordagens Antropológicas*. (pp. 215-219). Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas
- Câmara Municipal do Seixal (2001-2014). Território. Acedido a 21.07.2014

(<http://www.cm-seixal.pt/cmseixal.site>). Disponível em: <http://www.cm-seixal.pt/CMSEIXAL/SEIXAL/TERRITORIO/>

Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde : conceitos, práticas e necessidade de formação*. Lisboa: Lusociência

Collière, M. (1989). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Lidel ed.

Collière, M. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência

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

Decreto do Presidente da República nº1/2001 de 3 de Janeiro 2001. Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e da Biomedicina. Diário da República I série A, nº2 (03.01.2001) 14-36

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

Diógenes, M. & Pagliuca, L. (2003). Teoria do Autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. *Revista Gaúcha Enfermagem*. 24 (3). 286-296

Direção Geral de Saúde (2004) *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Acedido em 06.04.2014. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

- Ferreira, I. N. (2013). *A sobrecarga do cuidador informal de pessoas com dependência*. (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*. Lisboa: Climepsi Editores
- Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Saúde dos Idoso*. 26. 15- 24
- Figueiredo, D., Lima, M. & Sousa, L. (2012). Cuidadores Familiares de Idosos Dependentes com e sem demência: Rede Social Pessoal e Satisfação com a vida. *Psicologia, Saúde e Doença*. 13. 117-129
- Goodhead, A. & McDonald, J., (Eds) (2007). *Informal Caregivers Literature Review A report prepared for the National Health Committee*. Wellington: Victoria University of Wellington
- Guiomar, V. (2010). *Compreender o envelhecimento bem-sucedido a partir do suporte social, qualidade de vida e bem-estar social dos indivíduos em idade avançada*. (Dissertação de mestrado). Disponível no RCAAP
- Grunfeld, E., Glossop, R., McDowell, I. & Danbrook, C. (1997). Caring for elder people at home: the consequences to caregivers. *CAN MED ASSOC J*, 8, 1001- 1005
- Hintz, H. (2001). Novos tempos, novas famílias. *Pensando Famílias*, 3, 8-19
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª ed.)*. Escola Nacional de Saúde Pública

Instituto da Segurança Social, I.P (2015). *Guia Prático – complemento por dependência*. Lisboa: Centro Nacional de Pensões

Instituto Nacional de Estatística (2012). A despesa corrente em saúde, em 2011, diminuiu. *Destaque Informação à Comunicação Social Conta Satélite da Saúde 2010*. Acedido em: 06.04.2014. (www.ine.pt). Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCMQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D142095320%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=c33RU_2XINKY1AXnxoHACQ&usg=AFQjCNHncDtKhR56IRLJ8RGGqfTqi8zTsA&bvm=bv.71667212,d.d2k

Instituto Nacional de Estatística (2013). População cresceu na última década, apesar de estar a diminuir desde 2010. *Destaque Informação à Comunicação Social Estatísticas Demográficas 2011*. Acedido em: 06.04.2014. (www.ine.pt). Disponível em: http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CD AQFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D156066969%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=13nRU5aCCsSs0QXV44CgAQ&usg=AFQjCNGfA0MvIWVfd1z1lahQW rzEckPbrQ&bvm=bv.71667212,d.d2k

Kleinman, A. & Geest, S. (2009) Care' in health care Remarking the moral world of medicine. *Medischea Antrpologie*. 21 (1). 159- 174

Lage, M. (2007). Avaliação dos cuidados informais aos idosos; Estudo do impacto do cuidado no cuidador informal. (Dissertação de doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Portugal

Lapasade, G. (2001). L'Observation participante. *Revista Europeia de Etnografia de Educação*. 1. 9-26

Lourenço, T., Figueiredo, R. & Octávio de Sá, L. (2015). Cuidadores Informais:

estado da Arte em Portugal. *Nursing Magazine Digital*. Assedido em 26.04.2015. disponível em: <http://www.nursing.pt/wp-content/uploads/kalins-pdf/singles/cuidadores-informais-estado-da-arte-em-portugal.pdf>

Maanem, J. (1988). *Tales of the Field on Writing Ethnography*. Chicago: Chicago University Press

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

Ministério da Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção Geral de Saúde

Nardi, E., Santos, L., Oliveira, M & Sawada, M. (2012). Dificuldades dos Cuidadores Familiares no Cuidar de um Idoso Dependente no Domicilio. *Cienc Cuid Saude*. 11 (1). 98-105

Oliveira, R.C. (1998) - *O Trabalho do Antropólogo: Olhar, Ouvir, Escrever*, pp. 17-72. Brasília - São Paulo; Editora UNESP

Ordem dos Enfermeiros (2009) *Linhas de Orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Autor

Orem, D. (1993). *Modelo de orem: conceptos de enfermeria en la práctica*. Barcelona. Ediciones Científicas y Técnicas.

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

Organização Mundial de Saúde (2001). Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Projec. *Definition of an older or elderly person.*

Acedido em: 05.04.2014. Disponível em:

<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Organização Mundial de Saúde (2002). A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing. *Active Ageing: A Policy Framework.*

Acedido em: 22.07.2014. Disponível em:

http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?ua=1

Organização Mundial de Saúde (2004). A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons. *WHO/WKC/Tech.Ser./04.2.*

Acedido em 22.07.2014. Disponível em:

http://www.who.int/kobe_centre/ageing/ahp_vol5_glossary.pdf

Organização Mundial de Saúde (2012). Rethinking conventional definitions of what it means to be 'old'. *World Health Day 2012 - Good health adds life to years.*

Acedido em: 05.04.2014. Disponível em:

http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/whd_20120403/en

Pereira, H. (2013). *Subitamente Cuidadores Informais: dando voz(es) às experiências vividas.* Loures: Lusociência

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

Ribeiro, J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, 547-558

Santana, A. (2010). Mulher mantenedora/homem chefe de família: Uma questão de género e poder. *Revista Forum Identidades*, 8, 71- 87

- Santos, S. (2003). O cuidador familiar de idosos com demências: um enfoque qualitativo em famílias de origem Nipo-Brasileira e Brasileira. Dissertação de doutoramento. Universidade Estadual de Campinas, Brasil
- Sanjek, R. (1990) *Fieldnotes the Markings of Anthropology*. Ithaca and Lodon: Roger Sanjek
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência Física e Mental*. Lisboa: LIDEL – Edições técnicas, lda
- Stajuhar, K. (2013). Burdens of Family Caregiving at the End of Life. *Clin Invest Med*. 36 (3). 121-126
- Tavares, A. (1990). *Método e Técnicas de planeamento em saúde*. Lisboa. Ministério da Saúde
- U.S. Census Bureau (1995). Sixty-five plus in the United States. *Statistical Brief*.
Acedido em: 31.08.2014. Disponível em:
<https://www.census.gov/population/socdemo/statbriefs/agebrief.html>

Apêndice I – Autorização por parte dos autores para a utilização do Índice das Dificuldades do Cuidador (CADI) e da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Pedido de autorização para a utilização da escala CADI

2014-10-03 15:11 GMT+01:00 Ana Rita Ribeiro <ana.rit.ribeiro@gmail.com>:

Boa tarde Professora, o meu nome é Ana Rita Ribeiro, faço parte do 5º Curso de Mestrado de Especialização na área de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e estou a desenvolver o meu projeto de intervenção na área dos cuidadores familiares, intitulado “A saúde dos cuidadores familiares de pessoas idosas: um projeto de intervenção de Enfermagem Comunitária na Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal”, pelo que gostaria de saber se para o diagnóstico de situação, poderia usar a Escala CADI por si traduzida e validada para a população portuguesa.

Desde já agradeço o tempo dispensado.

Atenciosamente,

Ana Rita Ribeiro

De: Luisa Brito

Sra. Enfª Ana Rita,

É com muito gosto que lhe envio a escala CADI, para o seu projeto de investigação. Envio-lhe também um texto dos autores originais que poderá ser-lhe útil no tratamento dos dados obtidos.

Encontro-me ao dispor para algum esclarecimento adicional que seja necessário, e desejo-lhe muito êxito no seu projeto.

Com os meus melhores cumprimentos,

Luisa Brito

Pedido de autorização para utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

De: Ana Rita Ribeiro [ana.rit.ribeiro@gmail.com]

Enviado: quinta-feira, 25 de Setembro de 2014 15:19

Para: José Luis Pais Ribeiro

Assunto: Pedido de autorização para utilização da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

Boa tarde Professor, o meu nome é Ana Rita Ribeiro, faço parte do 5º Curso de Mestrado de Especialização na área de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e estou a desenvolver o meu projeto de intervenção na área dos cuidadores familiares, intitulado “A saúde dos cuidadores familiares de pessoas idosas: um projeto de intervenção de Enfermagem Comunitária na Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal”, pelo que gostaria de saber se para o diagnóstico de situação, poderia usar a Escala de Satisfação com o Suporte Social, por si criada.

Desde já agradeço o tempo dispensado.

Atenciosamente,

Ana Rita Ribeiro

De: José Luis Pais Ribeiro

Autorizo a utilização da ESSS.

Informo que na minha página (morada abaixo) na secção livros, se encontra o manual da escala que está de acesso livre e que pode fornecer informação adicional

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-2882-8056>

Lattes- <http://lattes.cnpq.br/1488255260017966>

ResearchGate- https://www.researchgate.net/profile/Jose_Pais-Ribeiro/publications

Apêndice II – Pedido de Autorização ao ACESS Almada Seixal e Coordenadora da USF CSI Seixal para a implementação dos questionários aos cuidadores familiares de pessoas idosas acompanhados pela Equipa de Visitação Domiciliária

De: Ana Rita Ribeiro

Para: aces.almadaseixal@arslvt.min-saude.pt

Assunto: Ao cuidado do Exmº Srº Diretor do ACES Almada Seixal, Doutor Luís Amaro

Exmo. Sr. Diretor do ACES Almada Seixal,

Doutor Luís Amaro

No âmbito do desenvolvimento do Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a mestranda Ana Rita Conde Ribeiro Proença, sob a orientação da docente, Srª Profª Doutora Maria Manuel Quintela, está atualmente a desenvolver um projeto de intervenção comunitária, intitulado “A saúde dos cuidadores familiares de pessoas idosas: um projeto de intervenção comunitária”, iniciado em 29 de Setembro de 2014 na Unidade de Saúde Familiar SCI Seixal, sob a orientação da Srª Enfermeira Especialista Fernanda Silva.

Venho por este meio, solicitar a Vossa Ex.ª, a autorização para a implementação dos questionários junto dos cuidadores familiares inscritos na USF CSI Seixal, em anexo, para a realização da etapa de diagnóstico de situação, segundo a metodologia de Planeamento em Saúde de Imperatori e Giraldes (1992). Este projeto tem como objetivo diagnosticar as dificuldades dos cuidadores e a sua satisfação com o suporte social existente, com a finalidade de os capacitar no seu processo de adaptação ao papel do cuidador, promovendo estilos de vida saudáveis e adequados às suas necessidades. Para isso, para além de se proceder à caracterização sociodemográfica dos cuidadores e pessoas idosas cuidadas, pretendemos aplicar o Índice de Katz para avaliar o grau de dependência da pessoa idosa (por ser este o utilizado pelo sistema informático da USF CSI Seixal), o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (*Carers' Assesment of Difficulties Index - CADI*), traduzida e adaptada por Brito (2002) e, ainda, a Escala de Satisfação com o Suporte Social (Ribeiro 1999). Os questionário pretendem ser preenchidos pelos cuidadores familiares de pessoas idosas, sendo que a mestranda o pode fazer caso estes não saibam ler ou escrever, ou caso os cuidadores assim o solicitem.

Foi igualmente pedida autorização à Sr^a Coordenadora da USF CSI Seixal, a Sr^a Doutora Teresa Rato, a autorização para a implementação dos referidos questionários.

As respectivas autorizações dos autores para a utilização das escalas supra citadas, seguem em anexo a este documento bem como os questionários e o consentimento informado a serem entregues aos cuidadores familiares.

Pretendia ainda a autorização da utilização do nome do ACES Almada Seixal e o nome da Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados do Seixal (USF CSI Seixal) para referenciação no projeto apresentado.

Atenciosamente,
Ana Rita Ribeiro

Lisboa, 23 de Outubro de 2014

Apêndice III – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

O meu nome é Ana Rita Conde Ribeiro Proença e encontro-me atualmente a frequentar o 5º curso de Mestrado de Especialização na área de Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, onde estou a desenvolver um projeto de intervenção junto dos cuidadores familiares de pessoas idosas, intitulado “A saúde dos cuidadores familiares de pessoas idosas: um projeto de intervenção de Enfermagem Comunitária na Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal”.

Para a realização deste projeto é necessária a sua colaboração no preenchimento de um questionário sobre a caracterização do cuidador, do utente, das dificuldades do cuidador e da sua satisfação com o suporte social.

As suas respostas serão sujeitas a absoluta confidencialidade e garantem o total anonimato.

A participação neste estudo é voluntária, e poderá desistir do seu preenchimento a qualquer momento.

Assim, solicito-lhe o seu consentimento por escrito, em como aceita participar no estudo depois de devidamente informado (a) e esclarecido (a).

Caso concorde com o que está mencionado neste documento solicito-lhe que assinale com uma cruz a opção que pretende:

1. Aceito participar no estudo

2. Não aceito participar no estudo

Muito obrigada pela sua colaboração!

Assinatura, _____

Data ____/____/____

Apêndice IV – Questionário de caracterização do Idoso cuidado

Caracterização do Utente Idoso Dependente no Domicílio:

Este questionário destina-se a ser preenchido pelo cuidador familiar da pessoa idosa, podendo a mestranda fazê-lo caso este não saiba ler ou escrever, ou caso o cuidador assim o solicite.

Por favor, assinale com um **X** a condição que melhor se aplica à sua situação do seu familiar e preencha os espaços disponíveis para o caso de precisar de especificar alguns itens.

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____

3. **Estado Civil:**

Casado (a) Solteiro (a) Viúvo (a)

Separado (a)/ Divorciado (a) União de Facto

4. **Qual o grau de ensino mais elevado que frequentou:**

Não frequentou o sistema de ensino

Ensino Primário (até ao 4º ano)

Ensino Básico (até ao 9º ano)

Ensino Secundário (até ao 12º ano)

Ensino Superior

Outro Qual? _____

5. **Razão pela qual se tornou dependente (diagnóstico médico)**

AVC (Acidente Vascular Cerebral)

Demência

Diabetes

Doença Osteoarticular

Neoplasia

Outras Qual/ Quis: _____

6. Profissão anterior ao estado de dependência: _____

7. Tipo de dependência:

Física

Mental

Física e mental

8. Fontes de Rendimento:

Pensão / Reforma Subsídios Complemento por dependência

Sem rendimentos/ Rendimento do Cuidador

Outros rendimentos Quais: _____

9. Habitação:

Casa Apartamento Quarto

Outras Qual: _____

Distância à povoação mais próxima _____

Saneamento básico: Sim Não

Eletricidade: Sim Não

Acessibilidade à habitação: Com acessibilidade (elevador, rampa)

Com difícil acessibilidade (escadas)

Meios de transporte : Viatura própria: Sim Não

Transporte Público: Sim Não

10. Motivo de admissão para Visitação Domiciliária da USF CSI Seixal:

- Pessoa em situação de dependência com deterioração significativa das atividades básicas de vida diárias

- Necessidade de cuidados paliativos, possível de realizar no domicílio

- Incapacidade de gestão do regime terapêutico

- Alta recente da Unidade de Internamento Hospitalar

- Outra

Qual (Quais): _____

Índice de Katz – Escala de Avaliação de Dependência nas Atividades de Vida Diária
(Instrumento Disponível no sistema informático, *Medicine One*)

Assinale com um circulo, para cada uma das 6 atividades, aquela que melhor caracteriza a necessidade de ajuda do seu familiar.

Tomar Banho	3	Não precisa de ajuda
	2	Precisa de ajuda para lavar apenas uma parte do corpo
	1	Precisa de ajuda para higiene completa
Vestir-se	3	Segura as roupas e veste-se sem ajuda
	2	Segura as roupas e veste-se sem ajuda mas não consegue apertar os sapatos
	1	Precisa de ajuda para segurar as roupas ou para se vestir, ou fica parcial ou totalmente despido
Ir ao WC	3	Vai ao WC, faz a higiene e veste-se sem ajuda (pode usar ajudas técnicas- andarilho, bengalas, cadeira de rodas...)
	2	Recebe ajuda para ir ao WC ou para se vestir depois de realizar as suas necessidades
	1	Não vai ao WC para fazer as suas necessidades
Locomoção	3	Entra e sai da cama assim como da cadeira sem ajuda (pode utilizar ajudas técnicas)
	2	Entra e sai da cama ou cadeira com ajuda
	1	Não sai da cama
Continência (controlo de esfíncteres)	3	Controla totalmente a urina e movimentos dos intestinos
	2	Tem “acidentes ocasionais”
	1	É incontinente, usa sonda ou necessita de ajuda total para controlar urina e fezes
Alimentação	3	Alimenta-se sem ajuda
	2	Alimenta-se, mas necessita de ajuda para cortar a carne ou barrar o pão
	1	Recebe ajuda para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por meio de sondas ou fluidos intravenosos
Total		

Obrigada pela sua colaboração!

O preenchimento deste questionário foi feito por:

Cuidador Mestranda -----> Porquê _____

Notas de Observação (a preencher pela mestranda):

Apêndice V – Questionário de caracterização do Cuidador e da prestação de cuidados

Questionário ao Cuidador Familiar

Este questionário destina-se a ser preenchido pelo cuidador familiar de pessoa idosa, podendo a mestranda fazê-lo caso este não saiba ler ou escrever, ou caso o cuidador assim o solicite.

Por favor, assinale com um **X** a condição que melhor se aplica à sua situação e preencha os espaços disponíveis para o caso de precisar de especificar alguns itens.

1. Caracterização Sociodemográfica do Cuidador Familiar

1.1. Sexo: Masculino Feminino

1.2. Idade: _____

1.3. Estado Civil:

Casado (a) Solteiro (a) Viúvo (a)

Separado (a)/ Divorciado (a) União de Facto

1.4. Qual o grau de ensino mais elevado que frequentou:

Não frequentou o sistema de ensino

Ensino Primário (até ao 4º ano)

Ensino Básico (até ao 9º ano)

Ensino Secundário (até ao 12º ano)

Ensino Superior

Outra Qual? _____

1.5. Situação Profissional/ ocupação

Empregado (a) Desempregado (a) Domestico (a)

Estudante

Aposentado(a) Qual a profissão antes da situação de aposentação _____

Outra Qual _____

2. Caracterização da Prestação de Cuidados

2.1. Que tipo de cuidados presta:

- Cuidados pessoais
- Alimentação
- Auxilia na mobilidade
- Toma da medicação
- Trata de assuntos burocráticos
- Vai às compras
- Passeia ou realiza atividade de lazer
- Outras Quais _____

2.2. Há quanto tempo cuida desta pessoa?

< 6 meses

≥ a 6 meses e <1 ano

≥ 1 ano e ≤ 2 anos

> 2 e < 3 anos

≤ 3 e ≤ a 5 anos

5 anos

2.3. Quanto tempo despende diariamente na prestação de cuidados?

< 1 hora

≥ 1 hora e < 2 horas

≥ 2 horas e ≤ 3 horas

> 3 horas e < 5 horas

≥ 5 horas e ≤ 10 horas

>10 horas

2.2. Qual o parentesco com a pessoa de quem cuida? _____

2.3. Qual a distância da sua residência à da pessoa de quem cuida?

- Vivem na mesma casa

- Vivem no mesmo bairro/ rua

- Vivem na mesma povoação

- Vivem em terras próximas (menos de 30 km de distância)

- Vivem a mais de 30 km de distância

- Outra Qual: _____

2.4. Tem prazer na prestação de cuidados ao seu familiar?

- A nossa relação pessoal melhorou muito
- Estamos mais próximos
- Sinto-me contente por poder participar na sua vida de forma útil
- Não consigo retirar prazer dos cuidados que presto
- Outra Qual: _____

2.5. Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho por motivos de doença

da pessoa de quem cuida? Não Não se aplica Sim

Se sim, especifique, por favor _____

2.6. Nos últimos 6 meses teve de faltar ao trabalho por motivos de doença

sua? Não Não se aplica Sim

Se sim, especifique, por favor _____

2.7. Sente que a sua família foi afectada, nos últimos 6 meses, por causa da

situação de quem está a cuidar? Sim Não

Se sim, especifique, por favor _____

2.8. Mais alguém (familiares, amigos, vizinhos, empregada doméstica, serviços formais, ou outro) colabora na tarefa de prestação de cuidados?

Sim Não Se sim, quem? _____

NOTA: Se respondeu **Não**, passe para a pergunta 2.9.

2.8.1. Que tipo de apoio recebe?

- Cuidados pessoais
- Alimentação
- Auxílio na mobilidade
- Toma da medicação
- Efetuar trabalhos domésticos
- Tratar de assuntos burocráticos
- Gerir dinheiro
- Ir às compras
- Passear ou realizar atividade de lazer
- Outras Quais _____

2.8.2. Quantas horas recebe em média de apoio por semana?

_____ horas.

2.8.3. Tem de pagar por essa colaboração? Sim Não

Se sim, quanto paga em média? _____

2.9. Se existisse, gostaria de ter apoio do voluntariado?

Sim Não

2.10. Como descreve o seu próprio estado geral de saúde?

- Muito bom Bom
- Razoável Fraco

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI), traduzido e validado para a população portuguesa por L. Brito (2000).

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de 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.

Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Me 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 a 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 fisicamente				
11. Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim				
12. Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com a pessoa de quem cuido				
13. A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais				
14. A pessoa de quem				

cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia				
15. Ando a dormir pior por causa desta situação				
16. As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria				
17. Esta situação faz-me sentir irritado				
18. Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria				
19. Esta situação está a trastornar-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 cuida nem sempre dá valor ao que eu faço				
23. A minha saúde ficou abalada				
24. A pessoa de quem cuida 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 sente que, no seu caso, há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados, por favor, indique-as a seguir e assinale, como fez atrás, em que medida elas o perturbam.

Prestar cuidados pode ser difícil porque:	Acontece e sinto que		
	Não me perturba	Me causa alguma perturbação	Me causa muita perturbação

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Ribeiro (1999).

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra A, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

Escala de Satisfação com o Suporte Social	Concordo totalmente	Concordo na maior parte do tempo	Não concordo nem discordo	Discordo a maior parte do tempo	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo sem apoio	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas gostaria	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E

<p>5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer</p>	A	B	C	D	E
<p>6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas</p>	A	B	C	D	E
<p>7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam</p>	A	B	C	D	E
<p>8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros,</p>					

partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço	A	B	C	D	E

com o meu grupo de amigos					
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Este questionário foi preenchido por:

Cuidador

Mestranda -----> Porque: _____

Obrigada pela sua colaboração!

Apêndice VI – Quadro síntese de caracterização do utente idoso no domicílio

- Quadro síntese de caracterização do utente idosos no domicílio

Caracterização dos <u>utentes</u> idoso no domicílio		Nº Utentes	
Sexo	Feminino	6	
	Masculino	4	
Idade	≥ 65 anos e < 75 anos	1	
	≥ 75 anos e < 85 anos	6	
	≥ 85 anos	3	
Estado Civil	Casado/a	5	
	Viúvo/a	5	
Escolaridade	Não frequentou o sistema de ensino	4	
	Ensino Primário (até ao 4º ano)	5	
	Ensino Básico (até ao 9º ano)	1	
Razão da dependência (diagnóstico médico)	AVC	3	
	Demência	3	
	Diabetes	2	
	Doença Osteoarticular	1	
	Neoplasia	1	
Tipo de dependência	Física	7	
	Mental	0	
	Física e Mental	3	
Fontes de Rendimento	Pensão/Reforma	9	
	Complemento por dependência	1	
Habitação	Tipologia	Casa	8
		Apartamento	2
	Eletricidade	Sim	10
	Saneamento básico	Sim	9
		Não	1
	Acessibilidade	Com acessibilidade	1
Com difícil acessibilidade		9	
Meios de transporte	Viatura Própria	Não	10
	Transportes públicos	Não	10
Motivo de admissão em programa de visitação domiciliária	Pessoa em situação de dependência com deterioração significativa das atividades básicas de vida diárias	10	

- Grau de dependência dos utentes idosos no domicílio, segundo o Índice de Katz

Grau de dependência	Independente (13 a 18 pontos)	Parcialmente Dependente (7 a 12 pontos)	Totalmente Dependente (6 pontos)
Nº de idosos	3	0	7

Apêndice VII – Quadro síntese de caracterização dos cuidados prestados pelos cuidadores

- Quadro síntese de caracterização dos cuidados prestados pelos cuidadores familiares de pessoas idosas acompanhados pela equipa de VD da USF CSI Seixal.

Caracterização da prestação de cuidados dos cuidadores familiares de utentes idosos da USF CSI Seixal		Nº Utentes
Tipologia de Cuidados prestados pelo cuidador	Cuidados Pessoais	8
	Alimentação	8
	Auxilia na mobilidade	9
	Toma da medicação	8
	Trata de assuntos burocráticos	8
	Vai às compras	9
	Passeia ou realiza atividade de lazer	8
Anos de duração da prestação de cuidados	< 6 meses	1
	≥ a 6 meses e <1 ano	1
	> 2 e < 3 anos	1
	≤ 3 e ≤ a 5 anos	4
	> 5 anos	3
Duração diária da prestação de cuidados	≥ 2 horas e ≤ 3 horas	2
	> 3 horas e < 5 horas	2
	≥ 5 horas e ≤ 10 horas	3
	>10 horas	3
Capacidade de retirar prazer da prestação de cuidados ao familiar	A nossa relação pessoal melhorou muito	1
	Sinto-me contente por poder participar na sua vida de forma útil	8
Faltas ao trabalho nos últimos 6 meses por doença do idoso dependente	Não	2
	Não se Aplica	8
Faltas ao trabalho nos últimos 6 meses por doença do próprio cuidador	Não	2
	Não se Aplica	8
Sente que a família foi	Sim	6

afectada nos últimos 6 meses, pela situação de quem está a cuidar	Não	4
Colaboração de cuidadores secundários	Sim	7
	Não	3
Tipologia de Cuidados prestados pelos cuidadores secundários	Cuidados Pessoais	6
	Alimentação	4
	Auxilia na mobilidade	3
	Toma da medicação	3
	Trata de assuntos burocráticos	1
	Gerir dinheiro	1
	Vai às compras	1
Quantas horas recebe em média de apoio por dia	1 hora	2
	2 horas	3
	3 horas	1
	4 horas	1
	Não tem apoio	3
Pagamento das horas de apoio	Sim	6
	Não recebe apoio	4
Intervalos de pagamento do apoio	<100 euros	1
	≥ 100 euros e < 200 euros	1
	≥ 200 euros e < 300 euros	3
	≥ 400 euros e < 500 euros	1
	Não recebe apoio	4
Vontade de ter apoio do voluntariado	Sim	1
	Não	4
Auto caracterização da saúde do cuidador	Bom	5
	Razoável	4
	Fraco	1

APÊNDICE VIII – Tabelas de categorização das dificuldades avaliadas pelo CADI e da satisfação com o suporte social avaliada pela ESSS no diagnóstico de situação e a sua priorização dos problemas através da aplicação da técnica de comparação por pares

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) - Afirmações em que os cuidadores têm maiores dificuldades por categorias CADI, de Brito (2002).

	Categorias do CADI	Não Acontece	Acontece e sinto que			Número de cuidadores com dificuldades
			Não me perturba	Me causa alguma perturbação	Me causa muita perturbação	
2. Por vezes sinto-me de "mãos atadas"/ sem poder fazer nada para dominar a situação	Reações à prestação de cuidados	3	0	6	1	7
4. Traz-me problemas de dinheiro	Problemas financeiros	4	2	1	3	4
10. Deixa-me muito cansado fisicamente	Exigências de ordem física da prestação de cuidados	2	1	6	1	7
20. Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	Restrições na vida social	3	2	1	4	5

Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) - Definição de Prioridades por Técnica de comparação por pares

Problema/ Dificuldade	Categoria	Comparação	Valor final	Ordenação final
(1. Por vezes sinto-me de “mãos atadas”/ sem poder fazer nada para dominar a situação	Reações à prestação de cuidados	1 1 1	1=3	1º
		2 3 4		
(2. Traz-me problemas de dinheiro	Problemas financeiros	2 2 2	2=0	4º
		1 3 4		
(3. Deixa-me muito cansado fisicamente	Exigências de ordem física da prestação de cuidados	3 3 3	3=3	1º
		1 2 4		
(4. Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias	Restrições na vida social	4 4 4	4=1	3º
		1 2 3		

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) - Afirmações em que os cuidadores estão mais insatisfeitos por factores propostos por Ribeiro (1999).

Escala de Satisfação com o Suporte Social	Fatores	Concordo totalmente	Concordo na maior parte do tempo	Não concordo nem discordo	Discordo a maior parte do tempo	Discordo totalmente	Número de Cuidadores insatisfeitos
2. Não saio com amigos tantas vezes quantas gostaria	Atividade Social	4	3	0	2	1	7
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	Intimidade	5	1	0	0	4	6
14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	Satisfação com os amigos	3	2	0	4	1	5

Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) – Definição de Prioridades por Técnica de comparação por pares

Problema/ (In)satisfação	Fatores	Comparação	Valor final	Ordenação final
(1. Não saio com amigos tantas vezes quantas gostaria)	Atividade Social	1 1	1=2	1º
		2 3		
(2. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas)	Intimidade	2 2	2=1	2º
		1 3		
(3. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos)	Satisfação com os amigos	3 3	3=0	3º
		1 2		

Apêndice IX – Comparação entre problemas identificados através do CADI e ESSS,
com a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (1993)

Comparação entre afirmações CADI e ESSS com referencial Teórico de Dorothea Orem (1993)

CADI	Orem
Por vezes sinto-me de “mãos atadas”/ sem poder fazer nada para dominar a situação	Défice de autocuidado relacionado com a incapacidade de desenvolver atividades em seu benefício para manter a saúde e o bem-estar
Deixa-me muito cansado fisicamente	Défice de autocuidado relacionado com a incapacidade de desenvolver atividades em seu benefício para manter a saúde e o bem-estar
ESSS	Orem
Não saio com amigos tantas vezes quantas gostaria	Défice de autocuidado relacionado com a incapacidade de desenvolver atividades em seu benefício para manter a saúde e o bem-estar

Apêndice X - Convites personalizados aos Cuidadores Familiares da população
alvo para a participação nas sessões de Educação para a Saúde

Convite



Temos o prazer de convidar a Exma. Sra.: _____

para participar na Sessão de Educação para a Saúde, com o tema: "***Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física e Relaxamento do cuidador***".

Esta sessão será realizada no dia **18 de Fevereiro, às 15h15** na Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal

Objetivos da Sessão de Educação para a Saúde:

- Incentivar os cuidadores familiares de pessoas idosas a criarem estratégias de manutenção física, lazer e relaxamento;
- Demonstrar técnicas de prestação de cuidados que ajudam o cuidador familiar na prevenção de doenças osteoarticulares;
- Estimular os cuidadores para o desempenho de atividades que o beneficiem de forma a manter a sua saúde e bem estar.

Convite



Temos o prazer de convidar a Exma. Sra.: _____

para participar na Sessão de Promoção para a Saúde, com o tema: "***Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim***".

Esta sessão será realizada no dia 25 de Fevereiro, às 15h15 na Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal

Objetivos da Sessão de Educação para a Saúde:

- Incentivar os cuidadores familiares de pessoas idosas a criarem estratégias de auto cuidado no sentido de prevenir a Sobrecarga do Cuidador;
- Informar sobre estratégias de gestão de tempo e planeamento de atividade do cuidador, com aplicabilidade prática no seu dia a dia;
- Informar acerca dos recursos existentes na comunidade que os podem ajudar.

Apêndice XI – Convites aos Cuidadores Familiares de pessoas idosas da USF CSI
Seixal para a participação nas sessões de Educação para a Saúde

Convite aos Cuidadores



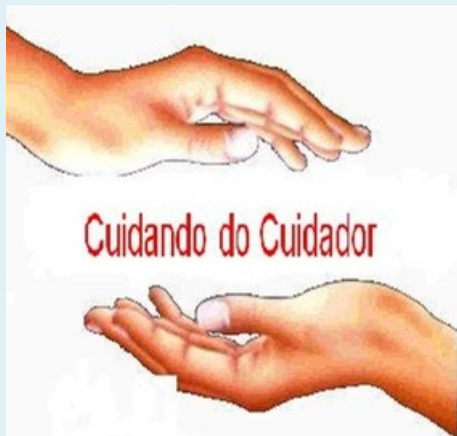
Temos o prazer de convidar todos os cuidadores da nossa USF CSI Seixal, a participarem na Sessão de Promoção para a Saúde, com o tema: “**Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física e Relaxamento do cuidador**”.

Esta sessão será realizada no dia 18 de Fevereiro, às 15h15 na Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal, devendo proceder à sua inscrição prévia através do telefone 96 622 91 49. A Sessão é gratuita.

Objetivos da Sessão de Educação para a Saúde:

- Incentivar os cuidadores familiares de pessoas idosas a criarem estratégias de manutenção física, lazer e relaxamento;
- Demonstrar técnicas de prestação de cuidados que ajudam o cuidador familiar na prevenção de doenças osteoarticulares;
- Estimular os cuidadores para o desempenho de atividades que o beneficiem de forma a manter a sua saúde e bem estar.

Convite aos Cuidadores



Temos o prazer de convidar todos os cuidadores da nossa USF CSI Seixal, a participarem na Sessão de Promoção para a Saúde, com o tema: “**Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim**”.

Esta sessão será realizada no dia **25 de Fevereiro**, às 15h15 na Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal, devendo proceder à sua inscrição prévia através do telefone 96 622 91 49. A Sessão é gratuita.

Objetivos da Sessão de Educação para a Saúde:

- Incentivar os cuidadores familiares de pessoas idosas a criarem estratégias de auto cuidado no sentido de prevenir a Sobrecarga do Cuidador;
- Informar sobre estratégias de gestão de tempo e planeamento de atividade do cuidador, com aplicabilidade prática no seu dia a dia;
- Informar acerca dos recursos existentes na comunidade que os podem ajudar.

Apêndice XII – Cartazes Informativos sobre as Sessões de Educação para a Saúde

Convide aos Cuidadores

É cuidador, ou conhece alguém que cuida de um idoso?

A nossa USF CSI Seixal, convida-o para as Sessões de Educação para a Saúde destinadas a cuidadores:

- “**Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física e Relaxamento do cuidador**”, a decorrer no próximo dia 18 de Fevereiro, às 15h15 na Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal
- “**Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim**”, dia 25 de Fevereiro, às 15h15 na Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal



Queira por favor, inscrever-se em qualquer destas Sessões de Educação para a Saúde através do contacto telefónico 966229149.
Qualquer umas das sessões é gratuita.

“Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física e Relaxamento do cuidador”, dia 18 de Fevereiro, às 15h15 na Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal



Objetivos da Sessão de Educação para a Saúde:

- Incentivar os cuidadores de pessoas idosas a criarem estratégias de manutenção física, lazer e relaxamento;
- Demonstrar técnicas de prestação de cuidados que ajudam o cuidador familiar na prevenção de doenças osteoarticulares;
- Estimular os cuidadores para o desempenho de atividades que o beneficiem de forma a manter a sua saúde e bem estar.

Queira por favor, inscrever-se em qualquer destas Sessões de Educação para a Saúde através do contacto telefónico 966229149.

Qualquer umas das sessões é gratuita.

“Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim” , dia **25 de Fevereiro**, às 15h15 na Unidade de

Saúde Familiar CSI Seixal



Objetivos da Sessão de Educação para a Saúde:

- Incentivar os cuidadores de pessoas idosas a criarem estratégias de auto cuidado no sentido de prevenir a Sobrecarga do Cuidador;
- Informar sobre estratégias de gestão de tempo e planeamento de atividade do cuidador, com aplicabilidade prática no seu dia a dia;
- Informar acerca dos recursos existentes na comunidade que os podem ajudar.

Queira por favor, inscrever-se em qualquer destas Sessões de Educação para a Saúde através do contacto telefónico 966229149.
Qualquer umas das sessões é gratuita.

Apêndice XIII – Plano de Sessão da Sessão de Educação para a Saúde -
Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física e relaxamento do cuidador

Identificação de Sessão de Educação para a Saúde			
Projeto:	A saúde dos cuidadores Familiares		
Tema da Sessão:	Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física e relaxamento do cuidador		
Data- Hora- Duração	18 de Fevereiro	15h15	1 hora e 30 min
Local:	Sala de Espera de Saúde Infantil da USF CSI Seixal		
Formadores:	Ana Rita Ribeiro		
Destinatários	Todos os cuidadores de pessoas idosas		
Objectivos	<p>Geral: Capacitar os cuidadores de pessoas idosas para o desenvolvimento de estratégias que aliviem a sobrecarga e promovam o auto- cuidado</p> <p>Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que metade dos cuidadores indique duas estratégias de prevenção de lesões músculo-esqueléticas; • Que metade dos cuidadores indique pelo menos duas estratégias de relaxamento; • Que metade dos cuidadores identifique os hábitos de vida que deve alterar para melhorar a sua saúde e bem estar. 		

Fase	Objetivos Específicos	Conteúdos	Recursos Didáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Tempo	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a presença; • Enquadrar o tema da sessão no contexto geral do projeto; • Apresentação dos membros presentes na sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar o propósito desta Sessão (mestrado, tema, objetivos, diagnósticos de enfermagem identificados na fase de diagnóstico segundo o planeamento em saúde); • Jogo Quebra Gelo em que uma pessoa apresenta a pessoa à sua direita. 	<p>Apresentação em PowerPoint</p> <p>Papel e caneta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo; • Técnica Expositiva. • Método Ativo; • Jogo de Quebra Gelo 	5 minutos	No final da sessão, através do preenchimento de um pequeno questionário.*

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular os cuidadores familiares de idosos a criarem estratégias de manutenção física, lazer e relaxamento; • Capacitar o cuidador de pessoas idosas para o autocuidado; • Preencher a estrala dos hábitos de vida e contraturalizar 2 itens que pretende melhorar 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser cuidador; • O que pode fazer para cuidar mais de si (erros mais frequentes na prestação de cuidados, que levam a lesões músculo-esqueléticas dos cuidadores, estratégias de prevenção de lesões, técnicas de relaxamento) • Importância da atividade física e do relaxamento; • Avaliar os seus próprios hábitos de vida e identificar onde pode melhorar, discutindo estratégias para o fazer; 	<p>Apresentação em PowerPoint</p> <p>Marquesa para demonstração e execução das técnicas de posicionamentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo; • Técnica Expositiva. • Método Demonstrativo; • Técnica de demonstração • Método Ativo; • Técnica de Exercícios Práticos 	1h10 min	No final da sessão, através do preenchimento de um pequeno questionário.*
-----------------	--	--	--	---	----------	---

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das técnicas que podem ajudar o cuidador familiar a cuidar melhor de si; • Avaliação da satisfação da sessão, por parte dos cuidadores participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese de conteúdos; • Lanche convívio entre Participantes e profissionais; • Avaliação final 	<p>Apresentação em PowerPoint</p> <p>Papel e caneta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo; • Técnica Expositiva. • Método Interrogativo; • Técnica interrogativa. 	15 min	No final da sessão, através do preenchimento de um pequeno questionário.*
<p>Alternativas previstas: Em caso de falha de energia, os conteúdos da sessão, serão transmitidos apenas oralmente, sem recurso a meios audiovisuais.</p>						

* No final da sessão será feito um breve questionário que avalia a satisfação dos participantes.

Apêndice XIV – PowerPoint da Sessão de Educação para a Saúde - Cuidadores
que cuidam de si: Manutenção física e relaxamento do cuidador

Cuidadores que cuidam de si

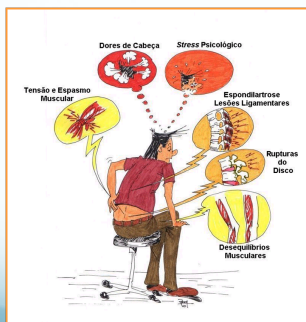
Manutenção física do cuidador

Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física do cuidador

Objectivos:

- Identificar comportamentos de risco de lesões músculo-esqueléticas;
- Conhecer estratégias de prevenção de lesões musculo-esqueléticas
- Aprender exercícios de relaxamento;
- Avaliar o estilo e vida e "negociar" objectivos.

Porquê falar da nossa postura?



Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física do cuidador

Vantagens de uma postura correta:

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

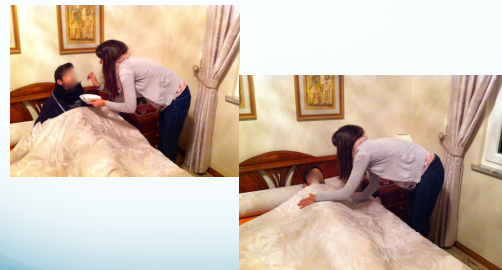
Princípios da ergonomia:

- Estabilidade;
- Alinhamento corporal;
- Movimento eficiente.

Factores de Risco do nosso dia a dia



Factores de Risco da Prestação de Cuidados



Então como proceder??

Posicionamentos:

Exemplo: Mover um doente de um lado para o outro da cama.

- Método de transferência manual
- Um prestador de cuidados



Posicionamentos:

Exemplo: Chegar um doente para cima, na cama

- Método de transferência manual
- Um prestador de cuidados



Resguardos que ajudam nos posicionamentos



Já fez exercício hoje?

**Ajude-nos a cuidar de si:
Manutenção física do cuidador**

Dicas de exercícios para o cuidador



Exercícios para a coluna cervical (pescoço):

- Flexione a cabeça até encostar o queixo no peito, depois estenda a cabeça para trás, como se estivesse a olhar para o céu.
- Gire a cabeça primeiro para um lado e depois para o outro;
- Incline a cabeça lateralmente, para um lado e para o outro, como se fosse tocar a orelha no ombro.



Exercícios para os ombros:

Respire fundo, enchendo bem os pulmões de ar, levante os ombros, aproximando-os das orelhas, solte o ar deixando os ombros caírem rapidamente, depois fazendo movimentos circulares, gire os ombros para a frente e depois para trás.



Exercícios para os braços:
Gire os braços esticados para a frente e depois para trás, fazendo círculos.



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



Exercícios para as pernas:

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



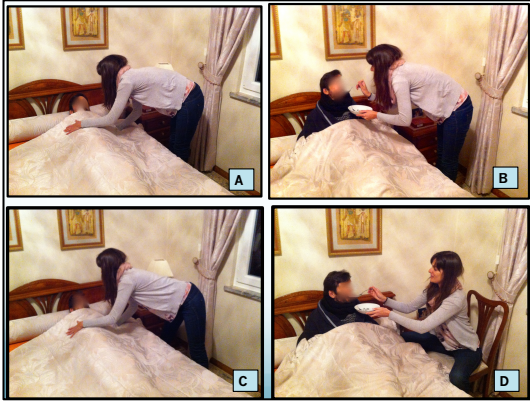
Cuidadores que cuidam de si

Relaxamento

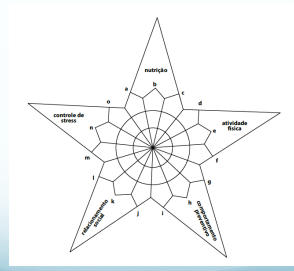
Vamos relaxar...

Referências Bibliográficas

- Lianza, S. (2007). *Medicina de Reabilitação-Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho* (4 Ed), Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Hoeman, Shirley .P.-Enfermagem de Reabilitação-Aplicação e processo. 2ª edição. 2000.Lusociencia
- Rogers, B. (1997) *O Conhecimento Interdisciplinar na Prática do Trabalho*, Loures: Lusociencia



Por último...
O Que posso fazer para cuidar mais de mim?



Apêndice XV – Folha de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde -
Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física e relaxamento do cuidador

Questionário de Satisfação com a Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Cuidadores que cuidam de si: Manutenção física e relaxamento do cuidador

Data: 18 de Fevereiro, às 15h15

Local: Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal

Porque a sua opinião é importante, gostaríamos que avaliasse a Sessão de Educação para a Saúde que acabou de assistir, assinalando com uma cruz o quadrado correspondente a cada item de acordo com a escala, consoante tenha ficado de Nada Satisfeito a Totalmente Satisfeito.

Esta avaliação é anónima, pelo que se pede que não coloque o seu nome.

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

Gostaria de repetir outra experiência do mesmo género?

Sim: _____ Não: _____

Deixe as suas sugestões para temas que gostaria de ver
abordados. _____

Grata pela sua presença e colaboração durante todo este percurso académico.

**Apêndice XVI – Plano de Sessão da Sessão de Educação para a Saúde -
Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim**

Identificação de Sessão de Educação para a Saúde			
Projeto:	A saúde dos cuidadores Familiares		
Tema da Sessão:	Cuidadores que cuidam de si: Como me Cuidar Mais e Melhor		
Data- Hora- Duração	25 de Fevereiro	15h15	1 hora e 30 min
Local:	Sala de Espera de Saúde Infantil da USF CSI Seixal		
Formadores:	Ana Rita Ribeiro		
Destinatários	Cuidadores de pessoas idosas inscritos na USF CSI Seixal		
Objectivos	<p>Geral: Capacitar os cuidadores de pessoas idosas para o desenvolvimento de estratégias que previnam a sobrecarga e promovam o auto- cuidado.</p> <p>Específico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Que metade dos cuidadores indique três estratégias de auto-cuidado; • Que metade dos cuidadores indique pelo menos 2 estratégias de gestão de tempo; • Que metade dos cuidadores identifique pelo menos dois recursos na comunidade que os ajudem na promoção do autocuidado; • Que cada cuidador construa o seu plano de atividades para o dia seguinte. 		

Fase	Objetivos Específicos	Conteúdos	Recursos Didáticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Tempo	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Agradecer a presença; • Enquadrar o tema da sessão no contexto geral do projeto; • Apresentação dos membros presentes na sessão. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar o propósito desta Sessão (mestrado, tema, objetivos, diagnósticos de enfermagem identificados na fase de diagnóstico segundo o planeamento em saúde); • Jogo Quebra Gelo em que uma pessoa apresenta a pessoa à sua direita. 	<p>Apresentação em PowerPoint</p> <p>Papel e caneta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo; • Técnica Expositiva. • Método Ativo; • Jogo de Quebra Gelo 	5 minutos	No final da sessão*.

Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular os cuidadores familiares de idosos a criarem estratégias de gestão de tempo e planeamento de atividades; • Capacitar o cuidador de pessoas idosas para o auto-cuidado; • Informar acerca dos recursos da comunidade que auxiliem o cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Porquê cuidar do cuidador e este cuidar de si; • Como gerir a prestação de cuidados e manter o autocuidado - Organização de tempo e plano de atividades; • Recursos da Comunidade. 	Apresentação em PowerPoint	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo; • Técnica Expositiva. • Método Demonstrativo; • Técnica de demonstração 	1h10 min	No final da sessão*.
-----------------	--	--	----------------------------	---	----------	----------------------

Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese das técnicas que podem ajudar o cuidador familiar a cuidar melhor de si; • Avaliação dos conhecimentos transmitidos; • Avaliação da satisfação da sessão, por parte dos cuidadores participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Síntese de conteúdos; • Lanche convívio entre Participantes e profissionais; • Avaliação final 	<p>Apresentação em PowerPoint</p> <p>Papel e caneta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Método Expositivo; • Técnica Expositiva. • Método Interrogativo; • Técnica interrogativa. 	15 min	No final da sessão*.
-----------	---	--	---	--	--------	----------------------

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

* No final da sessão será feito um breve questionário que avalia a satisfação dos participantes.

Apêndice XVII – PowerPoint de apresentação da Sessão de Educação para a Saúde - Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim

Cuidadores que cuidam de si

Como Cuidar Mais e Melhor de mim

Trabalho realizado no âmbito do 5º curso de Mestrado de Especialização na área de Enfermagem Comunitária, pela aluna Ana Rita Ribeiro
Orientado: Professora Doutora Maria Manuel Quintela e Enfermeira Fernanda Silva

Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim

Objectivos:

- Incentivar os cuidadores familiares de pessoas idosas a criarem estratégias de auto cuidado no sentido de prevenir a Sobrecarga do Cuidador;
- Informar sobre estratégias de gestão de tempo e planeamento de atividade do cuidador;
- Dar a conhecer os recursos na comunidade que ajudem os cuidadores familiares de pessoas idosas na promoção do autocuidado;

Porquê pensar nos cuidadores e os cuidadores cuidarem também de si?

Prestar cuidados é uma atividade intensa, tanto física como psicologicamente, por isso o cuidador tem tendência a ficar cada vez mais isolado.

O esforço contínuo da prestação de cuidados irá muito provavelmente diminuir a sua resistência a doenças e levá-lo a situações de "stress" e mesmo, em alguns casos, à depressão.

Deve por isso ter uma preocupação acrescida de cuidar de si próprio, esta atitude não é uma reação egoísta, pelo contrário, é essencial para a qualidade dos cuidados que presta, que a sua saúde e o seu bem estar não se deteriore.

Como lidar com a prestação de cuidados ao meu familiar a como cuidar também de mim:



- Reconheça os seus próprios limites e estabeleça metas realistas:
Dicas que o podem ajudar nos cuidados do dia-a-dia;
- Encontre tempo para si próprio, aprenda a lidar com o stress e procure contacto social para quebrar o seu isolamento;
- Tenha cuidado na valorização das críticas e esteja atenta aos sinais de alarme;
- Procure informação e aconselhamento se necessitar.

Encontre tempo para si próprio, aprenda a lidar com o stress e procure contacto social para quebrar o seu isolamento

Peça a alguém da sua família, ou a um amigo que fique com o seu familiar na sua ausência.

Poderá ter se ser o cuidador a pedir!

- Reserve tempo para fazer exercício físico regularmente (pelo menos 2x semana);
- Aprenda a relaxar e a usufruir do pouco tempo que tem para si;
- Procure dormir ao mesmo tempo que o familiar de quem cuida;
- Se tiver dormido pouco durante vários dias seguidos, peça a alguém que o substitua nos cuidados, de forma a dormir pelo menos 8 horas seguidas;
- Aprenda a sorrir para das situações.

Reconheça os seus próprios limites e estabeleça metas realistas

- Compreenda o que pode e o que não pode fazer, defina prioridades, e aja em conformidade.
- Evite estabelecer metas irrealistas, impossíveis de atingir ou difíceis de manter durante algum tempo.

Dicas que o podem ajudar nos cuidados do dia-a-dia:

- Prepare refeições completas para toda a família e participe com ela nos horários habituais das refeições, mesmo que esteja casado ou ocupado;
- Quando cozinhar, confeccione o dobro das quantidades que necessita para essa refeições, e congele essa segunda refeição (muito útil para os dias de maior cansaço);
- Lembre-se que precisa de comer, por isso opte por refeições leves e saudáveis para as alturas em que está mais ocupado;

Dicas para organizar o seu tempo:

- “ É mesmo necessário fazer isto? ”
- Planear as suas atividades



Plano de Atividades, como fazer:



1. Fazer uma lista de todas as tarefas ou atividades que tem para realizar;
2. Ordená-las segundo a sua importância, começando pelas mais importantes;
3. Estabelecer para cada tarefa um tempo aproximado para a sua execução;
4. Fazer uma outra lista com atividades que gostava de realizar, e ordená-las também segundo a importância que têm para si;

Plano de Atividades, como fazer:



5. Estabelecer para cada uma destas atividades um tempo aproximado para a sua execução;
6. Fazer uma lista única com as tarefas que deve realizar e com as atividades que gostaria de realizar, respeitando a ordem de importâncias que atribuiu a cada uma anteriormente;
7. Se não for possível concretizar todas as atividades listadas, poderá adiar para outro momento as que estão nos últimos lugares da lista, e logo que possível faça-as.

Tenha cuidado na valorização das críticas e esteja atenta aos sinais de alarme

As críticas que alguns membros da família ou alguns amigos, relativamente à forma como está a cuidar do seu familiar, ou a gerir a sua casa, podem ter por base a sua incompreensão da globalidade da situação, ou reflectir os seus próprios sentimentos de culpa por não ajudarem mais na prestação de cuidados.

Taves possa ajudar os seus familiares e/ou amigos a compreender melhor a situação se os envolver na tarefa da prestação de cuidados.

Sinais de alerta, de que pode estar a precisar de ajuda:

- Gritar recorrentemente com o seu familiar;
- Agredir física ou verbalmente o seu familiar;
- Chorar ou sentir-se triste varias vezes ao dia.

Procure informação e aconselhamento se necessitar.



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

Associações de Apoio Social

Arrentela:

ARPIA (Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos da Arrentela) - Apoio Domiciliário e Centro de Dia

Apoio domiciliário:

Horário: Todos os dias incluindo fins de semana
Das 08h30 às 18h00 e em casos mais graves das 19h00 às 20h45

Serviços prestados: Alimentação, Higiene Pessoal, Higiene Habitacional, Lavandaria, Outros serviços necessários ao bem estar do Cliente

Documentos necessários para inscrição nas respostas sociais:

- Comprovativo dos rendimentos do agregado familiar;
- Fotocópia do Cartão do Cidadão ou BI, Cartão de Beneficiário, Cartão de Contribuinte, Cartão do Serviço Nacional de Saúde;
- Comprovativo de renda de casa;
- Declaração da farmácia com o valor dos gastos médios por mês em medicação regular;
- Relatório médico;
- Comprovativo de gastos em transportes do agregado familiar;
- Ser sócio da ARPIA: preenchimento de proposta de sócio e uma fotografia.

Associações de Apoio Social

ARPIA - Atividades de Centro de Dia abertas aos associados:

Obrigatoriedades: Ser sócio da ARPIA e o pagamento da cota mínima mensal (1 euro).

Documentos necessários para ser sócio da ARPIA: Os necessários ao preenchimento da proposta de sócio (BI/ Cartão do Cidadão e NIF) e fotografia

Atividade disponíveis para associados:

- Ginástica (2ª e 4ª manhã; valor de 7,5 euros)
- Piscina municipal (3ªf de manhã – pessoas com mais de 65 anos não pagam)
- Grupo Coral (6ªf)
- Grupo de Sevilhanas (5ªf)
- Grupo de Teatro
- Passeios no Verão
- Colónia de Férias – 1 semana em Julho (para pessoas com + 65 anos)

AURPIS (Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos de Selxal)

Atividades de Centro de Dia abertas aos associados:

Obrigatoriedades: Ser sócio da AURPIS e o pagamento da cota.

Atividade disponíveis para associados:

- Ginástica
- Massagem
- Grupo Coral e orquestra
- Excursões
- Festas alusivas a épocas festivas (ex: Natal, Dia do Idoso, etc...)

Nota: As atividades de Ginástica, Massagens e Excursões são pagas à parte mediante número de inscrições, para pagamento dos profissionais. Na atividade de massagem o preço varia consoante a tipologia e frequência das massagens.

AURPIPP (Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos de Paio Pires)

Atividades de Centro de Dia abertas aos associados:

Obrigatoriedades: Ser sócio da AURPIPP e o pagamento da cota.

Atividade disponíveis para associados:

- Ginástica
- Hidroginástica
- Bordados
- Balles
- Atividades alusivas a épocas festivas (ex: Natal, Dia do Idoso, etc...)

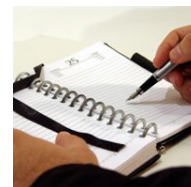
Nota: As atividades de Ginástica e Bordados são pagas à parte mediante número de inscrições para pagamento aos professores.

Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim

RECAPITULANDO

Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim

Vamos tentar planear o nosso dia de amanhã?



Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim

Referências Bibliográficas:

- Ministério da Saúde Secretaria – Secretaria da Atenção à Saúde e Secretaria de Estado do Trabalho e da Educação para a Saúde (2008). *Guia Prático do Cuidador*. Brasília. Ministério da Saúde.
- Macmillan, K., et al. (2005). *Como cuidar dos nossos: um guia prático sobre cuidadores em fim de vida: AMARA*; Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian. Lisboa

Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim

Fim

Obrigada mais uma vez pela vossa presença e disponibilidade ao longo deste projeto académico!

Apêndice XVIII – Folha de Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde -
Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim

Questionário de Satisfação com a Sessão de Educação para a Saúde

Tema: Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim

Data: 25 de Fevereiro, às 15h15

Local: Unidade de Saúde Familiar CSI Seixal

Porque a sua opinião é importante, gostaríamos que avaliasse a Sessão de Educação para a Saúde que acabou de assistir, assinalando com uma cruz o quadrado correspondente a cada item de acordo com a escala, consoante tenha ficado de Nada Satisfeito a Totalmente Satisfeito.

Esta avaliação é anónima, pelo que se pede que não coloque o seu nome.

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

Gostaria de repetir outra experiência do mesmo género?

Sim: _____ Não: _____

Deixe as suas sugestões para temas que gostaria de ver abordados. _____

Grata pela sua presença e colaboração durante todo este percurso académico.

Apêndice XIX – Manual do Cuidador Familiar – Cuidadores que cuidam de si

Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde
Integrados
e
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



O Cuidador que sabe cuidar de si



Manual Prático de Apoio ao
Cuidador

Seixal, 2015

Elaborado por: Ana Rita Ribeiro

Aluna do 5º curso de Mestrado de Especialização em
Enfermagem Comunitária da Escola Superior de
Enfermagem de Lisboa.

Docente Orientadora: Professora Doutora Maria
Manuel Quintela

Co- orientação: Enfermeira Fernanda Silva

ÍNDICE:

1. O CUIDADOR QUE SABE CUIDAR DE SI

**1.1 A importância de uma boa
alimentação**

**1.2 A importância da prática de
exercício físico**

**1.3 A importância do sono e do
lazer**

2. RECURSOS DA COMUNIDADE

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NOTAS DO CUIDADOR

1. O CUIDADOR QUE SABE CUIDAR DE SI

Quando alguém próximo de nós adocece ou se torna dependente, a adaptação a esta nova situação pode ser bastante complicada. É importante que saiba que o papel de cuidador é gratificante, no entanto é igualmente cansativo, tanto do ponto de vista físico como do ponto de vista psicológico.

O papel que assumiu pode prolongar-se no tempo sendo por isso imprescindível que não se esqueça de cuidar também de si. É importante que compreenda que se a sua saúde e o seu bem estar estiverem comprometidos, os cuidados que presta ao seu familiar, também o ficarão.

Neste sentido, este guia procura orientar os cuidadores familiares de pessoas idosas para a sua saúde e para a necessidade de cuidarem também de

si. Tem como objetivo esclarecer de modo simples e ilustrativo a importância de uma boa alimentação, da prática de exercício físico e do relaxamento, a importância do sono e do lazer e fornecer-lhe algumas estratégias que o ajudem a fazer uma melhor gestão do seu tempo. Serão ainda apresentadas algumas associações de Apoio Social que o poderão ajudar a cuidar melhor de si e do seu familiar. Importa ainda ressaltar, que apesar de todas as orientações aqui contidas, é indispensável a orientação do seu Médico e Enfermeiro de Família.

1.1 A importância de uma boa alimentação

Ter hábitos alimentares saudáveis não significa fazer uma alimentação restritiva ou monótona. Pelo contrário, um dos pilares fundamentais para uma alimentação saudável é a variedade. Quanto mais variada for a sua seleção alimentar, melhor!

Ao optar por hábitos alimentares mais saudáveis, não tem que abdicar daqueles alimentos menos saudáveis de que tanto gosta, o importante é que o consumo desses alimentos constitua a exceção e não a regra do seu dia a dia.

Produtos hortícolas, frutos, cereais e leguminosas são alimentos ricos em fibra, vitaminas, sais minerais e com baixo teor de gordura, por isso devem ser os “alimentos base” do seu quotidiano.

A água é fundamental para a nossa

sobrevivência e para a manutenção do nosso estado de saúde, daí que o seu consumo seja tão importante. Beba a quantidade suficiente de água, para que a sua urina seja abundante, clara e inodora (sem cheiro).

Algumas recomendações para uma Alimentação Diária mais Saudável:

- Inicie sempre o seu dia com um pequeno almoço completo e saudável;
- Evite estar mais de 3 horas e meia sem comer. Nestas merendas procure consumir fruta fresca e acompanhe-a sempre com outros alimentos, como por exemplo: iogurte, meia chávena de leite magro, pequenas porções de pão escuro ou de mistura;
- Limite o consumo total de gorduras, para isso, reduza a quantidade de gordura que usa para cozinhar, preferindo sempre o

azeite a outros tipos de gorduras. Retire toda a gordura visível dos alimentos antes de os confeccionar. Evite fritar os alimentos e opte por processos que requerem menor quantidade de gordura (ex.: cozer, grelhar ou estufar);

- Dê preferência a peixe e carnes magras;
- Aumente o consumo de frutos, hortaliças e legumes, para tal, inicie sempre o almoço e o jantar consumindo sopa, rica em hortaliças e



legumes, e acompanhe o prato principal com salada e outras hortícolas. Faça da fruta a sua sobremesa e inclua também nos intervalos das refeições;

- Reduza o consumo de açúcares simples, evitando a adição de açúcar nos alimentos e nas bebidas (ex: leite, café, chá, sumos de frutos, etc.);
- Prefira sempre a água, e evite os refrigerantes e sumos de frutos artificiais pois estas bebidas são ricas em açúcar;
- Reduza o consumo de sal, opte por usar ervas aromáticas e especiarias para temperar e apaladar os seus cozinhados, assim pode reduzir significativamente o sal usado na confecção, sem que o sabor dos alimentos fique comprometido. Não leve o sal fino para a mesa.

1.2 A Importância da prática de exercício físico

A atividade física e os desportos saudáveis são essências à nossa saúde e bem estar, estes, a par com uma alimentação adequada e a ausência do consumo de substâncias prejudiciais à saúde, são o pilar de um estilo de vida saudável.

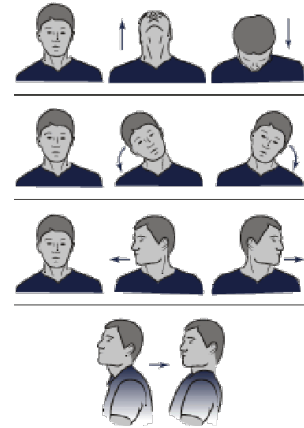
A prática de 30 minutos de atividade física diária tem inúmeros benefícios para a saúde, nomeadamente a prevenção de doenças cardiovasculares, como enfarte, AVC, hipertensão e Diabetes Mellitus tipo 2. Ajuda no controlo do peso e no risco de Obesidade, previne o aparecimento de osteoporose, e promove o bem-estar psicológico, reduzindo os níveis de stresse, ansiedade e depressão. Este nível de atividade física pode ser atingidos diariamente sem grande esforço, através

de atividades agradáveis e do movimento do corpo no dia-a-dia, tais como subir escadas, jardinagem, dança e outros desportos recreativos. Benefícios adicionais podem ser obtidos através de atividade física diária moderada, de longa duração.

Os exercícios que se seguem, são uma demonstração, como a prática de exercícios físico, não tem obrigatoriamente de ser executada em ginásios ou mediante qualquer tipo de pagamento. Estes são exemplos de exercícios que se podem fazer no domicílio, tendo em conta as nossas limitações físicas, desde que mantendo o alinhamento corporal e que a sua prática não nos infrinja dor.

Exercícios para a coluna cervical (pescoço):

- Flexione a cabeça até encostar o queixo no peito, depois estenda a cabeça para trás, como se estivesse a olhar para o céu;
- Gire a cabeça primeiro para um lado e depois para o outro;
- Incline a cabeça lateralmente, para um lado e para o outro, como se fosse tocar a orelha no ombro.



Exercícios para os ombros:

Respire fundo, enchendo bem pulmões de ar, levante os om aproximando-os das orelhas, solte deixando os ombros c rapidamente, depois fa: movimentos circulares, gire os or para a frente e depois para trás.

Exercícios para os braços:

Estenda os braços para a frente e depois para trás, fazendo círculos.



Exercícios para o tronco:

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

Agachamento



Agachamento: Em pé na frente do sofá faça movimento de sentar, porém não toque no assento volte a levantar. O movimento deve ser feito lentamente, com o abdômen contraído e as costas retas. Ao abaixar, não permita que os joelhos ultrapassem a linha de seus pés (para proteger articulação do joelho). Para ter maior equilíbrio, fique com os braços estendidos à frente.

1.3 A Importância do sono e do lazer

Provavelmente ainda não reparou como raramente usamos o nosso tempo de descanso para realmente descansar. Por norma, utilizamos esse tempo para tarefas já tantas vezes adiadas por falta de tempo, e que têm a necessidade de ser realizadas. Desta forma, e mais uma vez, colocamos a nossa saúde e o nosso bem estar em detrimento de uma outra tarefa, não nos lembrando que o descanso nem sempre é uma opção, mas sim uma necessidade do nosso corpo.

Porque cuidar é uma tarefa física e psicologicamente exigente, enquanto cuidadores importa percebermos que a ausência de sono e de atividades de lazer, contribuem de forma significativa para a diminuição do nosso sistema imunitário, diminuindo a nossa resistência a doenças e a situações de stress.

Existem contudo algumas atitudes que podemos adoptar no nosso dia a dia, que nos ajudam a conciliar a prestação de cuidados ao autocuidado, ou seja, a cuidarmos também de nós próprios.

1. **Reconheça os seus próprios limites e estabeleça metas realistas**

Tentar perspetivar as coisas de forma realista poderá ajudar e reduzir a tensão e o stress, e adequar a capacidade de lidar com a frustração.

É importante que compreenda o que pode e o que não pode fazer, definindo prioridades e agindo em conformidade.

Para o seu dia-a-dia pode ajudar:

- Preparar refeições completas para toda a família e participar com ela nos horários habituais das refeições, mesmo

que esteja cansado ou ocupado, pois desta forma, obrigá-se-á a fazer pelo menos 3 refeições corretas diariamente, e será um período de tempo em que está rodeado das pessoas de quem gosta;

- Quando cozinhar, confeccione o dobro das quantidades que necessita para essa refeições, e congele-a, desta forma fica com uma refeição completa, guardada para uma altura de maior conveniência;
- Lembre-se que precisa de comer, por isso opte por refeições leves e saudáveis para as alturas em que está mais ocupado – por refeições leves entenda-se, fruta, saladas, queijo, iogurtes e bolachas integrais.

2. **Encontre tempo para si próprio, aprenda a lidar com o stress e procure contacto social para quebrar o seu isolamento**

É essencial que arranje tempo livre para si próprio. Para tal, peça a alguém da sua família, ou a um amigo, que fique com o seu familiar na sua ausência. Muitas vezes as outras pessoas à nossa volta não sabem e não têm consciência da tensão e da carga que a prestação de cuidados exige, ou não sabem de que maneira poderiam ajudar, portanto, poderá caber-lhe a si pedir-lhe essa ajuda. Existem ainda associações de voluntariado e instituições religiosas que também poderão ajudar.

É ainda necessário mentalizar-se que poderá ter algumas objeções, quanto às pessoas que ajudam, que podem não fazer as coisas exatamente como gostaria, mas todos têm

de ter um pouco de paciência, para que tudo funcione.

Na gestão das tarefas é importante que se questione: “ É mesmo necessário fazer isto?” Desta forma obriga-se a refletir se a tarefa é realmente importante ou se pelo contrário, é secundária. Uma outra ferramenta pode ser o Plano de Atividades. Para isso deve fazer uma lista de todas as atividades e tarefas que tem para fazer, organizando-a por importância (da mais importante para a menos importante) e atribuir-lhes um tempo médio necessário para a sua execução. Faça uma nova lista, mas desta vez com as atividades que gostava de realizar, organizando-a pela importância que estas têm para si, e atribua-lhes um tempo médio de execução. Por fim, faça uma lista única

com as tarefas que deve realizar e com as atividades que gostaria de realizar, respeitando a ordem de importâncias que atribuiu a cada uma anteriormente. Se não for possível concretizar todas as atividades listadas, poderá adiar para outro momento as que estão nos últimos lugares da lista, e logo que possível faça-as.

Quando conseguir esse tempo livre, faça o que lhe agrada e durante esse tempo procure não pensar nas suas preocupações. No início pode utilizar esse tempo só para descansar e não fazer nada, mas será boa ideia quebrar o isolamento e sair casa, apanhar ar fresco, encontrar-se com pessoas que já não vê a algum tempo, falar e pensar em assuntos que não estejam relacionados com a situação do seu familiar.

desta forma, mais leve a sua execução.

Para lidar com o stress existem vários métodos, que podem ser aprendidos e/ou treinados. Por exemplo, é possível treinar-se a dormir um sono profundo e reparador de cerca de 3 a 5 minutos e acordar completamente recuperado. Yoga, pensamentos positivos ou exercícios de relaxamento podem ser uma opção. Algumas destas técnicas são atividades mais solitárias e não envolvem o contacto com outras pessoas, mas também a prática de desporto é uma forma de aliviar tensões, da mesma forma que se melhora o estado geral de saúde, e se conhecem outras pessoas. Rir pode também ser uma maneira de aliviar o stress, e certamente que já lhes aconteceu, uma situação tensa ou caricata ser encarada com algum humor, tornando

2. RECURSOS DA COMUNIDADE

É importante não esquecer que não está sozinho, e que existem vários recursos na sua comunidade que o podem ajudar. Estes não só podem aliviar a sua carga na prestação de cuidados ao seu familiar, como podem oferecer-lhe diversos serviços que contribuam para o seu bem estar e para a sua qualidade de vida. Neste manual, encontram-se somente associações parceiras da USF CSI Seixal, mas na sua comunidade existem outras tantas associações e entidades privadas que podem também ser uma opção.

USF CSI Seixal (Unidade de Saúde Familiar Cuidados de Saúde Integrados do Seixal)

Morada: Largo Mundet, Bairro Novo, 2840-481 Seixal

Telefone: 212277183

Horário: Dias úteis das 08h00 às 20h00.

Encerra aos fins de semana

Serviços:

UCC Seixal (Unidade de Cuidados Integrados do Seixal)

Morada: Largo Mundet, Bairro Novo, 2840-481 Seixal

Telefone: 212 277 197 / 212 274 819

Horários: Dias úteis das 08h00 às 20h00, das 09h00 às 17h00 fins de semana e feriados.

Serviços:

- Prestação de cuidados de saúde domiciliários de natureza preventiva, curativa de reabilitação e em final de vida;

- Apoio na satisfação das necessidades básicas de vida tais como: alimentação, higiene e conforto, locomoção e lazer;
- Apoio social e psicológico;
- Apoio aos familiares do utente ou prestadores de cuidados informais, na respectiva qualificação e prestação de cuidados.

O encaminhamento para esta unidade e feito através da referenciação pelo Enfermeiro e Médico de Família e Assistente Social, na plataforma informática da REDE.

Arrentela:

ARPIA (Associação de Reformados, Pensionistas e Idosos da Arrentela)

Morada: Calçada da Boa Hora nº 23, 2840-147 Arrentela

Telefone: 212224857 ou 212224873

Respostas Sociais: Apoio Domiciliário e Centro de Dia

Apoio domiciliário:

Horário: Todos os dias incluindo fins de semana

Das 08h30 às 18h00 e em casos mais graves das 19h00 às 20h45

Serviços prestados: Alimentação, Higiene Pessoal, Higiene Habitacional, Lavandaria, Outros serviços necessários ao bem estar do Cliente

Documentos necessários para inscrição nas respostas sociais:

- Comprovativo dos rendimentos do agregado familiar;
- Fotocópia do Cartão do Cidadão ou BI, Cartão de Beneficiário, Cartão de Contribuinte, Cartão do Serviço Nacional de Saúde;
- Comprovativo de renda de casa;
- Declaração da farmácia com o valor dos gastos médios por mês em medicação regular;
- Relatório médico;
- Comprovativo de gastos em transportes do agregado familiar;
- Ser sócio da ARPIA: preenchimento de proposta de sócio e uma fotografia

Nota: A integração nas respostas sociais esta sujeita a lista de espera caso as vagas em acordo com a Segurança Social se encontrem ocupadas.

Atividades de Centro de Dia abertas aos associados (não tem de frequentar o Centro de Dia, pode somente participar em algumas das atividades disponibilizadas para sócios):

Obrigatoriedades: Ser sócio da ARPIA e o pagamento da cota mínima mensal (1 euro).

Documentos necessários para ser sócio da ARPIA: Os necessários ao preenchimento da proposta de sócio (BI/ Cartão do Cidadão e NIF) e fotografia

Atividade disponíveis para associados:

- Ginástica (2ª e 4ª manhã ; valor de 7.5 euros)
- Piscina municipal (3ª de manhã – pessoas com mais de 65 anos não pagam)
- Grupo Coral (6ªf)
- Grupo de Sevilhanas (5ªf)
- Grupo de Teatro
- Passeios no Verão
- Colónia de Férias – 1 semana em Julho (para pessoas com + 65 anos)

Paio Pires**AURPIPP (Associação Unitária de Reformados,
Pensionistas e Idosos de Paio Pires)****Morada:** Av. José António Rodrigues nº 56, 2840
Paio Pires**Contacto:** 212 219 360Respostas Sociais: Apoio Domiciliário e
Centro de DiaApoio domiciliário:Horário: Todos os dias incluindo fins de
semana

Das 08h00 às 20h00

Serviços prestados: Alimentação, Higiene
Pessoal, Higiene Habitacional, Lavandaria, Gestão
terapêutica, Acompanhamento a consultas, Serviços
de Cabeleireiro e Pédicure, Compras para o

domicílio Outros serviços necessários ao bem estar do Cliente

Documentos necessários para inscrição nas respostas sociais:

- Comprovativo dos rendimentos do agregado familiar;
- Fotocópia do Cartão do Cidadão ou BI, Cartão de Beneficiário, Cartão de Contribuinte, Cartão do Serviço Nacional de Saúde;
- Comprovativo de renda de casa;
- Declaração da farmácia com o valor dos gastos médios por mês em medicação regular;
- Relatório médico;
- Comprovativo de gastos em transportes do agregado familiar;

- Ser sócio da AURPIPP: preenchimento de proposta de sócio e uma fotografia

Atividades de Centro de Dia abertas aos associados (não tem de frequentar o Centro de Dia, pode somente participar em algumas das atividades disponibilizadas para sócios):

Obrigatoriedades: Ser sócio da AURPIPP e o pagamento da cota mínima mensal (1 euro).

Documentos necessários para ser sócio da AURPIP: Os necessários ao preenchimento da proposta de sócio (BI/ Cartão do Cidadão e NIF) e fotografia

Atividade disponíveis para associados:

- Ginástica: 2ª e 4ª das 09h15 às 09h45 e das 10h00 às 11h00;
- Hidroginástica: 3ª na Piscina municipal de Corroios
- Bordados: 5ª das 09h30 às 11h30
- Bailes: Domingos das 15h00 às 18h00
- Atividades alusivas a épocas festivas (ex: Natal, Dia do Idoso, etc...)

Nota: As atividades de Ginástica e Bordados são pagas à parte mediante número de inscrições para pagamento aos professores.

Seixal

AURPIS (Associação Unitária de Reformados, Pensionistas e Idosos do Seixal)

Sede:

Morada: Rua Paiva Coelho nº 47, 2840 Seixal

Contacto: 212278079

Respostas Sociais: Apoio Domiciliário e Centro de Dia

Lar:

Morada: Rua Comendador José Tavares da Silva, Quinta D. Maria, 2840 Seixal

Contacto: 212 273 310

Respostas Sociais: Apoio Domiciliário, Internamento de longa duração e Centro de Dia

Em ambos os espaços: Apoio domiciliário:

Horário: Todos os dias incluindo fins de semana (2ª a Domingo)
Das 08h00 às 21h00

Serviços prestados: Alimentação, Higiene Pessoal, Higiene Habitacional, Lavandaria e Diligências (acompanhamento a consultas, compras, Tele alarme).

Documentos necessários para inscrição nas respostas sociais:

Utente:

- Comprovativo dos rendimentos do agregado familiar;
- Comprovativo de reforma e/ou subsídios;
- Fotocópia do Cartão do Cidadão ou BI, Cartão de Beneficiário, Cartão de Contribuinte, Cartão do Serviço Nacional de Saúde;

- Comprovativo de renda de casa;
- Recibo da água, luz, gás e telefone;
- Declaração da farmácia com o valor dos gastos médios por mês em medicação regular;
- Relatório médico (onde deve constar atestado de robustez, alegando a ausência de doenças infecto-contagiosas, ou o controlo das mesmas, e doença psiquiátrica controlada);
- Comprovativo de gastos em transportes do agregado familiar;
- Ser sócio da ARURPIS: preenchimento de proposta de sócio e uma fotografia

Familiar responsável:

- Comprovativo demorada;
- Documentos de Identificação pessoal (BI ou Cartão de cidadão e NIF)

Atividades de Centro de Dia abertas aos associados (não tem de frequentar o Centro de Dia, pode somente participar em algumas das atividades disponibilizadas para sócios):

Obrigatoriedades: Ser sócio da AURPIS e o pagamento da cota mínima mensal (1 euro para reformados, 2 euros para contribuintes).

Documentos necessários para ser sócio da AURPIS: Os necessários ao preenchimento da proposta de sócio (BI/ Cartão do Cidadão e NIF) e fotografia

Atividade disponíveis para associados:

- Ginástica
- Massagem
- Grupo Coral e orquestra

- Excursões
- Festas alusivas a épocas festivas (ex: Natal, Dia do Idoso, etc...)

Nota: As atividades de Ginástica, Massagens e Excursões são pagas à parte mediante número de inscrições, para pagamento dos profissionais. Na atividade de massagem o preço varia consoante a tipologia e frequência das massagens.

Centro de Ajudas Técnicas – Aluguer de equipamentos

Horário: De 2ª a 6ª das 14h00 às 16h30

Documentação para aquisição de equipamentos:

- Declaração médica (que comprove a necessidade do equipamento solicitado- com vinheta do Centro de Saúde);

- Fotocópia de um documento comprovativo de mordida (recibo de água, luz ou telefone)
- Fotocópia de BI/Cartão de Cidadão
- Fotocópia do cartão de saúde do utente
- Fotocópia do recibo de vencimento ou pensão
- Fotocópia do BI/Cartão de Cidadão da pessoa responsável

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Nutricionistas (2006).

Guia alimentar para uma

Alimentação Saudável. Acedido em:

27/02/2015. Disponível em

<http://www.apn.org.pt/scid/webapn/defaultCategoryViewOne.asp?categoryId=839>

Candeias, V., Nunes, E. & Ribeiro da Silva, P. (2005)

- *Principios para uma*

Alimentação Saudável. Lisboa: Direcção

Geral de Saúde

Comissão Europeia e Alzheimer Europe (1999).

Manual do Cuidador. Lisboa:

Novartis

Direção Geral de Saúde (2004). *A atividade física e o desporto: um meio para*

melhorar a saúde e o bem estar. Lisboa:

Direção Geral de saúde

Ministério da Saúde Secretaria – Secretaria da

Atenção à Saúde e Secretaria de

estão do Trabalho e da Educação para a
Saúde (2008). *Guia Prático do Cuidador*.

Brasília. Ministério da Saúde

Apêndice XX – Cronograma de atividades

CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Atividades a desenvolver	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar
Reunião com a Professora Orientadora	X	X	X	X	X	X	X
Reunião com a Enfermeira Orientadora	X	X	X	X	X	X	
Elaboração dos diagnósticos de enfermagem	X						
Determinação de prioridades	X	X					
Fixação de objectivos		X					
Seleção de estratégias		X					
Preparação operacional			X				
Implantação do projeto			X	X			
Avaliação do projeto					X	X	
Realização do relatório	X	X	X	X	X	X	X

Apêndice XXI – Indicadores de processo das atividades desenvolvidas no projeto

- Indicadores de Processo das atividades desenvolvidas no projeto

Atividades	Indicadores de Processo
Sessão de Educação para a Saúde “Cuidadores que cuidam de si: Manutenção Física e Relaxamento do cuidador”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cuidadores convidados para 1}^\text{a SPS}}{\text{N}^\circ \text{ de Cuidadores previstos convidar para 1}^\text{a SPS}} = \frac{10}{10} \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cuidadores presente na 1}^\text{a SPS}}{\text{N}^\circ \text{ de Cuidadores previstos na 1}^\text{a SPS}} = \frac{2}{6} \times 100 = 33\%$
Sessão de Educação para a Saúde “Cuidadores que cuidam de si: Como Cuidar Mais e Melhor de mim”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cuidadores convidados para 1}^\text{a SPS}}{\text{N}^\circ \text{ de Cuidadores previstos convidar para 1}^\text{a SPS}} = \frac{10}{10} \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Cuidadores presente na 1}^\text{a SPS}}{\text{N}^\circ \text{ de Cuidadores previstos na 1}^\text{a SPS}} = \frac{0}{6} \times 100 = 0$ <ul style="list-style-type: none"> • Sessão de EPS que não aconteceu por falta de assistência
Manual do Cuidador “Cuidadores que cuidam de si”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de Manuais distribuídos}}{\text{N}^\circ \text{ de Manuais previstos distribuir}} = \frac{10}{10} \times 100 = 100\%$
Intervenções Individualizadas	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenções individuais realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de intervenções individuais planeadas}} = \frac{10}{10} \times 100 = 100\%$