

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização
Enfermagem Comunitária

A SAÚDE DOS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES

Um Projeto de Intervenção em Enfermagem Comunitária

Ana Margarida Seródio Mourinho Paguia

Este relatório de estágio não contempla as correções resultantes da discussão pública

Lisboa

2014

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

A SAÚDE DOS CUIDADORES FAMILIARES DE IDOSOS DEPENDENTES

Um Projeto de Intervenção em Enfermagem Comunitária

Ana Margarida Seródio Mourinho Paguia

Orientador: Professora Doutora Maria Manuel Quintela

Co-orientador: Enfermeira Chefe Madalena Mourata

Lisboa

2014

RESUMO

Os cuidadores familiares de idosos dependentes representam um benefício considerável para a sociedade, contudo os custos associados a esse papel geram, frequentemente, uma sobrecarga intensa com repercussão direta na saúde destes cuidadores. O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem competências específicas que o permitem sensibilizar estas famílias para os efeitos positivos associados à manutenção do idoso dependente no seu ambiente familiar e as capacitam para o autocuidado. No mesmo sentido, o Plano Nacional de Saúde (PNS) (2012-2016) insere num dos seus eixos estratégicos a capacitação para lidar com a doença, para o autocuidado e para o apoio das famílias e dos cuidadores.

Este projeto foi realizado no Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) da Arrábida, com 27 cuidadores familiares de idosos dependentes e teve como objetivo capacitá-los para o autocuidado de forma a desenvolverem estratégias que previnam ou reduzam a sobrecarga associada ao papel de cuidar. Sustentado pela teoria geral do défice de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem 1993), este projeto utilizou a metodologia de Planeamento em Saúde (Imperatori, 1982; Tavares, 1990). No diagnóstico de situação a colheita de dados foi feita através da aplicação da escala da Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, 2010), da observação participante e entrevistas semi-estruturadas. De acordo com o diagnóstico de situação identificaram-se 21 cuidadores familiares sujeitos a uma sobrecarga elevada. O mesmo conduziu a um tipo de intervenção a nível da prevenção secundária.

Como estratégia central de intervenção recorreu-se às Sessões de Educação para a Saúde em grupo e individuais, as quais permitiram constatar uma discreta diminuição da sobrecarga destes cuidadores e uma vontade expressa dos cuidadores para o autocuidado, o que sugere a intenção para a procura de um bem-estar.

Palavras Chave: Cuidador familiar; autocuidado; sobrecarga; enfermagem comunitária e planeamento em saúde.

ABSTRACT

Family caregivers of dependent elderly represent a great benefit to society. However, the costs involved are often terribly burdensome for these caregivers and have a direct impact on their health conditions. A nurse specially trained on communitarian nursing has the specific skills to make these families aware of the positive effects of keeping the dependent elderly in his family environment and prepare him for self-care. With the same purpose the Plano Nacional de Saúde (PNS) (2012-2016) inserts as one of its strategic axis the capability to deal with the disease, to the self-care and to the support of the families and the caregivers.

This project was carried out in Agrupamento de Centros de Saúde (ACS) da Arrábida, involved 27 family caregivers of dependent elderly and aimed at preparing them for self-care in order to develop strategies to prevent or reduce the burden that caregiving involves. Based on the general theory of self-care deficit defended by Dorothea Orem (Orem 1993, this project followed the methodology of Health Planning (Imperatori, 1982; Tavares, 1990). On the situation diagnosis data collection was made using the application of the Caregiver Burden scale (Sequeira, 2010), participant observation and semi-structured interviews. According to the situation diagnosis, 21 family caregivers under a heavy burden were identified. The same diagnosis led to a type of intervention in a secondary level prevention.

As an intervention strategy, group and individual Education Sessions were held. After the sessions there was evidence of a slight reduction in these caregivers' burden and an expressed wish for self-care, which suggests an intention the pursuit of well-being.

Key Words: Family caregiver; self-care; burden; communitarian nursing and health planning.

AGRADECIMENTOS

Todo este percurso só foi possível com o apoio de diversas pessoas, pelo que reservei este espaço para agradecer a todos os que, de alguma forma, me apoiaram.

Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora, Prof. Doutora Maria Manuel Quintela, pela sua disponibilidade, orientação, compreensão e partilha de saberes que foram indispensáveis para me sentir mais segura. Agradeço à minha coorientadora, Enf^a Chefe Madalena Mourata pela sua disponibilidade, pelo seu acolhimento e pela partilha de saberes. Agradeço à minha Chefe pelo apoio, incentivo e por me ter facilitado flexibilidade de horário, o que me permitiu realizar este estágio, sem esquecer a minha equipa profissional que acabou por ficar mais sobrecarregada nos meus momentos de ausência.

A toda a equipa de enfermagem da UCC de Setúbal, pelo seu interesse, pelo seu acolhimento, pela ajuda imprescindível na identificação da população alvo, por me terem acompanhado na primeira visita domiciliária às famílias cuidadoras, pela disponibilidade demonstrada. Um agradecimento especial à Enfermeira Carla Palmeirinha por um acompanhamento mais próximo. Ao resto da equipa multidisciplinar da UCC de Setúbal, por se terem mostrado disponíveis para colaborar, em especial à Dra. Catarina Amaro e à Fisioterapeuta Lilia Vicente pelas suas participações preciosas numa das Sessões de Educação para a Saúde e à Assistente técnica Filomena que tanto me ajudou na parte logística. Agradeço a disponibilidade demonstrada pela Dra. Ligia Oliveira do Centro Comunitário de Vanicelos, pela Dra. Margarida Fryxel, do CATI – Centro de apoio à terceira idade e à Dra. Rosário Nunes e Dra. Sónia Almeida do IPDJ com o seu projeto de voluntariado.

Agradeço a todos os cuidadores familiares, por me terem recebido em suas casas e na sua vida e por me permitirem realizar este projeto. Sem eles o mesmo não faria sentido.

Finalmente agradeço ao meu filho lindo, por ter compreendido os meus períodos de ausência. Ao meu marido pela compreensão e pelo incentivo em todo este percurso. À minha família e amigos por me terem incentivado e apoiado, em especial à minha mãe por TUDO.

ÍNDICE

1	INTRODUÇÃO	7
2	JUSTIFICAÇÃO DO FOCO DE INTERVENÇÃO	9
3	FAMÍLIA, CUIDADOR FAMILIAR E AUTOCUIDADO	12
	A Família.....	12
	O Cuidador Familiar	13
	O Autocuidado	16
4	PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	18
4.1	Diagnóstico de Situação.....	18
	Caracterização da População alvo.....	19
	Procedimentos de recolha de dados	20
4.1.1	Tratamento de dados e Resultados	22
	Caracterização dos cuidadores familiares.....	22
	Níveis de sobrecarga dos cuidadores familiares	25
	Caracterização da sobrecarga dos familiares cuidadores de acordo com os fatores integrantes.....	25
4.2	Seleção e Priorização dos Problemas.....	33
4.3	Fixação De Objetivos	35
4.4	Seleção de estratégias	36
4.5	Preparação operacional – programação	38
4.6	Avaliação.....	41
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	46
6	REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	47
7	LIMITAÇÕES.....	48
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
	ANEXOS	55

Anexo 1 - Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

APÊNDICES

Apêndice 1 – Cronograma

Apêndice 2 - Questionário Sociodemográfico

Apêndice 3 - Termo de consentimento livre e informado

Apêndice 4 – Evolução da população alvo

Apêndice 5 – Convite para a Sessão de Educação para a Saúde “O cuidador que cuida e que se cuida”

Apêndice 6 – Questionário de satisfação da Sessão de Educação para a Saúde “O cuidador que cuida e que se cuida”

Apêndice 7 – Plano da Sessão de Educação para a Saúde “O cuidador que cuida e que se cuida”

Apêndice 8 - Manual prático de apoio aos cuidadores familiares de idosos dependentes “O cuidador que cuida e que se cuida”

Apêndice 9 – Folheto de apoio à Sessão de Educação para a Saúde “Técnicas de relaxamento”

Apêndice 10 - Convite para a Sessão de Educação para a Saúde “Técnicas de relaxamento”

Apêndice 11 - Questionário de satisfação da Sessão de Educação para a Saúde “Técnicas de relaxamento”

Apêndice 12 - Plano da Sessão de Educação para a Saúde “Técnicas de Relaxamento”

Apêndice 13 – Cartão do Cuidador

Apêndice 14 - Pedido a autorização ao conselho executivo do mesmo ACES para a divulgação dos resultados

Listas de Quadros e Gráficos

QUADROS

Quadro 1. Níveis de sobrecarga do cuidador familiar	25
Quadro 2. Média e desvio padrão dos fatores da ESC.....	26
Quadro 3. Média de respostas para cada Item.....	26
Quadro 4. Itens selecionados com média ≥ 4	26
Quadro 5. Problemas de Enfermagem	34
Quadro 6. Priorização por comparação por pares	34
Quadro 7. Níveis de Sobrecarga dos Cuidadores Familiares nos Itens considerados no diagnóstico de situação, antes e depois da Intervenção	44

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com o sexo	22
Gráfico 2 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com a faixa etária	22
Gráfico 3 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com o Estado civil	23
Gráfico 4 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com as habilitações literárias....	23
Gráfico 5 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com a atividade profissional.....	23
Gráfico 6 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com o grau de parentesco	23
Gráfico 7 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com a coabitação da pessoa dependente	24
Gráfico 8 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com o tempo que prestam cuidados	24
Gráfico 9 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com o número de horas diárias de prestação de cuidados	24
Gráfico 10 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo partilha dos cuidados com familiar/amigo	25
Gráfico 11 – Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com apoio da rede formal.	25
Gráfico 12 – Resultados do Questionário de satisfação da 1ª Sessão de Educação para a Saúde	43
Gráfico 13 – Resultados do Questionário de satisfação da 2ª Sessão de Educação para a Saúde	43

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

AVD's – Atividades de vida diárias;

CATI - Centro de apoio à Terceira Idade

CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

ESC – Escala de Sobrecarga do cuidador

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPDJ – Instituto Português do Desporto e da Juventude

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS/WHO – Organização mundial de Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

1 INTRODUÇÃO

O presente documento insere-se no âmbito do 3º Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem em Saúde Comunitária, na Unidade Curricular de Opção II – Estágio de Intervenção comunitária.

O objetivo central deste estágio foi elaborar um projeto de intervenção comunitária de forma a promover o desenvolvimento de competências para intervir junto de famílias/ grupos ou comunidades.

Deste modo, o presente documento pretende descrever de forma clara e sistematizada o percurso desenvolvido e fazer uma avaliação crítica e reflexiva do trabalho desenvolvido.

De acordo com o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. (REGULAMENTO Nº128/2011):

“o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (...) assume 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 comunidades), proporcionando efetivos ganhos em saúde”.

O atual envelhecimento progressivo da população contribui para o aumento da prevalência de doenças crónicas, do índice da dependência e conseqüentemente do número de cuidadores familiares. Neste sentido, será imprescindível que o enfermeiro especialista sensibilize as famílias para os efeitos positivos associados à manutenção do idoso dependente no seu ambiente familiar e que, simultaneamente, cuide de si próprio.

No PNS (2012-2016) a capacitação para lidar com a doença e para o autocuidado e para o apoio das famílias e dos cuidadores insere-se num dos eixos estratégicos definidos pelo referido documento. De acordo com Sequeira (2010), será importante que os profissionais de saúde capacitem os cuidadores para criarem estratégias para lidar com as situações de stress e ansiedade associadas ao ato de cuidar. Neste sentido, uma atenção adequada ao cuidador familiar poderá prevenir a rutura da relação de prestação de cuidados, do aparecimento de sobrecarga e das suas conseqüências na saúde do cuidador.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária baseia toda a atuação na evidência científica. É pois, imprescindível uma constante atualização dos conhecimentos produzidos

e dos padrões de qualidade recomendados pela Ordem dos Enfermeiros (OE 2012), de forma a obter ganhos em saúde junto dos indivíduos, famílias, grupos e comunidades.

Durante o estágio, a intervenção baseou-se na capacitação dos cuidadores familiares para o seu autocuidado, contrariamente à maioria dos estudos realizados neste âmbito (Sequeira, 2010; Imaginário, 2004; Ferreira 2010, entre outros), em que o foco de atuação se baseia na capacitação dos cuidadores familiares para as competências da função enquanto cuidador.

Neste sentido considera-se que este projeto foi importante para os cuidadores familiares nele incluídos, uma vez que os despertou para a importância do autocuidado e os incentivou a desenvolverem atividades na promoção do mesmo. Antes de se ter competências para cuidar de alguém é imprescindível que se tenha competências para cuidar de si mesmo. Considera-se, então, essencial que este projeto possa ter continuidade e se desenvolva no sentido de um programa estruturado de apoio ao cuidador de forma a obter ganhos em saúde neste grupo que se encontra numa situação de vulnerabilidade ao aparecimento da sobrecarga e das consequências da mesma.

O presente documento, divide-se em oito capítulos. Após a presente introdução, no segundo capítulo, apresenta-se a justificação do foco de intervenção, no terceiro é feita uma revisão da literatura acerca da problemática e uma pequena descrição do modelo teórico adotado, o modelo teórico do Déficit de autocuidado de Dorothea Orem (1993). No quarto apresenta-se toda a abordagem metodológica, no quinto descrevem-se as considerações éticas consideradas no projeto. No sexto apresenta-se uma breve reflexão acerca das competências desenvolvidas durante o estágio, no sétimo descrevem-se as limitações que foram encontradas durante o percurso. Finalmente no oitavo capítulo apresentam-se algumas considerações finais.

2 JUSTIFICAÇÃO DO FOCO DE INTERVENÇÃO

Nos últimos anos, as alterações demográficas, verificadas pela redução da taxa de natalidade e do aumento da esperança de vida, manifestam-se num envelhecimento progressivo da população. Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2002), as perspetivas em 2050 são que Portugal será um dos países da União Europeia com maior percentagem de população idosa e menor percentagem de população ativa. Neste sentido, entre 2004 e 2050, a percentagem de idosos portugueses, aumentará de 16,9% para 31,9%, tornando-se Portugal, o quarto país da União Europeia com maior percentagem de população idosa, em que apenas Espanha (35,6%), Itália (35,3%) e Grécia (32,5%) têm valores superiores.

De acordo com os resultados definitivos dos CENSOS 2011, 15% da população residente em Portugal encontra-se no grupo etário mais jovem (0-14 anos) e cerca de 19% pertence ao grupo dos mais idosos, com 65 ou mais anos de idade. Segundo a mesma fonte, em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 128.

Embora grande parte das pessoas idosas em Portugal não seja nem doente, nem dependente, a verdade é que as transformações de natureza biológica, psíquica e social inerentes a esta fase de vida levam ao aparecimento da dependência e ao aumento da predisposição à doença. Em alguns casos, estas doenças podem ser prevenidas e quando tal não sucede, podem originar situações de dependência (DGS, 2004). Entende-se aqui por dependência:

“ (...) situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas, pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as actividades da vida diária “

(Decreto Lei 101/2006 nº 108).

Segundo Sequeira (2010), o conceito de dependência tem uma relação estrita com a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas. Neste sentido, esta poderá ser definida como a incapacidade do indivíduo de alcançar um nível de satisfação aceitável no que respeita às suas necessidades, por se encontrar impossibilitado realizar tarefas sem a ajuda de um terceiro. Na atualidade, deparamo-nos com um número

significativo de pessoas idosas incapazes de se cuidarem. A acentuada ênfase da desinstitucionalização nas políticas sociais tem levado a uma preconização da manutenção dos idosos em contexto domiciliário, passando a família a prestar a maior parte dos cuidados às pessoas idosas dependentes (Lage, 2005). Esta situação associada ao aumento da longevidade dos indivíduos conduz necessariamente a um aumento do tempo de relação intergeracional o que poderá levar a uma alteração na estrutura familiar, particularmente quando o idoso fica dependente e se dá uma inversão de papéis. (Collière2003)

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem descreve a família como uma “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados com um sistema que é maior do que a soma das partes”. (CIPE, 2011, p.115)

Segundo Figueiredo (2012 p.70),

“a família é um “sistema constituído por subsistemas e integrado em diversos sistemas, cuja multiplicidade, quer das configurações familiares, quer das interações mantidas entre os seus elementos e entre estes e o ambiente, confere-lhes unicidade num contexto de diversidade.”

Lage (2007, p.68) considera que “a família constitui uma estrutura básica no sistema social. Em relação com o sistema de saúde constitui um suporte fundamental tanto nas ações preventivas como na promoção da saúde e nos cuidados durante a doença.”

Existem diversas concepções de família de acordo com a perspetiva disciplinar, contudo, independentemente da conceptualização adotada, a família constitui um sistema social que desempenha funções importantes na sociedade, nomeadamente de natureza afetiva, educativa, de socialização e reprodutiva. O conceito de família tem vindo a sofrer alterações no decorrer dos anos, no entanto, a função afetiva é uma dimensão que tem persistido ao longo dos tempos (Lage, 2007). A família é considerada por alguns autores como a primeira unidade de socialização e, até, o primeiro nível de um sistema de assistência à saúde. (Helman 2009)

Os cuidadores Familiares representam indiscutivelmente um benefício considerável para a sociedade. Contudo, os custos associados a esse papel podem potenciar *stress* nos cuidadores. E de acordo com Lage (2007, p. 74), “afirmar que é a família quem assume a

responsabilidade pelos cuidados do idoso é um eufemismo” pois na realidade é apenas um dos seus membros que dá resposta às necessidades. Neste sentido, os cuidados de enfermagem deverão ser dirigidos ao cuidador principal. Este cuidador é aquele que “(...) tem a responsabilidade integral de supervisionar, orientar e acompanhar/ ou cuidar directamente a pessoa idosa que necessita de cuidados. Este cuidador realiza a maior parte dos cuidados”, (Sequeira 2010, p.157).

O cuidar de um familiar dependente surge, na maioria das vezes, de forma inesperada, sendo que, frequentemente o cuidador não tem formação específica, nem se encontra preparado para tal. Carlos Sequeira (2010) considera que as repercussões associadas ao cuidar envolvem diversas variáveis que são responsáveis pelas alterações positivas ou negativas no contexto do cuidador. As repercussões são de dois níveis: as objetivas, resultantes da prática dos cuidados e as subjetivas que resultam da perceção sobre as consequências do cuidar. Segundo o mesmo autor, o conceito de sobrecarga reporta-se ao conjunto das consequências que sucedem na sequência de um contacto próximo com um doente ou idoso dependente com/sem demência.

De acordo com Cruz, et al (2010, p.135), as dificuldades do cuidador resultam, fundamentalmente, da exigência do cuidar, da escassez das respostas formais e informais, das dificuldades financeiras e da restrição da vida social. As estratégias utilizadas pelos cuidadores para ultrapassarem as dificuldades inerentes ao cuidar são sobretudo “estratégias *de coping* centradas nas emoções; no estabelecimento de prioridades; nas crenças religiosas; na procura constante do lado positivo da situação e na resposta dos apoios formais”. No mesmo âmbito, Carlos Sequeira (2010), refere que a informação e o treino de estratégias para lidar com as situações potencialmente stressantes é uma necessidade dos cuidadores, à qual os profissionais de saúde devem dar resposta.

E é neste sentido que a Enfermagem Comunitária é uma área de excelência para a prestação de cuidados de Promoção da Saúde quer à pessoa, como à família ou a um grupo. Desta forma, a Promoção da Saúde, conceptualizada como um processo que permite capacitar as pessoas a melhorar e a aumentar o controlo sobre a sua saúde e sobre os seus determinantes comportamentais, psicossociais e ambientais (OMS, 1986), é o que sustenta a estrutura dos cuidados da Enfermagem Comunitária, (Ferreira, 2010). Neste sentido, capacitar os cuidadores familiares para o autocuidado é sem dúvida prestar cuidados de enfermagem centrados na promoção da saúde.

3 FAMÍLIA, CUIDADOR FAMILIAR E AUTOCUIDADO

A Família

A palavra família leva à produção de um conjunto de imagens distintas acerca da mesma. Cada indivíduo consegue definir a palavra família, o seu funcionamento, os papéis que cada um desempenha e os seus objetivos. Basta pensar na sua própria família. Se a experiência é que nos leva a construir novos conceitos e a encontrar novas verdades, e se cada indivíduo tem uma experiência diferente do que é a família, como podemos então encontrar um conceito universal?

Até aos dias de hoje, a família ocidental como instituição sofreu muitas alterações. Contudo, mantém-se atribuída à família diversos objetivos que a caracterizam. Esta desempenha a grande função de dar sentido e compreensão a cada um dos membros. Serra (1999, p.534), refere que, “quando criança, dá-lhe condições para o seu desenvolvimento físico e intelectual. Em adulto, permite-lhe uma maior intimidade com os outros, (...). Quando idoso, (...) dar-lhe abrigo e protecção”. Para o mesmo autor, a principal função da família é a de protecção, com potencialidades para dar apoio emocional na resolução de problemas e conflitos, podendo ainda construir uma barreira defensiva contra agressões externas.

De acordo com Dias (2011,p.141) a família constitui um sistema dinâmico que contém outros subsistemas em relação, desempenhando funções relevantes na sociedade, como sejam: o afeto, a educação, a socialização e a função reprodutora. Neste sentido, de acordo com a mesma autora, “a família como sistema comunicacional contribui para a construção de soluções integradoras dos seus membros no sistema como um todo”.

Tal como Figueiredo (2012), já Relvas em 1996, considerava que a família pode ser entendida como um sistema, uma globalidade, que só pode ser analisada numa perspetiva holística, social e histórica. Ou seja, o todo é mais do que a soma das partes. De acordo com os mesmos autores, o todo é o sistema – a família, que é também parte de sistemas mais expansivos, com os quais co-evolui, que são a sociedade e a comunidade.

Alarcão (2000, p.46) descreve este processo da seguinte forma:

“(...) a família é um sistema aberto: dele recebe um conjunto de influências ao mesmo tempo que o influencia. Na sua evolução, porém, o sistema familiar vai

regulando esta abertura ao exterior, ora fechando-se ora abrindo-se, isto é, realizando movimentos centrípetos e centrífugos de acordo com as suas necessidades e as suas características.”

Collière (2003,p.373-374) considera que o aumento do tempo de vida desencadeou uma subversão demográfica, sociológica e económica na sociedade, que até então não existia.

“Os pais que, no início do século, por vezes, não viviam o tempo suficiente para educar ou acabar de educar os seus filhos, conhecem atualmente uma espécie de inversão dos papéis pais/filhos: os filhos têm que satisfazer as necessidades de vida dos seus pais, e acompanhar, por vezes durante anos, um longo fim de vida que, em numerosos casos, se afunda numa situação de dependência”.

A família enquanto instituição, adaptou-se às transformações sociais ocorridas no final do século passado e redefiniu as suas funções. Para o desempenho adequado das mesmas, é fundamental, que cada membro da família represente determinados papéis e assuma as responsabilidades a eles inerentes (Beauguer apud Ayres, 1996).

Neste sentido, com o aumento da esperança de vida o papel de “cuidador familiar” passou ter um impacto significativo na dinâmica familiar.

O Cuidador Familiar

O cuidar é uma atividade inerente à condição humana, sendo que, na sua essência, nasceu no seio familiar, no espaço privado da família, estando ligado essencialmente ao papel da mulher (Lage, 2005).

Cuidar, ou seja “ permitir assegurar a continuidade da vida de alguém que por razões de idade e/ou de doença, não o pode fazer por si só” (Collière, 2003, p.347) coloca grandes exigências tanto a nível individual como de toda a família (Moreira, 2001). De acordo com Collière (1999, p.235):

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

De acordo com Honoré (2004, p.12):

“cuidar não é unicamente a tarefa daqueles que a executam e não designa somente actividades de socorro, de ajuda, de assistência. Cuidar diz respeito aos outros e a si mesmo. Cuidar diz respeito às coisas, a tudo o que constitui o mundo, bem como à própria acção.”

Para Honoré (2004, p.32), cuidar significa ainda, “ter cuidado com alguém no acolhimento, na atenção, na preocupação com o seu bem-estar, na satisfação das suas necessidades.” O mesmo autor considera que o cuidado não significa apenas um ato ou uma ação, este envolve também uma inquietação, uma preocupação, uma maneira de ser ou de agir. Na generalidade, quando surge uma situação de dependência no seio familiar, um dos membros assume o papel de cuidador principal, ou seja assume a responsabilidade pela totalidade dos cuidados. Segundo Sequeira (2010, p.161) “em muitas situações, cuida de forma sistemática e por vezes solitária sem ajuda directa de outros membros da família.”

Este autor afirma ainda que, na maioria das famílias, o cuidador surge de uma forma muito subtil, sendo a sua escolha influenciada pelas características e experiências individuais e pelo contexto em que se encontra cada membro da família.

De acordo com a literatura atual (Sequeira, 2010, São José e Wall, K, 2006, Brown, 2010 e Lage, 2005, entre outros), o papel de cuidador está, na maioria dos casos, a cargo do sexo feminino. São José e Karin Wall. (2006), referem que segundo um inquérito realizado a nível nacional, 88% dos inquiridos afirmam que a prestação de cuidados a adultos dependentes está a cargo das mulheres.

De acordo com Imaginário (2004), a pessoa dependente em contexto familiar altera indiscutivelmente o ciclo de vida familiar. As mudanças que poderão existir ocorrem a nível da individualidade e da autonomia dos elementos da família, da mesma forma, alguns poderão necessitar alterar ou desistir de alguns projetos de vida. Estas alterações contribuem para modificar a estrutura da família e as relações entre os seus membros. Frequentemente, um dos elementos da família acaba por renunciar ao seu emprego em função do idoso dependente, podendo desta forma haver uma redução dos recursos económicos da família e conseqüentemente uma maior dificuldade em satisfazer as necessidades familiares, (Imaginário, 2004).

No mesmo sentido, Lage (2007, p.137) considera que a responsabilidade da prestação de cuidados é atribuída a um cuidador principal, e não à família na sua globalidade. “cuidar um familiar não é, geralmente, uma actividade partilhada. Dentro da família, a prestação de cuidados não se reparte equitativamente entre os seus membros, uma vez que existe um cuidador principal (...)”. Segundo Orem (2001), cuidar de alguém por muito ou por pouco tempo poderá levar o cuidador à exaustão, todavia também poderá levar ao sofrimento e à exaustão da pessoa cuidada. O afeto e o respeito mútuo entre o cuidador e a pessoa cuidada poderão diminuir o fardo da prestação de cuidados, contudo não eliminam a necessidade de bem-estar do cuidador e da pessoa alvo de cuidados. Já Imaginário (2004, p.77) salienta que os cuidadores que mantinham, antes da dependência, uma relação íntima e baseada no afeto, são os que demonstram altruísmo na prestação de cuidados aos idosos, “estas pessoas cuidam do idoso porque sentem as necessidades do mesmo e querem ajudá-los a aumentar o seu bem-estar para que se sintam melhor”. Relativamente aos cuidadores que mantinham uma relação prévia distante ou conflituosa, este altruísmo não se verifica, sendo a motivação para o cuidar, o sentido de obrigação, a procura da aprovação social e a fuga à censura. O sentido de obrigação é muito maior se existir consanguinidade. (Paúl, 1997)

A tarefa de cuidar, para Imaginário (2004), pode provocar uma sobrecarga intensa acabando por comprometer a saúde, a vida social, a relação familiar, o lazer, a rotina doméstica, a flexibilidade financeira, o desempenho profissional e muitos outros aspetos da dinâmica familiar e pessoal.

É frequente ainda, os cuidadores manifestarem o abandono do seu autocuidado, a falta de repouso e conforto, o que se traduz numa sobrecarga, num desgaste por cansaço que se:

“pode traduzir à exposição do cuidador a factores de stress significativos num espaço de tempo relativamente curto (...) ou a uma exposição prolongada a factores de stress pouco significativos, mas que ao longo do tempo originam consequências em termos de sobrecarga para quem cuida”. (Sequeira, 2010, p. 238)

Nesta perspetiva, parece ser imprescindível que o cuidador familiar desenvolva competências para diminuir as consequências da sobrecarga a que é submetido, o que nos conduz a pensarmos sobre o autocuidado.

O Autocuidado

A teoria de enfermagem de Dorothea Orem surgiu no fim dos anos 50 do Séc. XX, baseada na premissa de que as pessoas podem cuidar de si próprias. O conceito do autocuidado foi definido pela autora (1993) como sendo a capacidade que a pessoa tem para realizar as atividades necessárias para viver e sobreviver em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

A teoria do autocuidado centra-se numa visão sistémica tendo uma abordagem orientada para a saúde. Em causa estão as atividades que as pessoas iniciam e executam em seu próprio benefício para manter a vida, o que lhes atribui o carácter pessoal e contínuo.

Na perspetiva de Orem (2001), a doença ou o mau funcionamento físico ou mental podem limitar aquilo que a pessoa pode fazer por ela própria, desde que tal estado limite a sua capacidade de raciocínio, de tomada de decisão e de iniciativa para promover e manter o autocuidado.

A autora refere que o autocuidado deverá ser iniciado voluntária e intencionalmente, sendo um processo de ação/intervenção introduz a ideia de agente de autocuidado. Na realidade, cada pessoa é agente de si próprio. Contudo, quando esta apresenta dificuldades ou uma dependência, o papel de agente é transferido para a família e/ou para o enfermeiro que tem conhecimentos específicos para dar uma resposta adequada e personalizada.

Dorothea Orem (1993) considera, ainda, que a capacidade de autocuidado não é inata, mas sim um processo evolutivo de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo, que depende de fatores que o influenciam diretamente, tais como a idade, o estado mental, a sociedade e cultura, bem como o estado emocional. O autocuidado e o cuidado de dependentes são, desta forma, ações deliberadas, condicionadas pelas circunstâncias e pelo desejo individual em realizar as intervenções necessárias em benefício próprio ou de alguém. Para esta enfermeira (2001), existem três requisitos de autocuidado: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde. Os primeiros correspondem aos processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Estes são comuns a todos os seres humanos durante todo o ciclo vital. Os requisitos de desenvolvimento são as expressões especializadas dos requisitos universais particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum acontecimento. O requisito de “desvio de saúde” é necessário em situação de doença, sofrimento ou mal-estar.

A teoria geral de Enfermagem do déficit de autocuidado de Orem assenta em três pilares, que se interrelacionam: o do autocuidado, o do déficit de autocuidado e o dos sistemas de enfermagem.

A teoria do déficit de autocuidado representa a essência de toda a teoria de Orem, uma vez que é ela que estabelece a necessidade da intervenção de enfermagem. Sempre que o indivíduo não tem capacidade para promover e manter o seu autocuidado, surge a necessidade da intervenção da enfermagem. O postulado central desta teoria é a incapacidade da pessoa cuidar de si própria de forma a atingir o bem-estar. De acordo com Dorothea Orem (2001), sempre que as necessidades superam a capacidade de autocuidado do indivíduo, surge um déficit de autocuidado. Este pretende exprimir a relação existente entre as capacidades de ação de uma pessoa e as suas necessidades terapêuticas de autocuidado. Face a estas necessidades, de acordo com a mesma autora, o enfermeiro adapta a sua intervenção, no sentido de minimizar as consequências do déficit de autocuidado.

De acordo com Orem, 2001, o autocuidado é apenas um dos aspetos a considerar para manter uma vida saudável, sem o qual, o correto funcionamento humano estará comprometido. Bons hábitos de saúde são essenciais para a manutenção da saúde, mas a capacidade de mudar velhos hábitos para responder a novas exigências pode ser essencial.

A Educação para a Saúde é uma estratégia para a literacia em Saúde. Esta permite a aquisição das competências que facilitam a adoção de comportamentos protetores da saúde e de prevenção da doença, assim como o autocuidado (WHO,1998). Para Loureiro e Miranda (2010, p.135), “melhorar a literacia em saúde significa dar poder aos cidadãos para assumirem responsabilidade pelos seus comportamentos, em prol de uma melhor qualidade de vida”. Capacitar para o autocuidado é uma das áreas privilegiadas de ação na intervenção da enfermagem comunitária.

4 PLANEAMENTO EM SAÚDE

O projeto de intervenção comunitária desenvolvido utiliza a metodologia do Planeamento em Saúde e é sustentado pela teoria do défice de Autocuidado de Dorotheia Orem. Segundo Tavares (1990, p. 37) “o *Planeamento em Saúde, procura, em última análise, um estado de saúde, através da sua promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação, incluindo mudanças no comportamento das populações (...)*”. O planeamento em Saúde é um processo contínuo e dinâmico, com seis fases consecutivas: o diagnóstico de situação, a definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégia, preparação operacional-programação e avaliação. (Imperatori e Giraldes, 1986) Para a realização de um projeto em saúde, é necessário percorrer um caminho, que de acordo com Tavares (1990), nem sempre é fácil de percorrer, mas que a omissão de uma das etapas poderá por em causa a prestação de cuidados. O autor descreve ainda um projeto como um conjunto de atividades que se realizam num intervalo de tempo bem definido, com vista a atingir um determinado resultado. Assim, num primeiro momento elaborou-se um cronograma que orientou o desenvolvimento do projeto. (Apêndice 1)

4.1 Diagnóstico de Situação

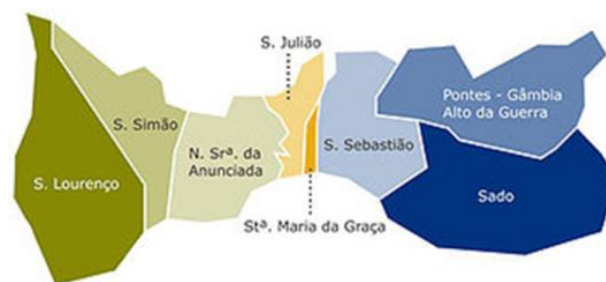
A primeira etapa do planeamento em saúde é o diagnóstico de situação, é nesta etapa que se identificam os problemas e se determinam as necessidades. É um processo dinâmico cuja caracterização da situação é contínua, permanente e com possibilidade de atualizações constantes. Imperatori e Giraldes, (1982), referem que o diagnóstico de situação deverá identificar as necessidades de saúde das populações, justificando assim pertinência de um projeto.

Após uma reunião com a coordenadora da UCC de Setúbal, definiu-se como foco de intervenção de enfermagem, no âmbito deste projeto, os cuidadores familiares de idosos dependentes.

Caracterização da População alvo

A população alvo deste projeto são os cuidadores familiares dos idosos dependentes em contexto domiciliário com índice de Katz 4¹, inscritos no ACES de Setúbal /Palmela, na UCC de Setúbal. A partir de Dezembro de 2012, este ACES sofreu uma reestruturação, passando a denominar-se ACES da Arrábida

Setúbal é uma cidade portuguesa, capital do distrito de Setúbal. O conselho de Setúbal é distribuído por 8 freguesias, S. Lourenço, S. Simão, N. Sr^a da Anunciada, S. Julião, St^a Maria da Graça, S. Sebastião, Pontes – Gâmbia e Alto da Guerra e Sado.



Fonte: <https://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/4/4c/FreguesiasSet%C3%BAbal.jpg>

Sendo que a área de intervenção da UCC de Setúbal abrange uma vasta população e que em 2009 o número de utentes inscritos na UCC de Setúbal era 1260 e que o número de utentes dependentes inscritos com índice de Katz 4 era de 240. Definiu-se como estratégia limitar este projeto a duas freguesias N. Sr^a da Anunciada e S. Julião. Foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para seleção da população.

Critérios de Inclusão: Cuidadores familiares principais de utentes com mais de 65 anos inscritos na UCC de Setúbal, a 25 de Maio, pertencentes à freguesia de N. Sr^a da Anunciada e S. Julião e Cuidadores familiares de utentes dependentes com Índice de Katz 4, em contexto domiciliário;

Critérios de Exclusão: Cuidadores familiares de utentes em cuidados paliativos e Cuidadores formais.²

¹ Índice de Katz foi desenvolvido para avaliar a capacidade funcional dos idosos no desempenho as AVD's. Este índice sofreu várias versões desde que foi desenvolvido, sendo que na última versão (Katz 4 ou modificado), são avaliadas 6 AVD's, tais como: banho, vestir, uso da casa de banho, transferência, controlo esfíncteriano, e alimentação. (Sequeira 2010). A UCC de Setúbal utiliza este índice na avaliação dos idosos inscritos.

² De acordo com Sequeira (2010,p. 156), o cuidador formal é um profissional com uma preparação específica para o desempenho deste papel, sendo este integrado no âmbito de uma atividade profissional. “ Estes compreendem uma diversidade de profissionais remunerados e/ou voluntários em hospitais. Lares, instituições comunitárias, etc.”

Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, ficámos com uma população de 28 cuidadores familiares, destes houve uma recusa de inclusão neste projeto, pelo que se reduziu a população para 27 cuidadores familiares.

Procedimentos de recolha de dados

De acordo com Fortin (2009), os dados podem ser adquiridos através de entrevistas, de questionários, com aplicação de escalas de medida, ou mesmo por observação-participante. Neste diagnóstico de situação optou-se pela aplicação de uma escala para avaliar a sobrecarga do cuidador. A escala escolhida para a avaliação da sobrecarga do cuidador familiar foi a Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) (Anexo 1). Esta escala está adaptada e validada para a população Portuguesa, de acordo com Sequeira (2010), “ (...) *permite avaliar a sobrecarga objectiva e subjectiva do cuidador informal e que inclui informações sobre: saúde; vida social; vida pessoal; situação financeira; situação emocional e tipo de relacionamento.*”

A escala é constituída por 22 questões, com 5 itens de resposta que são pontuados de forma qualitativa e quantitativa: nunca=(1); quase nunca=(2); às vezes=(3); muitas vezes=(4) e quase sempre=(5). É ainda possível extrair 4 fatores integrantes: “Expectativas face ao cuidar”; “Impacto da prestação de cuidados”; “Percepção da Auto-eficácia” e “Relação Interpessoal”.

O fator “impacto da prestação de cuidados” agrega os itens que se referem à sobrecarga relacionada com a prestação de cuidados diretos, destacando-se: a alteração no estado de saúde, o elevado número de cuidados, a alteração das relações sociais e familiares, a escassez de tempo, o desgaste físico e mental. O fator “relação interpessoal” engloba os itens associados à sobrecarga relacionados com a relação entre o cuidador e a pessoa dependente alvo de cuidados. O fator “expectativas face ao cuidar” aglutina os itens relacionados com as expectativas que o cuidador tem relativamente à prestação de cuidados. Por último o fator “percepção de auto-eficácia” inclui os itens relacionados com a opinião do cuidador relativamente ao seu desempenho.

Segundo Sequeira (2010), este instrumento apresenta uma boa consistência interna avaliada através do *alfa de Cronbach* ($\alpha = 0,93$). Para a aplicação desta escala foi pedida a autorização ao autor da mesma, Prof. Carlos Sequeira (2007), para a sua utilização. Para a caracterização sociodemográfica do Cuidador familiar foi elaborado um questionário.

(Apêndice 2) Contou-se com a colaboração e o acompanhamento de toda a equipa de enfermagem da UCC de Setúbal tanto na fase de seleção da população como em todo o processo de colheita de dados.

A colheita de dados realizou-se no domicílio dos utentes, com uma duração média de 45 minutos, no período de 30 de Maio e 28 de Junho de 2012.

Durante a visita domiciliária, a enfermeira responsável pelo utente, procedeu à apresentação da mestranda, do projeto e ao pedido de autorização para a sua inclusão no mesmo ao cuidador familiar. Aos utentes em que não foi possível o acompanhamento da enfermeira responsável, os cuidadores foram contactados pela enfermeira responsável por via telefónica para a apresentação do projeto e após obtida a autorização de participação, foi marcada uma entrevista no domicílio.

Nesta fase optou-se por aprofundar a informação recolhida no diagnóstico de situação através de dois estudos de caso, que por serem diferentes dos demais, se tornaram, do ponto de vista da investigação, muito pertinentes para aprofundar o tema em estudo.

O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação particularmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão concomitantemente envolvidos diversos fatores. (Bogdan, 1994)

De acordo com Ponte, (2006, p.2) o estudo caso é um tipo de investigação que se “debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial (...) 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.”

O mesmo autor (2006), cita STAKE (1988) quando este refere que o relato de um estudo de caso assume frequentemente uma forma de narrativa cujo objetivo é contar uma história que acrescente algo de significativo ao conhecimento existente.

Durante a colheita de dados foram explicados os objetivos do projeto e foi garantida oralmente a sua confidencialidade. Posteriormente foi lido e assinado o termo de consentimento livre e informado, elaborado para este efeito (Apêndice 3).

Os estudos caso foram desenvolvidos no ambiente domiciliário dos cuidadores envolvidos, os dados foram recolhidos utilizando diverso meios, tais como: a observação participante (notas de campo), as entrevistas, os questionários e o registo áudio.

4.1.1 Tratamento de dados e Resultados

Utilizou-se a estatística descritiva para tratamentos dos dados obtidos (Microsoft Office Excel, 2010), tal como preconizado em Planeamento em Saúde. Para tal foi atribuído um código de identificação a cada cuidador familiar.

Caracterização dos cuidadores familiares

Como referido anteriormente, a população-alvo é constituída por 27 cuidadores familiares. Pela análise dos dados, constata-se que o grupo de cuidadores é maioritariamente feminino (N=23). (Gráfico 1) Trata-se de um grupo de cuidadores em que 13 se situam na faixa etária dos 50-64 anos de idade e 13 na faixa etária dos ≥ 65 anos de idade, sendo que apenas 1 cuidador se situa na faixa etária dos 30-49 anos. (Gráfico 2)

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

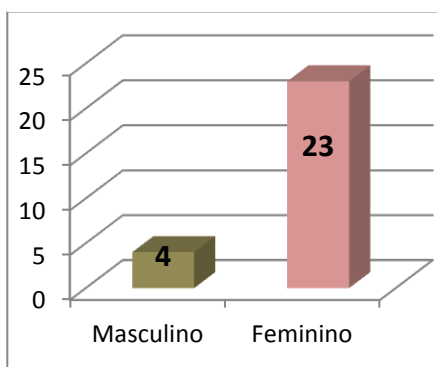
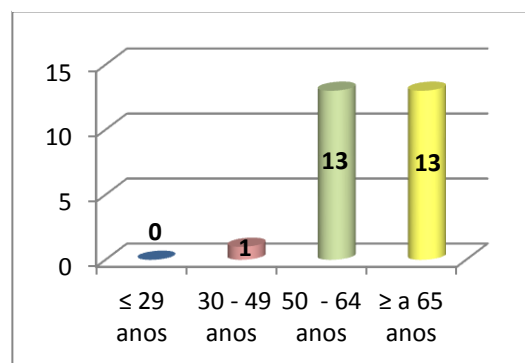


Gráfico 2 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com a faixa etária



Relativamente ao estado civil 22 cuidadores são casados(as)/união de facto, 3 são divorciados(as) e apenas 2 são viúvo(a). (Gráfico 3) Verifica-se ainda que 6 dos cuidadores têm filhos a cargo. Constata-se que 4 cuidadores não frequentaram o sistema de ensino formal, 12 têm apenas o 1º ciclo (4ª classe) e apenas 2 frequentaram o ensino superior. (Gráfico 4)

Gráfico 3 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com o Estado civil

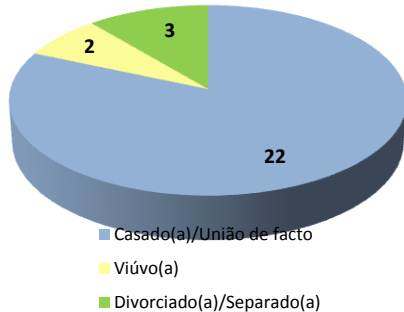
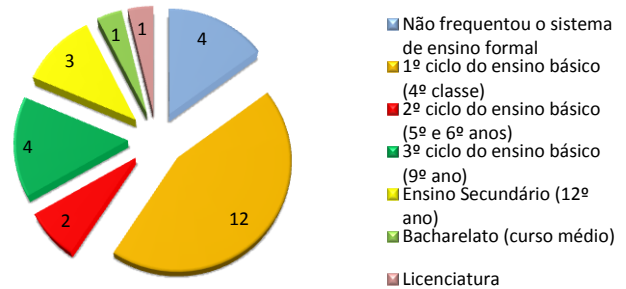


Gráfico 4 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com as habilitações literárias



Pode-se observar que 14 dos cuidadores são reformados(as) ou pensionistas, 7 são empregados(as) a tempo inteiro e 3 são desempregados. Realça-se ainda que na categoria de outros (N=3), são cuidadoras que sempre foram domésticas e que não têm qualquer tipo de remuneração. (Gráfico 5)

Constata-se ainda 14 cuidadores familiares são conjugues ou companheiros (as) e 11 cuidadores são filhos, 1 é nora e 1 é sobrinha. (Gráfico 6)

Gráfico 5 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com a atividade profissional

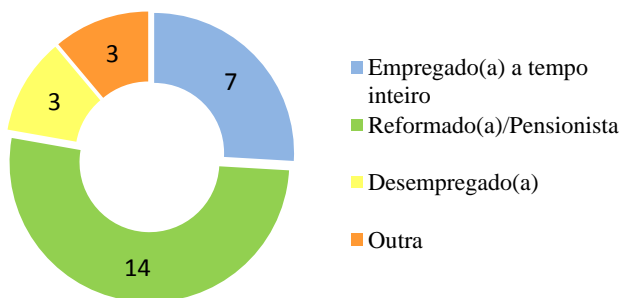
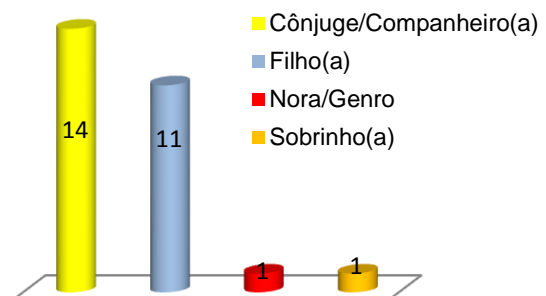
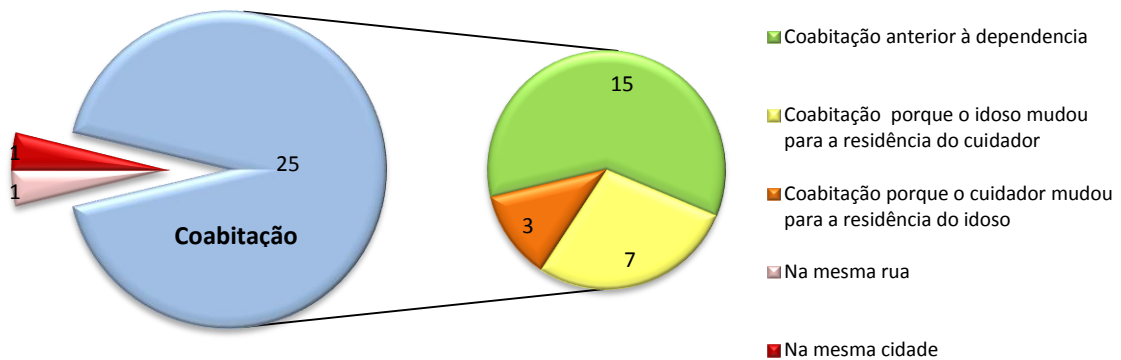


Gráfico 6 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com o grau de parentesco



No que se refere à coabitação é possível observar que 25 cuidadores coabitam com o idoso dependente, sendo que destes, 15 cuidadores já coabitavam antes da dependência, 7 coabitam porque o idoso mudou para a residência do cuidador e 3 coabitam porque o cuidador mudou para a residência do idoso. Dos 2 que não coabitam com o idoso dependente, 1 vive na mesma rua e 1 vive na mesma cidade. (Gráfico 7)

Gráfico 7 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com a coabitação da pessoa dependente



Pela análise dos dados é possível verificar que 10 cuidadores já prestam cuidados ao idoso dependente há mais de 5 anos, 6 cuidadores prestam cuidados entre 3 a 5 anos, 5 entre 1 a 2 anos, 4 entre 6 meses e >1ano e apenas 2 cuidadores prestam cuidados há menos de 6 meses. (Gráfico 8)

A totalidade dos cuidadores refere que a prestação de cuidados é diária, sendo que 17 cuidadores familiares referem que a prestação de cuidados é constante inclusive durante o período da noite e define o número de horas diário de cuidados entre as 20 e 24h. (Gráfico 9)

Gráfico 8 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com o tempo que prestam cuidados

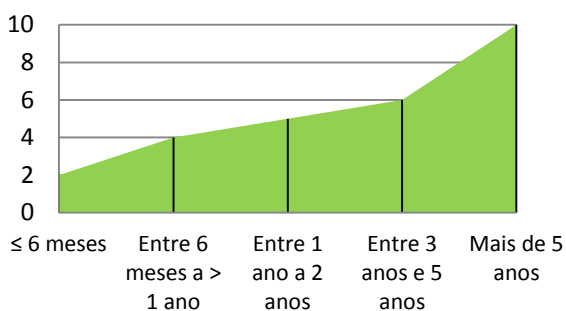
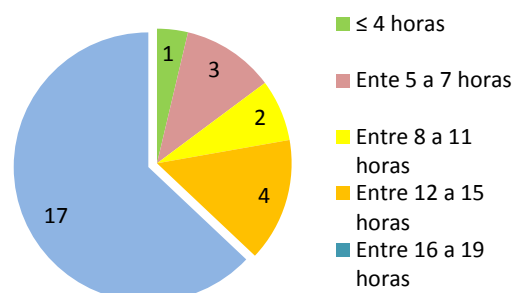


Gráfico 9 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com o número de horas diárias de prestação de cuidados



Por fim, 16 cuidadores afirmam partilhar os cuidados com um familiar ou amigo, contudo, 11 não têm com quem partilhar os mesmos. Relativamente ao apoio da rede formal (serviços de apoio à prestação cuidados) para além do Sistema Nacional de Saúde, 21 cuidadores respondem ter apoio. (Gráficos Gráfico 10 e Gráfico 11). É de referir que 2 destes cuidadores não tem qualquer tipo de apoio na prestação dos cuidados, excetuando o do Sistema Nacional de Saúde.

Gráfico 10 - Distribuição dos cuidadores familiares de acordo partilha dos cuidados com familiar/amigo

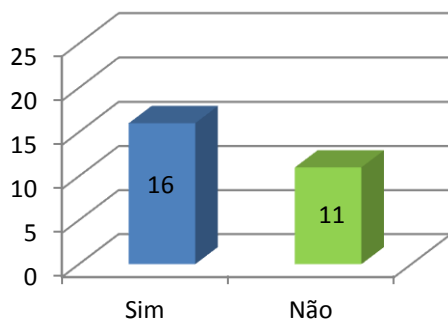
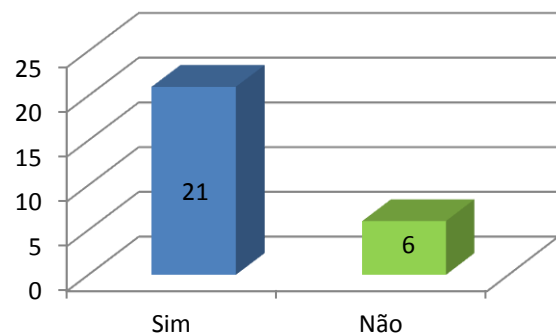


Gráfico 11 – Distribuição dos cuidadores familiares de acordo com apoio da rede formal.



Os dados encontrados vêm de acordo com o que Sequeira (2010, p.257) refere: “os dados mais consensuais, sugerem que o cuidador se faz essencialmente no feminino e por familiares próximos do idoso, que habitualmente vivem em co-residência (...)”

Níveis de sobrecarga dos cuidadores familiares

Após a leitura dos dados com a aplicação da escala (ESC), é possível verificar que 21 dos cuidadores familiares apresentam uma sobrecarga intensa. (Quadro 1)

Quadro 1. Níveis de sobrecarga do cuidador familiar

NÍVEL DE SOBRECARGA	NÚMERO DE CUIDADORES
Sem sobrecarga	3
Sobrecarga ligeira	3
Sobrecarga intensa	21
TOTAL	27

Caracterização da sobrecarga dos familiares cuidadores de acordo com os fatores integrantes

Pela análise dos resultados obtidos, é possível verificar que o fator de sobrecarga predominante é o das “Expectativas face ao cuidar” com uma média de 4,06 e um desvio padrão de 0,65, seguidamente do “Impacto da prestação de cuidados” que apresenta uma média de 3,15 e um desvio padrão de 0,70. O fator de “Relação Interpessoal” apresenta

uma média de 1,59 e um desvio padrão de 0,65 e finalmente a “percepção de auto-eficácia” apresenta uma média de 1,31 com um desvio padrão de 0,50. (Quadro 2)

Quadro 2. Média e desvio padrão dos fatores da ESC

FATORES INTEGRANTES	MÉDIA	DESVIO PADRÃO
Impacto da prestação de cuidados	3,15	0,70
Relação Interpessoal	1,59	0,61
Expectativas face ao cuidar	4,06	0,65
Percepção de auto-eficácia	1,31	0,50

O fator integrante de sobrecarga predominante é “Expectativas face ao cuidar”. Segundo Sequeira (2010), este fator está relacionado com as expectativas que o cuidador tem no que respeita à prestação de cuidados, centrando-se fundamentalmente nos medos e disponibilidade. Sequeira (2010, p.14) refere ainda que este fator “engloba as expectativas que o cuidador tem face ao cuidar, relativamente ao futuro, às suas capacidades para cuidar”.

Embora estes fatores sejam importantes para compreender a sobrecarga, é possível verificar que os itens que apresentam maiores contributos para uma sobrecarga elevada (com mais de 18 cuidadores a responderem muitas vezes e quase sempre) são:

Quadro 3. Média de respostas para cada Item

Item	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
Média	2,3	4	3,8	1	2	2	3	4,9	3	3,3	4,1	3,1	1,6	4,7	3,2	2	3,4	1,1	2,1	1,4	1,3	3,8

Quadro 4. Itens selecionados com média ≥ 4

Item	Média
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?	4
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?	4,9
11. Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	4,1
14. Acredita que o seu familiar espera que você cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele(a) pudesse contar?	4,7

A informação produzida pela aplicação da escala, foi complementada pela realização dos dois estudos de caso apresentados de seguida.

Estudos de Caso

Retomando as afirmações de Sequeira (2010), é consensual, que o ato de cuidar surge no feminino e por familiares próximos do idoso, que geralmente vivem na mesma residência. Os resultados encontrados por Brown (2010), num estudo antropológico sobre a “obrigação do cuidar”, realizado em Florianópolis, vêm corroborar com o que Sequeira (2010) defende. Esta autora refere que o seu estudo sugere que se mantém uma pressão social para que sejam as mulheres a cuidar dos idosos da família. Brown (2010), refere ainda no seu estudo, que as mulheres que resistem a cumprir o papel de cuidadoras, perdem o respeito tanto da família como da comunidade.

Os dois estudos de caso foram escolhidos pelo facto de se distinguirem do padrão habitual. O primeiro caso trata-se de uma sobrinha que abandonou a sua habitação para ir viver para casa da idosa dependente. O segundo caso trata-se do cuidar no masculino, o que contraria o padrão predominante. Os nomes utilizados são pseudónimos, de forma a conferir confidencialidade.

Sra Diana

Diana é uma mulher de 48 anos, natural de Setúbal, casada, tem uma filha de 21 anos. Completou o ensino básico (9ºano) e tem uma loja de roupas que é a sua fonte de rendimentos e onde exerce a sua atividade profissional.

Cuida da sua tia idosa, que está dependente em todas as AVD's (atividades de vida diárias) desde que sofreu um AVC há cerca de 6 anos. Reside atualmente na casa da tia com o marido e a filha.

Segundo esta mulher, nunca tinha passado por esta experiência de cuidar de alguém dependente, até surgir esta situação.

Quando se pediu, durante a entrevista, para definir a palavra cuidar, esta considerou que “é tratar da pessoa, das necessidades que a pessoa tem, não é? Dar amor, carinho”.

O papel de cuidadora, foi assumido naturalmente, uma vez que a tia não tem filhos e ela é a familiar mais próxima. Estes tios ajudaram os pais de Diana a criá-la e sempre estiveram disponíveis para a ajudar inclusivamente na educação da filha de Diana “A minha filhota nunca foi para um infantário, eles é que ficaram com ela até ir para a escola primária”. Há cerca de 6 anos a tia sofreu um AVC e a Diana passou a dar-lhes mais apoio e a assumir o papel de cuidadora principal.

Pouco depois do AVC da tia, foi diagnosticado ao tio Alzheimer, a partir desse momento Diana passou a estar muito tempo na casa dos tios, uma vez que estavam os dois dependentes. Segundo Diana já passava mais tempo na casa dos tios que na sua própria casa, o que lhe trazia sentimentos de angústia, porque a sua família também precisava de atenção. Pouco tempo depois o tio faleceu e Diana e sua família acabaram por deixar o seu lar para se mudarem definitivamente para casa da tia.

Essa mudança, não foi isenta de complicações. Toda a dinâmica familiar foi alterada. Deixaram de ter privacidade. O período de adaptação, segundo Diana não foi fácil. Contudo, a situação foi melhorando e a família acabou por se conformar.

Nesta altura, foi diagnosticado a Diana uma depressão grave, iniciando assim medicação antidepressiva e ansiolítica.

Segundo Diana sentia-se muito cansada, triste pela mudança sofrida na sua família, não conseguia ter momentos de privacidade com o seu marido. Contudo, consideram que a tia melhorou muito com a mudança deles para perto dela.

Um ano e meio passado, Diana mantém medicação antidepressiva, por um lado sente-se mais controlada, contudo, por outro sente-se muito triste por ver a degradação da tia, ver o seu sofrimento e saber que já não pode fazer mais nada por ela.

Segundo a própria, a relação com a tia mantém-se a mesma, embora com inversão de papéis, “as vezes digo às pessoas que tenho uma bebé de 89 anos”. Nas visitas realizadas, foi possível observar um relacionamento muito próximo entre as duas, é notória a cumplicidade existente.

Diana cuida da tia em todas as vertentes do cuidar, porém tem a ajuda da Santa Casa da Misericórdia para a prestação dos cuidados de higiene e conforto, uma vez que já sentia

muita dificuldade em realizar esses cuidados sozinha. No entanto, principalmente ao fim de semana, é frequente dispensar esse serviço para ser ela a realizá-los.

A família (marido e filha) colabora nos cuidados, principalmente no que se refere à alimentação. A higiene e os posicionamentos ficam a cargo de Diana. O marido e a filha, “têm receio de lhe tocar, no estado em que ela está, têm muito receio”.

Neste momento a tia de Diana está dependente em todas as AVD's. “Ela não se mexe para nada, nem para beber água, nem para coçar o nariz, portanto sou eu que tenho de fazer tudo”, diz Diana.

Nas visitas domiciliárias, foi possível observar que a tia de Diana se encontra bem cuidada, com uma pele hidratada, acomodada numa cama confortável e adequada à situação.

Diana refere que tem tido muitas dificuldades, contudo, considera que tem tido ajudas preciosas. Destaca o papel das enfermeiras dos cuidados continuados que a têm ajudado muito nas diversas dificuldades que têm surgido e para além disso têm sido um grande apoio para ela “têm sempre uma palavra e um apoio a dar e isso é muito importante, muito importante mesmo”, refere Diana.

Durante este ano a tia sofreu uma amputação de uma perna e a situação tem-se degradado progressivamente. Diana tem sentido dificuldades em adaptar-se a esta nova realidade, não sabe bem onde agarrá-la, a tia tem dores em todo o corpo. Já iniciou terapêutica com opioides mas não tem sido fácil controlar a dor. Esta situação provoca muita angústia a Diana pelo sentimento de impotência

Por outro lado Diana refere existir outra situação que a está a deixar cada vez mais angustiada. Diz Diana “eu tenho pai e tenho mãe, e estou a ver a minha mãe a precisar cada vez mais de mim e eu a não ter tanto tempo ou ter atenção para lhe dar”. A mãe tem Parkinson, embora seja uma pessoa muito ativa, a doença e a idade estão a avançar e começa a precisar mais do apoio da filha. Segundo a própria, “ando sempre a correr, muitas vezes cuido da tia e vou a correr para a casa da mãe, da casa da mãe a correr para a loja, ao almoço saio da loja e vou a correr dar o almoço à tia, e eu como qualquer coisa”, refere ainda, não saber até quando vai aguentar.

Relativamente ao tempo que Diana disponibiliza para cuidar de si, esta considera que procura ter tempo mas “é sempre muito atrapalhado”, contudo refere que entre a meia-noite e a uma da manhã procura que seja o seu momento do dia.

Há cerca de um ano a tia esteve internada numa situação de grande debilidade e com um prognóstico muito reservado, Diana preparou-se para se despedir da tia. Contudo, esta recuperou. Nesse momento Diana tomou consciência que que algo tinha de mudar que não podia continuar a deixar a sua família para segundo plano, pois esta situação podia prolongar-se por muito tempo. Começou a programar algumas atividades em família em alguns fins-de-semana de forma a descansar e a se distrair um pouco, Diana diz que se sentia muito esgotada.

Esses fins-de-semana, que às vezes consegue fazer com a sua família, só são possíveis com o apoio da Santa Casa da Misericórdia que dá um suporte extra nessas situações, aumentando o número e o tempo de visitas diárias, contudo é sempre muito difícil conseguir conjugar tudo, a família, as necessidades da tia e a disponibilidade da Santa Casa da Misericórdia para dar esse apoio suplementar.

Se tivesse possibilidades, Diana gostaria de fazer uma viagem para um sítio calmo, sem barulhos, onde pudesse descansar e relaxar. Refere que recentemente conheceu um sítio perto de Setúbal para onde vai quando consegue organizar as coisas de modo a ficar livre no fim-de-semana, o parque campismo da Galé, que segundo a própria é excelente e tem a vantagem de ser próximo, caso haja necessidade de regressar. Espera poder continuar a fazer estas escapadelas apesar das previsões para 2013 não serem as mais animadoras, contudo, Diana considera que “temos de ter pensamentos positivos”.

O Sr. João

O Sr. João é um homem de 81 anos, natural do Alvito, casado, tem um filho. Completou o primeiro ciclo do ensino básico (4ª classe) e é reformado. Vive em Setúbal, sozinho com a esposa idosa que se encontra dependente em todas as AVD's. No dia 25 de Dezembro de 2011, a idosa sofreu um AVC e é ele quem cuida dela desde essa altura.

Segundo o Sr. João nunca tinha cuidado de ninguém até então, os seus pais viviam no Alvito e o Sr. João em Setúbal, pelo que, os cuidados foram prestados por uma cunhada que morava perto deles.

Quando se pediu para o Sr. João. descrever o que é cuidar, este referiu que cuidar é orientar, “é fazer tudo o que entendo que é necessário para ela estar o melhor possível, nos desejos dela, no que ela precisa, necessita e evitar que ela se sinta pior”.

Nas visitas domiciliárias foi possível verificar que a idosa se encontra numa cama articulada e o espaço é acolhedor. É notória a preocupação do Sr. João para manter a esposa confortável. Para o Sr. João a adaptação a esta nova situação foi muito difícil. Estava habituado a que a esposa cuidasse da casa e dele mesmo. Estava habituado a passear, “ia dar umas voltas pela cidade, ia tomar um café, lia o jornal e vinha para casa”. Agora, teve de se adaptar e fazer tudo em casa, tratar da roupa, manter a casa arrumada, cozinhar... Segundo o próprio a maior dificuldade que teve foi adaptar-se à cozinha. Curiosamente, o Sr. João, antes da mulher adoecer, começou a perguntar à esposa como se faziam determinados pratos e a apontar num caderno o modo de confecção. “parecia eu que adivinhava que isso me ia fazer falta, de maneira que sempre que quero fazer alguma coisa, tenho ali tudo apontado, o tipo de refeições as refeições como se faz, as quantidades”.

A casa tem excelentes condições de habitabilidade, em todas as visitas realizadas o espaço encontrava-se limpo e arrumado. Durante a entrevista foi notória a preocupação do Sr. João em manter tudo limpo e arrumado. Segundo o mesmo, tem uma empregada que lhe limpa a casa uma vez por semana, contudo, durante a semana o Sr. João faz questão de manter tudo impecável.

Sempre teve uma boa relação com a esposa. Contudo, compreende que as coisas estão diferentes. Por vezes a esposa fica agitada e com períodos de confusão. A maior preocupação do Sr. João é na possibilidade de ele próprio ficar doente ou morrer primeiro que a esposa, pois sabe que deixa uma carga grande para o filho e para a neta.

O Sr. João diz sentir-se muito sozinho. A família está muito ausente, o filho está grande parte do tempo no estrangeiro, a neta trabalha muito, pouco aparece, contudo sabe que sempre que pede ajuda e que necessita de algo tem sempre alguém para ajudar. Destaca que passam semanas em que as únicas pessoas que vê são as senhoras que prestam os cuidados de higiene e as enfermeiras. A esposa já passa muitos momentos de confusão, pelo que o Sr. João passa dias inteiros sem conseguir manter um diálogo coerente com a esposa. Contudo o Sr. João diz estar conformado, embora triste, por não ter sido esta a velhice que ele idealizou.

Relativamente aos cuidados prestados, o Sr. refere que tem o apoio do Centro Comunitário de Vanicelos para a prestação de cuidados de higiene. Todos os outros cuidados é o Sr. João que presta, uma vez que a esposa é dependente em todas as AVD's (Atividades de Vida Diárias), segundo o próprio, "Ainda não pedi nada a vizinha nenhuma nem nada, nada".

Relativamente ao tempo que o Sr. João disponibiliza para cuidar de si, este refere que não disponibiliza tempo algum. Segundo o próprio faz o seu dia-a-dia, procura fazer sempre as refeições, mas sempre que não lhe apetece e o filho está em Portugal, pede-lhe para lhe trazer a refeição de um restaurante. Preocupa-se com a sua saúde, tem receio de ficar doente e não poder cuidar da esposa, contudo é o filho ou a neta que vão ao centro de saúde por ele.

Durante as visitas o Sr. João comentou ter ido à farmácia comprar a vacina da gripe para não correr o risco de se infetar, apesar de esta ser gratuita no centro de saúde. Não pode estar tanto tempo à espera para ser atendido.

O Sr. João refere sentir-se bem, todavia sente cansaço, "falta de força nas pernas". O repouso noturno está mantido na maioria dos dias. A esposa tem períodos de confusão algumas noites, sendo assim mais complicado o Sr. João dormir. Este dorme no mesmo quarto da esposa, numa cama ao lado da dela, nunca pôs a hipótese de mudar de quarto, uma vez que segundo o próprio "ela pode precisar de mim".

O Sr. João gostaria de voltar à sua terra natal, mas sem a sua esposa nem pensa nessa hipótese. Quer manter-se em casa com ela. Um dia, se ficar só, enquanto conseguir tomar conta dele próprio quer manter-se em casa. Contudo diz que se um dia considerar que já não consegue cuidar de si, pedirá ao filho para o internar num lar.

Apesar de conformado, o Sr. João refere: "lamento-me a mim próprio e as vezes pergunto-me a mim próprio, mas que mal fiz eu a Deus? Dizem que a vida é o pagamento de uma fatura. Então, eu tenho pago uma fatura cara e nunca fiz mal a ninguém".

Notas finais

Embora sejam casos que diferem, na sua essência, do habitual, vão de encontro ao que a literatura (Sequeira 2010, Imaginário 2004, Lage 2007, entre outros) diz acerca desta temática. No caso da sobrinha há claramente um sentido de obrigação para com a tia que a

ajudou durante toda a sua vida, contudo, é patente no discurso uma certa culpa por não conseguir também dar esse apoio aos pais e uma certa tristeza por não conseguir manter a privacidade familiar que gostaria de ter. Segundo a própria, apesar de ser uma ajuda essencial, o apoio da Santa Casa da Misericórdia, a casa está constantemente “invadida” por pessoas estranhas à intimidade familiar. Nitidamente esta mulher tem dificuldade em ter tempo para si, para cuidar de si, para descansar. A sua vida baseia-se em trabalhar na sua loja, uma vez que é ela quem suporta as despesas familiares, cuidar da sua tia, correr para a casa da mãe quando esta se encontra mais debilitada e ainda dar alguma atenção à filha e ao marido que está desempregado. Apesar de considerar estar a cuidar da tia o melhor possível, sente-se impotente à degradação física e cognitiva. Sente angústia por não conseguir ajudar mais.

Quanto ao S. João fica claro no seu discurso, sentir-se injustiçado pela vida, segundo o próprio, nunca imaginou a sua velhice assim. Na sua perspetiva a situação atual não tem outra solução e considera estar a fazer tudo para a sua esposa sofrer o menos possível. No discurso torna-se patente o orgulho em manter a casa limpa e arrumada e em utilizar o que aprendeu com a sua esposa na confeção das refeições. Refere, frequentemente, o medo de morrer antes da esposa, ou mesmo de ficar doente e impossibilitado para cuidar dela. Sente-se só e deixou de fazer os seus passeios diários pela cidade. Contudo, considera que o lugar dele é perto da esposa e a cuidar dela, não coloca qualquer hipótese de mudar a situação.

Estes estudos caso permitiram compreender aquilo que a escala utilizada não permitiu aprofundar. É essa a mais-valia dos estudos caso, uma vez que “dão voz” e conteúdo ao que as escalas e os questionários não permitem transparecer. Neste sentido, tornam-se uma ferramenta muito útil no enriquecimento de qualquer estudo que pretenda compreender um fenómeno.

4.2 Seleção e Priorização dos Problemas

No processo de diagnóstico de Situação, foi possível, através da análise dos resultados obtidos identificar quatro problemas (Quadro 5), tendo por base a teoria do défice de autocuidado de Orem.

De acordo com Orem (1993), o enfermeiro, ao diagnosticar um défice de autocuidado, pode utilizar cinco intervenções: agir ou fazer por; orientar; apoiar; promover ambiente propício ao desenvolvimento e ensinar.

Quadro 5. Problemas de Enfermagem

PROBLEMAS IDENTIFICADOS
Défice no autocuidado do cuidador familiar relacionado com a indisponibilidade para realizar atividades de vida diárias.
Risco de exaustão por sobrecarga do cuidador familiar;
Falta de privacidade do cuidador familiar
Risco de Défice no autocuidado do cuidado familiar relacionado com a incapacidade de repouso, de desempenhar atividades em seu benefício para manter a saúde e o bem-estar.

A seleção de prioridades é a segunda fase do processo de Planeamento em Saúde. De acordo com Imperatori (1982) é essencial a existência de problemas comparáveis, de forma a possibilitar a sua seleção. A priorização dos problemas foi realizada utilizando uma das técnicas gerais de ordenação, a comparação por pares. Esta técnica, segundo Tavares (1990), permite concentrarmo-nos sobre dois problemas de cada vez, sendo que cada problema é comparado com todos os outros. A escolha desta técnica prendeu-se pela sua simplicidade e sua objetividade.

Quadro 6. Priorização por comparação por pares

PROBLEMAS	Comparação por pares de diagnósticos	Valor final	%	Ordenação final
P1. Défice no autocuidado do cuidador familiar relacionado com a indisponibilidade para realizar atividades de vida diárias.	P1 P1 P1 P2 P3 P4	P1=0	0	4 ^o
P2. Risco de exaustão por sobrecarga do cuidador familiar;	P2 P2 P2 P1 P3 P4	P2=3	50	1^o
P3. Falta de privacidade do cuidador familiar	P3 P3 P3 P1 P2 P4	P3=1	16,67	3 ^o
P4. Risco de Défice no autocuidado do cuidado familiar relacionado com a incapacidade de repouso, de desempenhar atividades em seu benefício para manter a saúde e o bem-estar.	P4 P4 P4 P1 P2 P3	P4=2	33,33	2^o
Lista de 4 problemas em que o Selecionado está a vermelho				

Neste projeto de intervenção optou-se por intervir nos 2 problemas prioritários, selecionados de acordo com a técnica escolhida, considerando o tempo reduzido para a intervenção. Assim sendo, os problemas priorizados são: **Risco de exaustão por sobrecarga do cuidador e Défice no autocuidado relacionado com a incapacidade de repouso, de desempenhar atividades em seu benefício para manter a saúde e o bem-estar.**

Nesta fase do projeto surgiu a necessidade de fixar objetivos que permitam operacionalizar as intervenções a realizar.

4.3 Fixação De Objetivos

Segundo Tavares (1990) a fixação de objetivos é a terceira etapa do Planeamento em Saúde, sendo que estes deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. Imperatori (1983, p.11) refere que o objetivo é o “enunciado do resultado desejável do problema alterando, em princípio, a tendência da sua evolução”. De acordo com o mesmo autor, a fixação dos objetivos deverá ser feita de uma forma realista e cuidadosa, uma vez os objetivos quantificados são imprescindíveis para a avaliação dos resultados de um plano. No decorrer do projeto a população alvo sofreu alterações em termos de número até ao início da intervenção. Ocorreram 12 óbitos de idosos dependentes e 1 dos idosos foi alojado num Lar. Assim, a população alvo passou a ser de 14 cuidadores familiares. (Apêndice 4)

Neste Sentido, definiu-se como **objetivo geral** deste projeto:

- Capacitar pelo menos 8 cuidadores familiares de utentes idosos dependentes, com índice de Katz 4 inscritos na UCC de Setúbal pertencentes à freguesia de S. Julião e Anunciada à data de 25 de Maio de 2012, para o autocuidado de forma a desenvolverem estratégias que previnam ou reduzam a sobrecarga associada ao papel de cuidar;

De acordo com Imperatori (1983, p. 48), o objetivo operacional é “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, traduzindo em termos de indicadores de atividade”. Tavares (1990), refere ainda que os objetivos operacionais ou metas possibilitam mensuração a curto prazo, pelo que neste projeto, dado a suas características em termos temporais, se torna imprescindível fixá-los.

Assim sendo, os objetivos operacionais deste projeto de intervenção com 12 cuidadores familiares são:

- Incentivar pelo menos 8 dos cuidadores familiares de utentes idosos dependentes, (com índice de Katz 4 inscritos na UCC de Setúbal pertencentes à freguesia de S. Julião e Anunciada à data de 25 de Maio de 2012), a criarem estratégias para manterem atividades de lazer e descanso.
- Estimular pelo menos 8 dos cuidadores familiares de utentes idosos dependentes (com índice de Katz 4 inscritos na UCC de Setúbal, pertencentes à freguesia de S. Julião e Anunciada à data de 25 de Maio de 2012), a desempenharem atividades em seu benefício de forma a manter a saúde e o bem-estar;
- Informar pelo menos 8 dos cuidadores familiares de Idosos dependentes (com índice de Katz 4 inscritos na UCC de Setúbal à data de 25 de Maio de 2012), sobre os recursos da comunidade;

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

4.4 Seleção de estratégias

Imperatóri (1983), define esta etapa como uma das etapas mais fundamentais no Planeamento em Saúde, uma vez que a utilização de estratégias adequadas vão permitir reduzir os problemas selecionados anteriormente. Nesta etapa foi avaliada a disponibilidade dos recursos humanos e dos recursos materiais necessários para o desenvolvimento das intervenções, em conjunto com a Enfermeira Chefe, coordenadora da UCC de Setúbal, de forma a garantir a exequibilidade das mesmas. Na seleção das estratégias foi considerada o nível de intervenção do projeto, os objetivos formulados e as especificidades da população-alvo.

O diagnóstico da situação conduziu a atuação para o nível de prevenção secundária, uma vez que foi identificado um nível elevado de sobrecarga e um défice de autocuidado na população-alvo. Na teoria geral de Dorothea Orem é patente a ligação entre a prevenção dos fatores de risco associados à doença e a promoção da saúde e do bem-estar.

Inicialmente foram discutidos os objetivos do projeto e apresentado o diagnóstico de situação à enfermeira coordenadora da UCC, Enf^a Chefe Madalena Mourata. Posteriormente, os mesmos foram apresentados de forma informal à equipa de Enfermagem da UCC de Setúbal com o objetivo de sensibilizar toda a equipa a colaborar no mesmo.

Como estratégia central de intervenção recorreu-se à realização de Sessões de Educação para a Saúde, uma vez que se pretendeu com este projeto capacitar os cuidadores para o autocuidado.

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

De acordo com Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998, p.4) a Educação para a Saúde:

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

De acordo com WHO (1986,p. 4), na carta de Ottawa, “a promoção da saúde pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação para a saúde e reforço das competências que habilitem para uma vida saudável.” O mesmo documento, reforça ainda a importância da capacitação das pessoas para aprenderem, durante todo o ciclo vital, a enfrentarem as doenças crónicas e as incapacidades.

Neste sentido é através das ações de Educação para a Saúde que cada pessoa poderá decidir conscientemente adquirir comportamentos que favoreçam a sua saúde individual e da comunidade em que está inserida. Considerando a importância da aproximação à comunidade, definiu-se como estratégia realizar Sessões de Educação para a Saúde em ambas as freguesias da população alvo. A caracterização sócio-demográfica da população alvo permitiu ajustar as estratégias às características da mesma. Nomeadamente, no que se refere às habilitações literárias, foi possível utilizar a estratégia de produção de documentos escritos de apoio à intervenção, contudo, tendo sido utilizada uma linguagem simples e

perceptível a uma população maioritariamente com habilitações literárias ao nível do ensino básico. Considerando que cerca de metade dos cuidadores principais não partilham os cuidados com um cuidador secundário, torna-se mais difícil ausentarem-se do local de prestação de cuidados, pelo que se tornou essencial utilizar como estratégia uma intervenção individual a todos esses cuidadores.

Após a priorização dos problemas surgiu a necessidade de fazer uma abordagem multidisciplinar no desenvolvimento da intervenção comunitária. Para isso utilizou-se como estratégia a mobilização de outros profissionais de saúde (Assistente Social e Fisioterapeuta). Considerou-se que uma lógica multidisciplinar poderia traduzir-se em maiores ganhos em saúde.

Um dos objetivos deste projeto de intervenção, tal como já mencionado, prende-se com a informação dos recursos da comunidade aos cuidadores inseridos no mesmo, pelo que se utilizou como estratégia a mobilização desses mesmos recursos. Assim, assistimos a 2 reuniões bimensais que a UCC realiza com as entidades da comunidade, com o objetivo de discutir “casos” e mobilização dos recursos. Nessas reuniões participam os Enfermeiros da UCC, a Assistente Social, representantes da Segurança Social, das Cáritas diocesanas de Setúbal, dos Socorros mútuos, da Santa Casa da Misericórdia e das Equipas de Gestão de Altas do Centro Hospitalar de Setúbal.

4.5 Preparação operacional – programação

Segundo Imperatori (1986), esta fase da metodologia e Planeamento em Saúde consiste no estudo pormenorizado das atividades necessárias à execução de uma determinada estratégia, sendo que cada uma delas poderá atingir um ou vários objetivos de um projeto. De acordo com o mesmo autor (1986), um projeto integra a realização destas atividades num período de tempo delimitado. Considerando a limitação de tempo para a execução desta intervenção comunitária, elaborou-se um projeto, tendo em conta que as atividades “devem ser definidas em função dos objetivos operacionais estabelecidos, não devendo ser criadas actividades que não satisfaçam os objetivos previamente estabelecidos”. (Tavares, 1990, p. 169)

Neste sentido, considerando os objetivos e as estratégias definidas, delinearão-se diversas atividades a realizar. Estas foram discutidas e validadas pela professora Orientadora, pela Enf^a Chefe e Coordenadora da UCC, co-orientadora do estágio e pela Equipa de Enfermagem da UCC.

A programação destas atividades teve em conta as características sociodemográficas da população-alvo. Neste sentido, optou-se por uma linguagem acessível e clara. O horário das atividades foi estabelecido de acordo com a disponibilidade demonstrada pela população-alvo.

De seguida, serão apresentadas de forma esquemática as atividades realizadas durante a intervenção comunitária.

1. Sessão de Educação para a Saúde acerca das estratégias para prevenção ou redução da sobrecarga associada ao papel de cuidar, recursos da comunidade e promoção da atividade física. “O familiar que cuida e que se cuida”:

Data	A 12 de Dezembro de 2012
Local	Centro Comunitário de Vanicelos, em Setúbal
Objetivos	Incentivar os cuidadores familiares de idosos dependentes a criarem estratégias para manterem atividades de lazer e descanso; Estimular o cuidador familiar para desempenhar atividades em seu benefício de forma a manter a saúde e o bem-estar e Informar acerca dos recursos da comunidade.
Como	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo, demonstrativo e ativo;
Processo	<ul style="list-style-type: none"> • Visita domiciliária para divulgação da Sessão de Educação para a saúde. • Entrega de convite personalizado (Apêndice 5); • Pedido de colaboração à Assistente Social e à Fisioterapeuta da UCC de Setúbal; • Pedido de colaboração do Voluntariado “Companhia e Recados” do IPDJ de Setúbal para substituição do cuidador durante a sessão de educação; • Pedido de colaboração ao Centro Comunitário de Vanicelos para disponibilizar a Sala para a Sessão de Educação para a Saúde; • Criação de folha de presença da Sessão; • Criação de Questionário de Satisfação da Sessão (Apêndice 6); • Organização de lanche convívio;
Plano de Sessão	Apêndice 7

2. Elaboração de um manual prático de apoio aos cuidadores familiares de idosos dependentes “O familiar que cuida e que se cuida”

Quando	De 15 de Outubro a 21 de Janeiro de 2013
Onde	Entregue numa das Sessões de Educação para a Saúde ou na visita domiciliária seguinte para a intervenção individualizada
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar os cuidadores familiares de idosos dependentes a criarem estratégias para manterem atividades de lazer e descanso; - Estimular o cuidador familiar para desempenhar atividades em seu benefício de forma a manter a saúde e o bem-estar; - Informar acerca dos recursos da comunidade
Como	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação e distribuição do manual a todos os cuidadores presentes na 1ª ou 2ª sessão, ou no domicílio aos cuidadores que não assistirem às sessões;
Processo	<ul style="list-style-type: none"> • Reunião com a Assistente Social; • Contacto com as instituições de Recursos da comunidade, para obter informações acerca dos serviços prestados; • Pesquisa Bibliográfica; • Reunião com o IPDJ para conhecer o projeto de voluntariado dos “recados e companhia”;
Manual	Apêndice 8

3. Sessão de educação para a saúde acerca das técnicas de relaxamento

Data	A 10 de Janeiro de 2013
Local	CATI – Centro de apoio à terceira idade.
Objetivos	– Estimular o cuidador familiar para desempenhar atividades em seu benefício de forma a manter a saúde e o bem-estar;
Como	<ul style="list-style-type: none"> • Método expositivo, demonstrativo e ativo;
Processo	<ul style="list-style-type: none"> • Pedido de colaboração ao CATI – Centro de apoio à terceira idade para disponibilizar uma sala para a 2ª Sessão; • Pedido de autorização à UCC para utilização dos colchões da unidade; • Criação de um folheto de apoio à Sessão (Apêndice 9); • Entrega de convite na Sessão anterior ou no domicílio (Apêndice 10); • Criação de folha de presença da Sessão; • Criação de questionário de Satisfação (Apêndice 11).
Plano de Sessão	Apêndice 12

4. Intervenção Individualizada

Quando	De 11 de Janeiro de 2013, a 30 de Janeiro de 2013
Onde	No domicílio dos cuidadores que não puderam comparecer às Sessões de Educação para a Saúde realizadas
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar os cuidadores familiares de idosos dependentes a criarem estratégias para manterem atividades de lazer e descanso; - Estimular o cuidador familiar para desempenhar atividades em seu benefício de forma a manter a saúde e o bem-estar; - Informar acerca dos recursos da comunidade

Como	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação dos conteúdos abordados nas Sessões realizadas e distribuição do manual a todos os cuidadores não presentes na 1ª e 2ª sessão. • Exercícios práticos sobre os exercícios físicos e as técnicas de relaxamento.
Processo	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto com os cuidadores e marcação de uma visita de acordo com as suas disponibilidades; • Realização de uma visita domiciliária para a realização da intervenção.

Foram ainda realizadas atividades complementares à intervenção:

1. Elaboração do “Cartão do Cuidador”

Quando	A partir de Janeiro de 2013
Onde	Na visita domiciliária após as sessões de EPS.
Objetivos	- Facilitar o contacto telefónico com a UCC de Setúbal e o nome do enfermeiro gestor de caso.
Como	• Distribuição dos cartões aos cuidadores (Apêndice 13)

2. Elaboração de folhetos informativos de apoio ao desenvolvimento de competências instrumentais;

Quando	A partir de Janeiro de 2013
Onde	Na visita domiciliária após as sessões de EPS.
Objetivos	- Promover o desenvolvimento de competências instrumentais;
Como	• Apresentação e distribuição dos folhetos a todos os cuidadores, com realização de orientações individuais.
Processo	<ul style="list-style-type: none"> • Conversa informal com a equipa de enfermagem para compreender quais as áreas instrumentais em que os cuidadores apresentam mais dificuldades. • Criação do folheto: Cuidados a ter com a Alimentação por Sonda Nasogástrica; Cuidados ao utente algaliado; Posicionamentos do utente acamado.

4.6 Avaliação

A avaliação é essencial para determinar a eficácia e a pertinência de qualquer projeto de intervenção. Tavares (1990), descreve esta fase como um confronto entre os objetivos e as estratégias delineadas, de forma a determinar a sua adequação. No mesmo sentido, Imperatori (1982,p.127) considera que “avaliar é sempre comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir”.

Para Carvalho & Carvalho (2006), existem duas vertentes no processo de avaliação, que se diferenciam pelo foco de atenção. Uma vertente que determina se os objetivos propostos foram atingidos e outra que analisa os efeitos e o impacto da intervenção.

Para Tavares (1990) a avaliação é feita através da utilização de indicadores, os de processo ou atividade, que quantificam as atividades realizadas e os indicadores de resultado ou impacto, que traduzem o impacto do projeto e os ganhos em saúde.

Neste projeto, o curto espaço de tempo para a implementação e avaliação do mesmo, tornou impossível a utilização dos indicadores de impacto, uma vez que todo o projeto incidiu na promoção do autocuidado. Qualquer mudança de comportamento implica um período de tempo mais alargado para poder ser avaliado. Assim, consideraram-se apenas os indicadores de processo para a avaliação deste projeto.

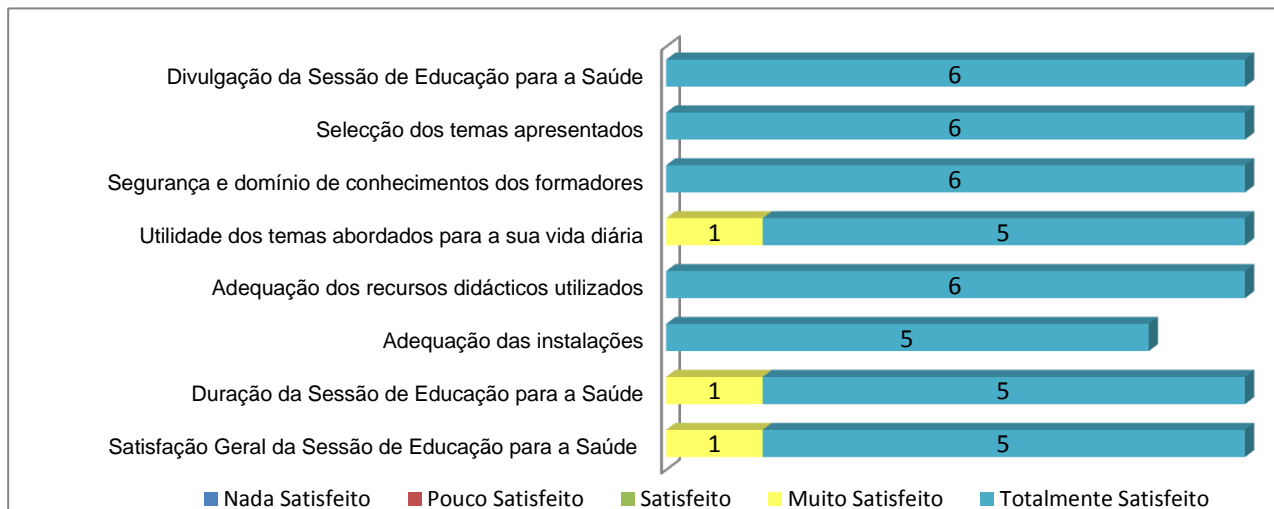
Considerou-se ainda imprescindível a avaliação da Satisfação das duas Sessões de Educação para a Saúde Realizadas, a aplicação final da escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC) que já tinha sido aplicada anteriormente no diagnóstico de Situação e finalmente, recorreu-se à avaliação subjetiva através de uma entrevista aberta final com os cuidadores que foram sujeitos à intervenção. Foram realizadas todas as atividades planeadas, sendo que o indicador de processo neste âmbito é de 100%. O número de cuidadores que participaram na intervenção é de 12 e de recusa é de 2.

A primeira Sessão de Educação para a Saúde foi assistida por 6 cuidadores, a segunda foi assistida por 4 cuidadores. Na primeira Sessão foram convidados 18 cuidadores, na segunda a população-alvo passou para 14 cuidadores. Durante todo o projeto a população-alvo foi diminuindo, quer por óbito dos idosos dependentes, quer por internamento de longa duração (Apêndice 4). Seguidamente, apresentam-se na tabela abaixo os indicadores de processo das atividades desenvolvidas:

Atividades	Indicadores de Processo
Sessão de Educação para a Saúde “O cuidador que cuida e que se cuida”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores convidados na 1}^\circ \text{EPS}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos convidar na 1}^\circ \text{EPS}} = \frac{18}{18} \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores presentes na 1}^\circ \text{EPS}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos na 1}^\circ \text{EPS}} = \frac{6}{12} \times 100 = 50\%$
Sessão de Educação para a Saúde acerca das técnicas de Relaxamento	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores convidados na 2}^\circ \text{EPS}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos convidar na 2}^\circ \text{EPS}} = \frac{14}{14} \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores presentes na 2}^\circ \text{EPS}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos na 2}^\circ \text{EPS}} = \frac{4}{5} \times 100 = 80\%$
Intervenção Individualizada	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de intervenções individuais realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de intervenções individuais planeadas}} = \frac{7}{8} \times 100 = 87,5\%$
Manual prático de apoio aos cuidadores familiares de idosos dependentes “O familiar que cuida e que se cuida”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de manuais distribuídos}}{\text{N}^\circ \text{ de manuais previstos distribuídos}} = \frac{13}{14} \times 100 = 92,86\%$

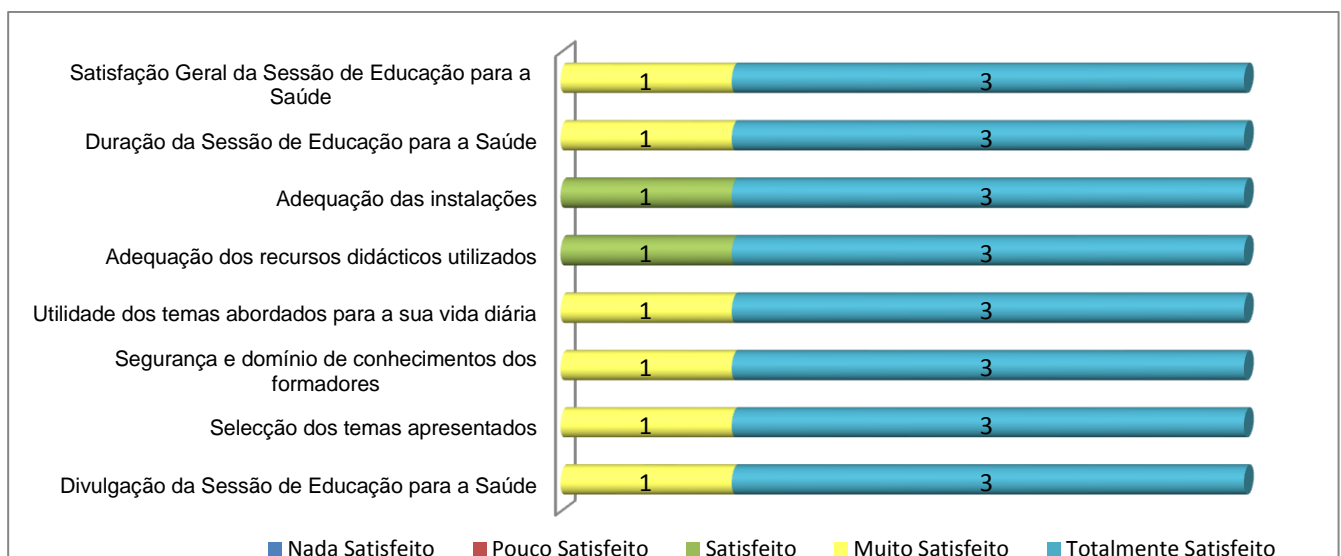
A avaliação da Satisfação dos cuidadores da 1ª Sessão de Educação para a Saúde foi excelente, sendo que 5 cuidadores demonstraram estar totalmente satisfeitos e 1 cuidador demonstrou estar muito satisfeito.

Gráfico 12 – Resultados do Questionário de satisfação da 1ª Sessão de Educação para a Saúde



A avaliação da Satisfação dos cuidadores da 2ª Sessão de Educação para a Saúde foi igualmente excelente, sendo que 3 cuidadores demonstraram estar totalmente satisfeitos e 1 cuidador demonstrou estar muito satisfeito.

Gráfico 13 – Resultados do Questionário de satisfação da 2ª Sessão de Educação para a Saúde



Após a intervenção foi aplicada a Escala da Sobrecarga do Cuidador aos cuidadores que participaram no projeto excetuando 3 cuidadores, 1 por óbito do idoso dependente e 2 por recusa.

O quadro abaixo apresenta apenas os itens considerados no diagnóstico de situação para o levantamento de problemas. Estes foram os itens que apresentavam valores mais elevados que contribuíam para um nível de sobrecarga mais elevada. Embora a diminuição do nível de sobrecarga seja modesto, é possível verificar que 8 dos 10 cuidadores apresentaram níveis ligeiramente mais baixos. Atribui-se esta pequena diferença ao facto de ter sido uma intervenção realizada em curto espaço de tempo, acredita-se que se fosse prolongada no tempo as diferenças seriam mais significativas.

Quadro 7. Níveis de Sobrecarga dos Cuidadores Familiares nos Itens considerados no diagnóstico de situação, antes e depois da Intervenção

Nº cuidador Familiar	1	3	5	9	11	12	15	16	20	23
Nível de sobrecarga antes da intervenção	16	16	16	17	19	20	17	20	17	18
Nível de sobrecarga após a intervenção	15	18	17	16	16	17	20	15	16	17

As atividades complementares foram desenvolvidas na sua plenitude e com o apoio de toda a equipa de enfermagem da UCC de Setúbal. Os cartões do cuidador foram entregues aos 12 cuidadores participantes, que os consideraram muito úteis, uma vez que se torna mais fácil o contacto com a UCC. Foram entregues a todos os cuidadores os folhetos informativos de apoio ao desenvolvimento de competências instrumentais foram entregues ao cuidadores de acordo com as características dos idosos dependentes, nomeadamente, no que se refere aos “Cuidados a ter com a Alimentação por Sonda Nasogástrica”, “Cuidados ao utente algaliado” e “Posicionamentos do utente acamado”.

É de salientar a importância de um trabalho multidisciplinar neste tipo de intervenção, que não teria sido tão completa se a multidisciplinariedade não tivesse existido. Exemplo disso, foi o facto de 4 dos cuidadores terem aproveitado os conhecimentos adquiridos com a Assistente Social para pedirem o complemento de dependência que não sabiam ter direito antes da intervenção.

Na última visita domiciliária, foi pedido a cada cuidador que descrevesse a utilidade dos temas abordados nas sessões para a sua vida diária. Na tabela abaixo serão apresentadas

algumas frases que resumem a generalidade das considerações dos cuidadores, os nomes utilizados são pseudónimos, de forma a conferir a confidencialidade:

Alda	“Foi muito útil, tenho utilizado a respiração abdominal, tenho conseguido relaxar, aquilo é mesmo verdade, em situações mais tensas. Ainda no outro dia, a minha mãe ficou internada no hospital, cheguei a casa muito ansiosa, consegui adormecer utilizando a respiração.”
Maria	“Foi útil, em todas as medidas, ora tenho um problema no braço, tenho esta grande dor, quando faço um bocadinho da ginástica, fico melhor, a parte da respiração também tenho utilizado e acho que foi útil.”
Diana	“Deu para refletir, são sempre ideias práticas para pormos em prática. É sempre bom aprendermos mais alguma coisa...”
Beatriz	“Foi muito bom, porque eu não tinha conhecimento de certas coisas, pormenores, mesmo em pormenor, fazia as coisas a meu jeito, à minha maneira, ia aprendendo sozinha e com estas sessões de esclarecimento que a Sra. enfermeira nos deu, eu fiquei mais esclarecida, mais, até mais à vontade para fazer as coisas. Gostei muito, gostei. (...) Faço a ginástica que a Sra. enfermeira me ensinou, e cuido da minha saúde vou ao médico, tomos os meus medicamentos, (...) tento arranjar-me quando vou à rua, quando saio, quando vou às compras.”
Generosa	“Aquele parte que foi dada pela Enfermeira Margarida é útil porque quando diz que temos de por de lado certas coisas porque não se pode fazer tudo, quer dizer... vem nos tirar de cima aquele sentimento da culpabilização, porque não conseguimos chegar a todo o lado, para mim isso foi (...) Porque nós temos sempre aquela coisa (...) há podia fazer mais, podia mais, e não faço e não consigo... pronto e isso acaba por ser bom nós ouvirmos que não somos “super” pessoas e como tal temos que relativizar, ver o que é o principal e depois o assessorio logo se faz....”
João	“São proveitosos e eu vou-me orientando com aquele livro, vou tentando fazer, mesmo sentado, certos movimentos (...).
Paula	“Gostei muito, gostei de todos os temas, há coisas que não sabemos e que aprendemos. Foi muito útil saber deste tipo de coisas nomeadamente da assistente social.”
Lurdes	“Foram bons. Ajudaram uma pessoa a ficar mais... a entender um bocadinho melhor o que é tratar deles e tratar da “gente” também, não é só deles, é que a “gente” também precisa de, eu muito sinceramente (...), eu achava que em tratando dela estava tudo bem. Era o que eu dizia, desde que eu tome banho, trabalhe, coma, me levante, durma e me vista, estou tratada. Agora, pronto, faço mais coisas, é diferente. (...) de dez em quando faço a respiração que aprendemos. E as tais caminhadas e a bicicleta que também já comecei (...), de vez em quando sento-me ali ponho um cd a tocar.”
Luisa	“Pronto, é bom haver pessoas como vocês que se preocupam com os cuidadores, e é um conforto ter alguém... apesar de eu não fazer as coisas que devia, os conselhos que me deram (...) mas sinto-me bem, porque tenho um apoio e estou confortável com o apoio que vocês dão e de se interessarem pelos cuidadores.”
Manuela	“Ajudou-me a encarar a vida de outra maneira. Tenho de ter consciência que tenho a minha vida e que tenho de a viver.”

Considerando os resultados obtidos e os indicadores de processo utilizados, é possível afirmar que os objetivos foram atingidos na generalidade. Contudo, considera-se que só uma intervenção mais alargada no tempo permite avaliar a capacitação dos cuidadores familiares para o autocuidado. Com os resultados obtidos que demonstram uma discreta diminuição da sobrecarga e uma vontade expressa dos cuidadores para se cuidarem sugerem a intenção de uma mudança de comportamento.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

No decurso deste projeto de intervenção comunitária a preocupação ética esteve sempre presente. O seu desenvolvimento, já estava implícito no âmbito do estágio solicitado ao conselho executivo do ACES de Setúbal e Palmela. Foi ainda pedido a autorização ao conselho executivo do mesmo ACES para a divulgação dos resultados obtidos apenas no âmbito académico. (apêndice 20)

Relativamente ao instrumento de colheita de dados utilizado (ESC), foi feito um pedido de autorização para a utilização do mesmo e após a sua autorização foram respeitadas todas as condições de utilização do referido instrumento.

A todos os cuidadores familiares foi pedido o consentimento informado para participarem no projeto de intervenção. (apêndice 4) O consentimento informado surge com o objetivo de ajudar os profissionais de saúde a respeitar mais e melhor o ser humano. Este consentimento conduz a uma individualização, contribuindo assim para uma humanização dos cuidados. O respeito pela pessoa implica a valorização da sua autonomia, individualidade e dignidade.

A Convenção dos Direitos dos Homens e da Biomedicina, no artigo 5º, é referido que:

“qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efectuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objectivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos.”

A salvaguarda do direito ao sigilo, assim como o direito de, a qualquer momento desistirem do consentimento inicialmente dado, sem qualquer prejuízo, foi respeitado. Segundo Neves e Pacheco (2004), autonomia significa *“o poder de independência (autodeterminação) exercido pela pessoa.”* Referem ainda que o *“respeito pela pessoa envolve alguns requisitos indispensáveis como sejam: a privacidade, a veracidade e a autonomia.”*

6 REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS NA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O estágio desenvolvido foi o culminar de um percurso académico onde se mobilizaram os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula para a prática em ambiente comunitário. Nesta fase do percurso, foi possível refletir acerca da forma como correu o mesmo e como este permitiu a aquisição de competências específicas de um enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, tal como padronizado pela Ordem dos Enfermeiros.

Este projeto de intervenção foi desenvolvido utilizando a metodologia do Planeamento em saúde (Tavares, 1990; Imperatori, 1982), sendo que as principais competências desenvolvidas tenham sido nesse âmbito, nomeadamente no que respeita ao estado de saúde de um grupo ou comunidade. O diagnóstico da situação possibilitou o desenvolvimento e o aperfeiçoamento das técnicas de investigação, nomeadamente na colheita e no tratamento de dados.

No que respeita à capacitação de grupos e comunidades, todo o projeto foi desenvolvido com esse objetivo, sendo que todas as intervenções foram planeadas com o objetivo da capacitação. Considera-se que este objetivo foi atingido, contudo, dado às limitações temporais de todo o projeto, não é possível fazer uma avaliação sistemática, uma vez que a capacitação envolve uma mudança de comportamento e esta mudança só é possível ser avaliada com um espaço temporal maior.

A problemática do cuidador é uma preocupação crescente a nível mundial, europeu, nacional e ainda local (UCC da Arrábida). Neste sentido, foi possível estabelecer uma ligação entre o foco de intervenção deste projeto, o Plano nacional de Saúde e o Plano de ação da referida unidade, compreendendo a complexidade do conceito de saúde.

Foram ainda desenvolvidas competências de liderança no desenvolvimento do projeto e na mobilização dos recursos da comunidade que facilitaram o desenvolvimento do mesmo. O facto da dimensão da população alvo ter sofrido alterações durante o projeto, permitiu o desenvolvimento da capacidade de adaptabilidade e de gestão de alternativas.

Todo o projeto foi suportado pelo modelo teórico de Dorotheia Orem (1993, 2001), que se mostrou adequado e permitiu aprofundar e refletir sobre os princípios teóricos e conceptuais do autocuidado.

7 LIMITAÇÕES

No decorrer do projeto foram surgindo alguns constrangimentos que condicionaram a implementação do mesmo, contudo, estas foram ultrapassadas.

Tal como foi referido anteriormente, a população-alvo, foi ao longo do trajeto sofrendo alterações. O número de cuidadores com critérios de inclusão foi diminuindo, sendo que no final da intervenção a população-alvo se tinha reduzido a menos de metade, essencialmente por falecimento do idoso dependente.

A participação dos cuidadores nas Sessões de Educação para a Saúde, foi outra situação de fragilidade. A intervenção foi iniciada no Inverno e durante este período os idosos dependentes estavam muito instáveis relativamente ao seu estado de saúde, pelo que a maioria dos cuidadores receram ausentar-se do domicílio. Uma das estratégias para ultrapassar essa dificuldade foi o pedido de colaboração do IPDJ com o seu projeto de voluntariado “recados e companhia”. Contudo, mesmo com esta oferta a maioria dos cuidadores preferiu não se ausentar do domicílio para assistir às Sessões de Educação para a Saúde planeadas. Considerando esta possibilidade, já estava contemplada a possibilidade das intervenções individuais, pelo que esta limitação foi ultrapassada dessa forma.

A apresentação formal dos resultados do projeto desenvolvido à equipa de enfermagem, foi outra limitação encontrada, uma vez que a avaliação realizada com os cuidadores foi através da visitação domiciliária e de acordo com as suas disponibilidades, assim sendo, em alguns casos a avaliação foi apenas possível no último dia de estágio. Na última semana, considerando esta possibilidade, foi possível apresentar alguns dos resultados encontrados informalmente aos enfermeiros que estavam presentes na Unidade. Os materiais de suporte desenvolvidos foram disponibilizados à Enfermeira Coordenadora da UCC de forma a poderem ser utilizados.

Apesar de não ter sido apresentado formalmente o projeto a equipa da UCC da Arrábida toda a equipa conhecia bem o projeto e envolveu-se no mesmo, a maioria dos profissionais assistiram às sessões de educação realizadas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com Sequeira (2010, p.251) é fundamental que os profissionais de saúde que pretendam trabalhar com cuidadores, conheçam a problemática do envelhecimento e estejam familiarizados com as possibilidades de intervenção, que conheçam a rede de apoio e que “disponham de habilidades e competências que permitam ao cuidador melhorar a sua qualidade de vida e a prestação de cuidados ao idoso dependente”.

Os enfermeiros devem ter consciência da importância do seu papel na promoção da saúde e bem-estar dos cuidadores familiares. Sendo para isso necessário monitorizar a sobrecarga objetiva e subjetiva associada ao papel do cuidador, identificar os cuidadores em situação de risco e capacitá-los no desempenho das suas funções.

Quando os cuidadores familiares são sujeitos a uma sobrecarga intensa as repercussões na sua saúde e no seu bem-estar são evidentes tornando-os mais vulneráveis. A manutenção desta sobrecarga é potencialmente desencadeadora de tensão, stress, originando um processo disruptivo do equilíbrio familiar e a um comprometimento a nível do autocuidado. Ao capacitar para o autocuidado estamos, por um lado, a promover a saúde, a qualidade de vida e a satisfação destes cuidadores; por outro lado, a aumentar o sentido de responsabilidade, o controlo, a independência e a autonomia dos mesmos.

Tal como já foi dito, no projeto desenvolvido foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde. Esta metodologia permitiu identificar, por um lado, os problemas de saúde, as necessidades da população alvo, e por outro, intervir de acordo com os problemas identificados e avaliar de forma sistematizada as intervenções realizadas. A população alvo estudada é constituída maioritariamente pelo sexo feminino, filhos ou conjugues do idoso dependente, com idade superior a 50 anos, casados, reformados com baixo nível de escolaridade e sujeitos a uma sobrecarga intensa (N=21). Desta forma tornou-se clara a necessidade de intervenção neste âmbito, justificando a pertinência deste projeto.

Foi possível compreender durante as visitas domiciliárias e pelos resultados obtidos no diagnóstico da situação, que estes cuidadores estão sujeitos a um nível de sobrecarga elevado e a uma solidão encoberta, similar a uma “solidão acompanhada”, uma vez que na grande maioria dos casos existem outras pessoas no agregado familiar. Contudo, estas não se incluem na prestação dos cuidados ou são excluídas. Estes cuidadores acabam por deixar os seus interesses, o seu bem-estar e a sua autonomia para segundo plano.

O desenvolvimento deste projeto representou um grande desafio para a mestranda, exigiu inicialmente uma grande capacidade de aprendizagem para permitir elevar progressivamente as competências adquiridas a um nível mais elevado da prática de enfermagem. As competências desenvolveram-se a partir dos conhecimentos técnicos e científicos adquiridos em contexto académico e profissional e sua aplicação adequada e congruente às situações concretas vivenciadas em campo de estágio.

Neste sentido, no decorrer do projeto a mestranda procurou desenvolver e utilizar o pensamento crítico e a reflexão da prática como estratégia de aprendizagem e de melhoria da prática. Considera-se que a reflexão constante do desempenho contribuiu para o desenvolvimento das competências essenciais ao enfermeiro especialista, permitindo igualmente evidenciar o impacto positivo das intervenções de enfermagem realizadas na população alvo.

Considerando os resultados obtidos, estamos convictos que este projeto foi importante para estes cuidadores, uma vez que os despertou para a importância do autocuidado e os incentivou a desenvolverem competências neste âmbito, tal como a cuidadora Lurdes disse “Foram bons, ajudaram uma pessoa a ficar mais (...) a entender um bocadinho melhor o que é tratar deles e tratar da gente”.

A capacitação obriga a uma mudança de comportamento, essas mudanças só poderão ser visíveis num espaço de tempo mais alargado. Uma das principais limitações deste projeto baseia-se no fator tempo, que sendo curto, impossibilita uma avaliação sistematizada do sucesso da intervenção no que respeita à capacitação. No entanto, foi possível demonstrar, pelos resultados obtidos, que estes cuidadores ficaram incentivados para a mudança, o que por si só é demonstrativo de que um programa mais alargado, poderá produzir mudanças significativas e assim sendo, obter maiores ganhos em saúde.

Qualquer projeto de intervenção realizado em âmbito académico terá, como objetivo final poder ser utilizado e desenvolvido posteriormente. A importância deste projeto foi reconhecida pela equipa de enfermagem da UCC de Setúbal, pelo que serviu de ponto de partida para um programa mais amplo para os cuidadores a ser desenvolvido nesta UCC.

9 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, Madalena (2000). *(Des)Equilíbrios familiares*. Coimbra: Quarteto Editora;

Bogdan, R., Biklen, S. (1994). *Investigação Qualitativa em Educação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora;

Brown, Diana (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;

Carter, Betty; Mcgoldrick, Mónica et all (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar. Uma estrutura para a terapia familiar*. 2ªed..Porto Alegre: Artes Médicas;

Carvalho, Amâncio; Carvalho, Graça Simões de (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*. Coimbra: Lidel ed. Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses;

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

Decreto-Lei N.º 101/06 de 6 de Junho. Diário da Republica nº109 – Série I. Ministério da Saúde. Lisboa. pp.3856-3865;

Dias, M. (2011). Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica. O processo de comunicação no sistema familiar. *Gestão e Desenvolvimento*. 19 (2011), 139-156. Acedido a 20 de Março de 2013. Disponível em: http://z3950.crb.ucp.pt/Biblioteca/GestaoDesenv/GD19/gestaodesenvolvimento19_139.pdf;

Ferreira, S. (2010). *A adaptação do cuidador informal como foco da prática de enfermagem. Um programa de intervenção com matriz conceptual no modelo transaccional de stress e coping*. Santarém: Repositório Científico do Instituto Politécnico de Santarém. Escola Superior de Saúde. Revisão Sistemática da Literatura. Acedido a 2012/04/12. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.15/585>;

Figueiredo, Maria Henriqueta (2012). *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência;

- Helman, C. (2009). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artmed;
- Imaginário, C. (2004). *O Idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formacao;
- Imperatori, E.; Giraldes, M (1982). *Metodologia do planeamento da saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública;
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos 2001: Resultados definitivos: XIV recenseamento geral da população: IV recenseamento geral da habitação*. Vol. 8. Lisboa: I.N.E;
- Lage, I. (2005). Saúde do idoso. Aproximação do seu estado de saúde. *Nursing*. 16(195), 6-12;
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In: PAÚL, C. & FONSECA, A. (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores;
- Lage, M. I. (2007). *Avaliação dos Cuidados Informais aos Idosos: Estudo do Impacto do Cuidado no Cuidador Informal*. (Tese de Mestrado). Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar;
- Loureiro, I. e Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde. Dos fundamentos à acção*. Coimbra: Almedina;
- Ministério da Saúde (2001). *Guias de Educação e Promoção de Saúde*, Lisboa: Direção Geral de Saúde;
- Ministério da Saúde. (2012). *Plano nacional de saúde 2012-2016*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde;
- Neves, Maria do Céu Patrão; Pacheco, Susana (2004). *Para uma Ética da Enfermagem: Desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra;
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido 12/01/2013 Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar %20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf);

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Acedido a 15/02/2012, Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf;

Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice*. 6ª ed. Louis: Mosby Year Book;

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

OMS; MS – Ministério da Saúde (1985). *As Metas da Saúde para Todos*. Lisboa: Artes Gráficas;

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

Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Almedina;

Ponte, J. P. (2006). Estudos de caso em educação matemática. *Bolema*, 25, 105-132. Este artigo é uma versão revista e atualizada de um artigo anterior: Ponte, J. P. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. *Quadrante*, 3(1), 3-18. (republicado com autorização). Acedido a 2013/01/12. Disponível em: <http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/jponte/docs-pt/06Ponte%20%28Estudo%20caso%29.pdf>;

Proot, I. M. et al (2003). Vulnerability of family in terminal palliative care at home; balancing between burden and capacity. *Res-Publica: Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 17:2 (2003) p. 113-121. Acedido a 2012/10/12. Disponível em: <http://online.library.wiley.com/doi/10.1046/j.1471-6712.2003.00220.x/pdf>;

Relvas, Ana Paula (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto. Afrontamento;

Regulamento N°128/2011. D.R. II SÉRIE. N° 35 (2011-02-18). p.8667-8669;

São José; Wall, K. (2006). Trabalhar e cuidar de um Idoso dependente: Problemas e Soluções. *Protecção Social, Cadernos Sociedade e trabalho*, nº7, 2006, p.119-154. Lisboa. MTSS/DGEEP. Acedido a 2013/11/12. Disponível em: <http://www.ics.ul.pt/rdonweb-docs/Karin%20Wall%202006%20-%20n%C2%BA1.pdf>;

Sequeira, Carlos (2010). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental*. Lisboa e Porto: Lidel;

Stanhope, M.: Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: Promoção da Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures; Lusodidacta;

Stanhope, M.: Lancaster, J. (2011). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Loures: Lusodidacta;

Vara, Lidia Rosa Alexandre (1996). Relação de ajuda à criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de pediatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 3º Trimestre, Nº1 p.5-53.Cacém;

Vaz Serra, A. (1999). *O Stress na Vida de Todos os Dias*. Coimbra: Edição do Autor;

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

WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneve: WHO,European Regional Office. Acedido a 2013/01/12. Disponível em: http://www.who.int/healthsystems/topics/delivery/technical_brief_ehp.pdf.

ANEXOS

ANEXO 1

Escala de Sobrecarga do Cuidador (ESC)

DATA: _____

Nº _____

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

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

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

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

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Cronograma

Etapa do Planeamento em Saúde	Actividades	2012													
		Maio			Junho			Julho							
		14 20	21 27	28 3	4 10	11 17	18 24	25 1	2 8	9 15	16 22	23 29			
Diagnóstico de Situação	Integração na UCC														
	Seleção de amostra														
	Seleção e construção dos instrumentos de colheita de dados														
	Aplicação do instrumento de colheita de dados														
	Análise dos dados														

Etapa do Planeamento em Saúde	Actividades	2012												2013						
		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro			
		1 7	8 14	15 21	22 28	29 4	5 11	12 18	19 25	26 2	3 9	10 16	17 23	24 30	31 6	7 13	14 20	21 27	28 3	4 10
	Apresentação do Diagnóstico de Situação (UCC)														F É R I A S D E N A T A L					
Definição de Prioridades	Aplicação do método de priorização																			
Fixação dos Objectivos																				
Seleção de Estratégias																				
Programação das Intervenções																				
Preparação da Execução																				
Execução																				
Avaliação	Aplicação do Instrumento de Avaliação																			
	Apresentação dos resultados (UCC)																			

APÊNDICE 2

Questionário Sociodemográfico

Questionário de Caracterização Sócio-Demográfica do Cuidador familiar

DATA ___/___/_____

Nº _____

<p>1. Sexo: Feminino..... Masculino.....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<p>10. Qual a distância entre a residência do cuidador e a pessoa a quem presta cuidados? - Coabitação anterior à dependência..... - Coabitação porque o idoso mudou para a residência do cuidador..... - Coabitação porque o cuidador mudou para a residência do idoso..... - Vivem em casas diferentes, mas no mesmo edifício (ou geminadas)..... - Na mesma rua..... - Na mesma cidade..... - Numa localidade diferente até 20 km..... - A mais de 20 quilómetros.....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8
<p>2. Idade: ≤ 29 anos..... Dos 30 a 49 anos..... Dos 50 aos 64 anos..... ≥ a 65 anos.....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<p>11. Há quanto tempo presta cuidados a esta pessoa? ≤ 6 meses..... Entre 6 meses a > 1 ano..... Entre 1 ano a 2 anos..... Entre 3 anos e 5 anos..... Mais de 5 anos.....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<p>3. Estado Civil: Solteiro(a)..... Casado(a)/União de facto..... Viúvo(a)..... Divorciado(a)/Separado(a).....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<p>12. Número de dias semanais de prestação de cuidados: ≥ 1 dia..... Entre 2 e 4 dias..... Entre 5 e 7 dias.....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
<p>4. Número de Pessoas no agregado familiar.....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<p>13. Número de horas diárias de prestação de cuidados: ≤ 4 horas..... Entre 5 a 7 horas..... Entre 8 a 11 horas..... Entre 12 a 15 horas..... Entre 16 a 19 horas..... Entre 20 a 24 horas.....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6
<p>5. Tem filhos a seu cargo? Se sim, quantos?.....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<p>14. Apoio na prestação de cuidados: Partilha os cuidados com algum familiar/amigo? Se sim, com quem?..... Tem apoio da rede formal para além do apoio do Sistema Nacional de Saúde?..... Se sim, qual?.....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
<p>6. Habilitações Literárias: Não frequentou o sistema de ensino formal..... 1º ciclo do ensino básico (4º classe)..... 2º ciclo do ensino básico (5º e 6º anos)..... 3º ciclo do ensino básico (9º ano)..... Ensino Secundário (12º ano)..... Bacharelato (curso médio)..... Licenciatura..... Outro... Qual?.....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8		
<p>7. Situação Profissional: Empregado(a) a tempo inteiro..... Empregado (a) a tempo parcial..... Reformado(a)/Pensionista..... Desempregado(a)..... Estudante..... Outra... Especificar.....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		
<p>8. Profissão(actual ou a última)</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		
<p>9. Grau de parentesco: Cônjuge/Companheiro(a)..... Filho(a)..... Irmão(ã)..... Nora/Genro..... Primo(a)..... Sobrinho(a)..... Outro:.....</p>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7		

APÊNDICE 3

Termo de consentimento livre e informado

Termo de Consentimento Livre e Informado

Sou estudante do 3º Mestrado em Enfermagem e de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um projecto de intervenção na comunidade subordinado ao tema: “A Saúde dos cuidadores familiares de idosos dependentes. Um projeto de intervenção em enfermagem comunitária”

Para a elaboração deste estudo a sua participação é importante para podermos realizar um Diagnóstico de Situação e planear as intervenções enfermagem de acordo com os problemas identificados.

Os dados recolhidos serão guardados de forma confidencial e nenhuma informação será comunicada com a sua identificação pessoal, em todos os questionários será atribuído um código para garantir o anonimato.

Desde de já agradeço a disponibilidade e colaboração.

Ana Margarida Paguia

Consentimento Pós Informação

Eu, (nome completo)

fui esclarecido/a sobre o estudo supracitado, e concordo em colaborar de forma livre e espontânea e permito que a informação recolhida seja utilizada estritamente para a realização deste estudo.

_____, ____ de _____ 20____

Assinatura: _____

APÊNDICE 4

Evolução da população alvo

Evolução da População Alvo

	2012								2013	
	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
1										
2								+		
3										
4			+							
5										
6			+							
7		+								
8		+	+							
9										
10								+		
11										
12										
13									+	
14					+					
15										
16										
17							X			
18					+					
19										
20										
21			+							
22									X	
23										
24										
25							+			
26								+		
27								+		

	activo
+	óbito
X	recusou intervenção
+	internamento em lar

APÊNDICE 5

Convite para a Sessão de Educação para a Saúde
“O cuidador que cuida e que se cuida”



ACES 16 - Saúde e Património



UNIDADE DE CIDADOS NA COMUNIDADE - PENÍNSULA AZUL



Escola Superior de Educação de Vila Rica



Convite

Temos o prazer de convidar a Exma. Sra:

para participar na Sessão de Educação para a Saúde com o tema: *“O familiar que cuida e que se cuida”*

Esta Sessão irá realizar-se no dia 12 de Dezembro, às 14:30 no Centro comunitário de Vanicelos.



ACES 16 - Saúde e Património



UNIDADE DE CIDADOS NA COMUNIDADE - PENÍNSULA AZUL



Escola Superior de Educação de Vila Rica



Convite

Temos o prazer de convidar a Exma. Sra:

para participar na Sessão de Educação para a Saúde com o tema: *“O familiar que cuida e que se cuida”*

Esta Sessão irá realizar-se no dia 12 de Dezembro, às 14:30 no Centro comunitário de Vanicelos.



ACES 16 - Saúde e Património



UNIDADE DE CIDADOS NA COMUNIDADE - PENÍNSULA AZUL



Escola Superior de Educação de Vila Rica



Convite

Temos o prazer de convidar a Exmo. Sr.:

para participar na Sessão de Educação para a Saúde com o tema: *“O familiar que cuida e que se cuida”*

Esta Sessão irá realizar-se no dia 12 de Dezembro, às 14:30 no Centro comunitário de Vanicelos.

APÊNDICE 6

Questionário de satisfação da Sessão de Educação para a Saúde

“O cuidador que cuida e que se cuida”

Sessão de Educação para a Saúde:

“O cuidador que cuida e que se cuida”

Data: 12 de Dezembro de 2012

Local: Centro Comunitário de Vanicelos, Setúbal



Questionário de Satisfação

A sua opinião é importante para nós, e gostaríamos de avaliar o seu grau de satisfação em relação à Sessão de Educação para a Saúde que assistiu. Para tal assinale com uma cruz o quadrado correspondente a cada item de acordo com a escala consoante tenha ficado de Nada Satisfeito a Totalmente Satisfeito.

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

Utilize o espaço abaixo caso deseje deixar algum comentário, crítica ou sugestão:

Obrigado pela colaboração.

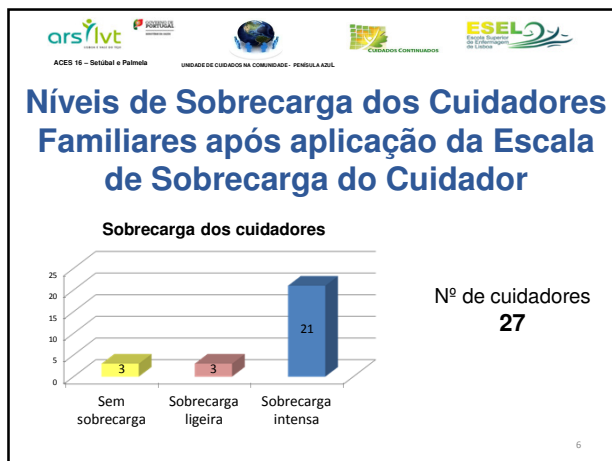
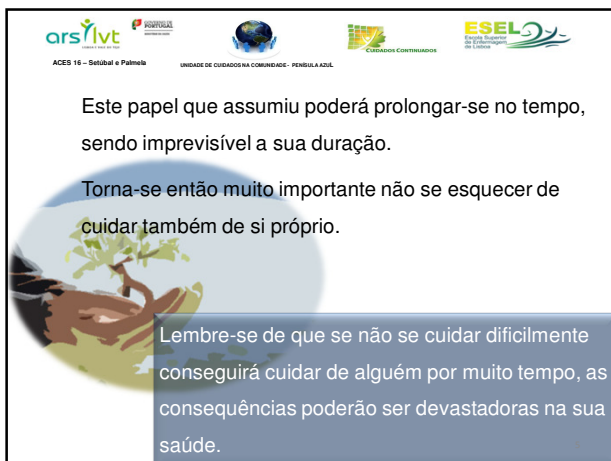
APÊNDICE 7

Plano da Sessão de Educação para a Saúde

“O cuidador que cuida e que se cuida”

Identificação da Acção			
Projecto	A Saúde do Cuidador familiar	Data de início: Data de fim:	01-10-2012 15-02-2013
Tema da sessão:	O cuidador que cuida e que se cuida	Sessão nº: Data:	1 12-12-2012
Formadores:	Enfª Ana Margarida Pagueia Dra. Catarina Amaro Fisioterapeuta Lília Vicente	Horário: Duração:	14:30 1h:30 min.
Objectivos:	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular os cuidadores familiares de idosos dependentes a criarem estratégias para manterem actividades de lazer e descanso; • Capacitar o cuidador familiar para o autocuidado; • Informar acerca dos recursos da comunidade aos cuidadores familiares de Idosos dependentes. 		

Fase	Objectivos específicos	Temas	Recursos didácticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Tempo	Avaliação
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar a sessão e os seus objectivos; - Enquadrar o tema da sessão no contexto geral do projecto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação do tema da sessão e dos seus objectivos; - Enquadramento do tema no contexto geral do projecto. 	Apresentação PowerPoint	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo; - <i>Técnica expositiva.</i> 	5 min	
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular os cuidadores familiares de idosos dependentes a criarem estratégias para manterem actividades de lazer e descanso; • Capacitar o cuidador familiar para o autocuidado; • Informar acerca dos recursos da comunidade aos cuidadores familiares de Idosos dependentes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ser cuidador familiar. 2. O que pode fazer para cuidar de si. 3. Recursos da comunidade. 4. A importância da actividade física 	Apresentação PowerPoint, video	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo; - <i>Técnica expositiva.</i> - Método demonstrativo; - <i>Técnica da demonstração.</i> - Método Activo; - <i>Técnica de exercícios práticos.</i> 	1h 10min	
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a avaliação de satisfação da sessão por parte dos participantes; 	<ul style="list-style-type: none"> - Síntese; - Lanche; - Avaliação final; 	Apresentação PowerPoint	<ul style="list-style-type: none"> - Método expositivo; - <i>Técnica expositiva.</i> - Método interrogativo; - <i>Técnica interrogativa.</i> 	15 min	-Avaliação de satisfação dos participantes.
Alternativas previstas: - Em caso de falha de energia a sessão decorre sem recurso a PowerPoint sendo os conteúdos transmitidos apenas oralmente.						



ars^{iv}lt    





ACES 16 – Setúbal e Palmela UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - FENÍSSULA AZUL CUIDADOS CONTINUADOS

O que pode fazer para cuidar de si?

Existem dicas práticas que o poderão ajudar autocuidar-se e a aliviar a sobrecarga de trabalho, tais como:

↓

7





ars^{iv}lt    

ACES 16 – Setúbal e Palmela UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - FENÍSSULA AZUL CUIDADOS CONTINUADOS

O que pode fazer para cuidar de si?

- Prepare refeições completas para toda a família e mantenha os horários habituais das suas refeições, mesmo que se sinta cansado ou ocupado;
- Quando cozinhar, confeccione o dobro da quantidade que necessita para essa refeição de forma a ficar com uma segunda refeição no congelador, poderá ser muito útil em dias de maior cansaço;

8





ars^{iv}lt    

ACES 16 – Setúbal e Palmela UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - FENÍSSULA AZUL CUIDADOS CONTINUADOS

O que pode fazer para cuidar de si?

- Armazene refeições leves e saudáveis como frutas, queijo, iogurtes e bolachas integrais para as alturas em que está muito ocupado. Lembre-se que necessita de comer;
- Reserve algum tempo para fazer exercício regularmente;
- Mantenha a sua vigilância com as consultas no seu médico de família/assistente;

9





ars^{iv}lt    

ACES 16 – Setúbal e Palmela UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - FENÍSSULA AZUL CUIDADOS CONTINUADOS

O que pode fazer para cuidar de si?

- Nos dias de maior cansaço, organize-se de forma a dormir ao mesmo tempo que o familiar de quem cuida;
- Peça a alguém que o substitua de forma a poder dormir 8 horas seguidas, se tiver dormido muito pouco vários dias seguidos;

10





ars^{iv}lt    

ACES 16 – Setúbal e Palmela UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - FENÍSSULA AZUL CUIDADOS CONTINUADOS

O que pode fazer para cuidar de si?

- É normal que não consiga manter a sua casa tão limpa e arrumada como o habitual, procure desvalorizar essa situação. Nós não somos máquinas e temos de ter consciência que não chegamos a todo o lado;
- Se trabalhar fora de casa pondere a hipótese de pedir uma licença de assistência à família para as alturas de maior cansaço.

11

ars^{iv}lt    

ACES 16 – Setúbal e Palmela UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - FENÍSSULA AZUL CUIDADOS CONTINUADOS

É normal, o sentimento de frustração e desespero, contudo, a forma como é feita a gestão desses sentimentos poderá influenciar o modo como o cuidador lida com o papel que assumiu.

12

arsivlt
ACES 16 - Setúbal e Palmela

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - FENÍSSULA AZUL

CUIDADOS CONTINUADOS

ESEL
Engenharia Superior de Engenharia de Lisboa

Neste sentido, será importante:

Pedir ajuda

- A família ou aos amigos quando se sentir muito sobrecarregado. Estes poderão executar tarefas como cozinhar as refeições, fazer companhia à pessoa dependente ou mesmo tomar conta das crianças;

Pausas

- Aproveitar as oportunidades para fazer pausas, sempre que necessitar, sem se sentir culpado por isso. Estas pausas poderão ser de repouso, de passeio ou de lazer. O importante é que se concentre em algo em seu benefício;

13

arsivlt
ACES 16 - Setúbal e Palmela

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - FENÍSSULA AZUL

CUIDADOS CONTINUADOS

ESEL
Engenharia Superior de Engenharia de Lisboa

Neste sentido, será importante:

Problemas

- Subdividir os problemas grandes para que fiquem mais fáceis de gerir, resolvendo-os de forma gradual;

Objectivos

- Estabelecer objectivos realistas para si próprio, de acordo com o que consegue fazer;

14

arsivlt
ACES 16 - Setúbal e Palmela

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - FENÍSSULA AZUL

CUIDADOS CONTINUADOS

ESEL
Engenharia Superior de Engenharia de Lisboa

Neste sentido, será importante:

Tempo para a família

- Procurar reservar um tempo especial para os outros familiares e amigos, mesmo que esse tempo tenha de ser programado como uma tarefa do seu dia-a-dia

15

arsivlt
ACES 16 - Setúbal e Palmela

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - FENÍSSULA AZUL

CUIDADOS CONTINUADOS

ESEL
Engenharia Superior de Engenharia de Lisboa

Dicas para organizar o seu tempo

1. Perguntar-se **“é mesmo necessário fazer isto?”**
Desta forma poderá reflectir se determinadas actividades são importantes ou se pelo contrário são secundárias;
2. Estabelecer **objectivos realistas** antes de se comprometer com algo, de forma a não se sentir frustrado;

16

arsivlt
ACES 16 - Setúbal e Palmela

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - FENÍSSULA AZUL

CUIDADOS CONTINUADOS

ESEL
Engenharia Superior de Engenharia de Lisboa

Dicas para organizar o seu tempo

3. **Envolver os outros membros da família nos cuidados.** Consultá-los, pedir as suas opiniões e em conjunto definirem de que forma o podem ajudar e incluir esta ajuda no seu plano de vida;
4. Quando possível, envolver o familiar dependente nas decisões;
5. Elaborar um **plano de actividades.**

17

arsivlt
ACES 16 - Setúbal e Palmela

UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - FENÍSSULA AZUL

CUIDADOS CONTINUADOS

ESEL
Engenharia Superior de Engenharia de Lisboa

Como fazer um plano de actividades

1. Fazer uma lista com todas as actividades que se devem realizar;
2. Ordená-las segundo a sua importância, começando pelas mais importantes;
3. Estabelecer para cada tarefa o tempo aproximado que necessita para a realizar;
4. Fazer outra lista com as actividades que gostaria de realizar;

18

Como fazer um plano de actividades

5. Ordená-las de acordo com a importância que têm para o próprio;
6. Anotar para cada actividade o tempo aproximado que necessita para realizá-la;
7. Fazer agora uma lista única com as tarefas que deve realizar e com as actividades que gostaria de realizar, respeitando a ordem de importância que estabeleceu anteriormente;



19

Como fazer um plano de actividades

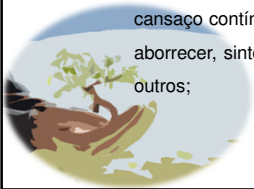
8. Se não houver tempo para todas as tarefas e actividades que tiver listado, poderá adiar para outro momento as que estão nos últimos lugares da lista, e logo que disponha de um tempo extra, gaste-o com elas.



20

Notas finais

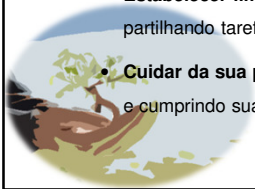
- Os cuidadores que se cuidam estão em melhores condições físicas e psicológicas para manter o seu bem-estar e para continuarem a cuidar o seu familiar;
- Existem sinais específicos que alertam o cuidador para cansaço contínuo, irritabilidade e facilidade para se aborrecer, sintomas físicos, tal como palpitações, entre outros;



21

Notas finais

- São diversas as formas que poderão ajudar o cuidador a cuidar de si mesmo, tais como: **pedir ajuda ou recorrer ao apoio dos recursos existente na comunidade;**
- **Estabelecer limites** à quantidade de cuidados a prestar, partilhando tarefas;
- **Cuidar da sua própria saúde**, não faltando a consultas e cumprindo sua terapêutica habitual;



22

Notas finais

- Fazer actividade física como caminhadas e exercícios diários, uma vez que ajudam a diminuir o cansaço, a tensão e o esgotamento físico e mental, além de melhorar a circulação;
- Saber como lidar com os sentimentos negativos e estabelecer estratégias para controlar o **stress**.



23

E o que faço eu para cuidar de mim?



24

arsivt INSTITUTO ARSIVT CIDADOS CONTRIBUIDORES ESEL

ACES 16 - Setúbal e Palmela UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - PENÍNSULA AZUL



Muito obrigada


25

arsivt INSTITUTO ARSIVT CIDADOS CONTRIBUIDORES ESEL

ACES 16 - Setúbal e Palmela UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE - PENÍNSULA AZUL

Bibliografia

- Macmillan, K., et al.(2005). **Como cuidar dos nossos: um guia prático sobre cuidados em fim de vida: AMARA** ; Escola Superior de Enfermagem de Caluste Gulbenkian. Lisboa.
- Trocóniz. M.(1997). **Cuando las Personas Mayores Necesitan Ayuda (Guía para cuidadores y familiares)**, volume 1 e 2: MINISTERIO DE TRABAJO YASUNTOS SOCIALES. Madrid. Acedido em 06 de Novembro de 2012 em:http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/419_2-mayoresayuda.pdf.



26



UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE – Península Azul

27

APÊNDICE 8

Manual prático de apoio aos cuidadores familiares de idosos dependentes
“O cuidador que cuida e que se cuida”

O FAMILIAR QUE CUIDA

E QUE SE CUIDA



*Manual prático de apoio aos
cuidadores familiares*

*Setúbal
Dezembro de 2012*

1

Índice

1. O CUIDADOR	4
O que pode fazer para cuidar de si?	4
Dicas para organizar o seu tempo	7
Como fazer um plano de actividades	8
Exercícios diários para o cuidador	9
Lembre-se	10
Direitos dos Cuidadores	11
2. OS RECURSOS DA COMUNIDADE	12
NOTAS DO CUIDADOR	12
BIBLIOGRAFIA	12

3

Elaborado por: Ana Margarida Paguia
Aluna do 3º Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Docente Orientadora: Prof. Doutora Maria Manuel Quintela

Co-orientação: Enfermeira Chefe Madalena Mourata

2

1. O CUIDADOR

Cuidar do seu ente querido é gratificante, contudo é igualmente esgotante quer a nível físico quer emocional. Este papel que assumiu poderá prolongar-se no tempo, sendo imprevisível a sua duração. Torna-se então muito importante não se esquecer de cuidar também de si próprio. Lembre-se de que se não se cuidar dificilmente conseguirá cuidar de alguém por muito tempo, as consequências poderão ser devastadoras na sua saúde.

O que pode fazer para cuidar de si?

Quando surge no ambiente familiar uma situação de doença e/ou dependência de um dos membros da mesma, o familiar que assume o papel de cuidador principal, poderá sentir-se tentado a contribuir para a satisfação das necessidades de todas as pessoas à sua volta.

4

Existem dicas práticas que o poderão ajudar auto cuidar-se e a aliviar a sobrecarga de trabalho, tais como:

- ✓ Prepare refeições completas para toda a família e mantenha os horários habituais das suas refeições, mesmo que se sinta cansado ou ocupado;
- ✓ Quando cozinhar, confeccione o dobro da quantidade que necessita para essa refeição de forma a ficar com uma segunda refeição no congelador, **poderá ser muito útil em dias de maior cansaço**;
- ✓ Armazene refeições leves e saudáveis como frutas, queijo, iogurtes e bolachas integrais para as alturas em que está muito ocupado. **Lembre-se que necessita de comer**;
- ✓ Reserve algum tempo para fazer exercício regularmente;
- ✓ Mantenha a sua vigilância com as consultas no seu médico de família/assistente;
- ✓ Nos dias de maior cansaço, organize-se de forma a dormir ao mesmo tempo que o familiar de quem cuida;
- ✓ Peça a alguém que o substitua de forma a poder dormir 8 horas seguidas, **se tiver dormido muito pouco vários dias seguidos**;
- ✓ É normal que não consiga manter a sua casa tão limpa e arrumada como o habitual, procure desvalorizar essa situação. **Nós não somos máquinas e temos de ter consciência que não chegamos a todo o lado**;

5

Dicas para organizar o seu tempo

1. Perguntar-se “*é mesmo necessário fazer isto?*” Desta forma poderá reflectir se determinadas actividades são importantes ou se pelo contrário são secundárias;
2. **Estabelecer objectivos realistas** antes de se comprometer com algo, de forma a não se sentir frustrado;
3. **Envolver os outros membros da família nos cuidados.** Consultá-los, pedir as suas opiniões e em conjunto definirem de que forma o podem ajudar e incluir esta ajuda no seu plano de vida;
4. Quando possível, envolver o familiar dependente nas decisões;
5. Elaborar um **plano de actividades**.



7

- ✓ Se trabalhar fora de casa pondere a hipótese de pedir uma licença de assistência à família para as alturas de maior cansaço.

Cuidar de alguém dependente vai exigir muito do cuidador, tanto mental como fisicamente. É normal, o sentimento de frustração e desespero, contudo, a forma como é feita a gestão desses sentimentos poderá influenciar o modo como o cuidador lida com o papel que assumiu.

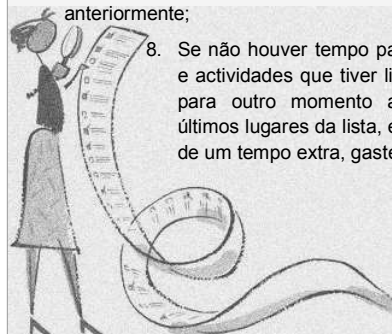
Neste sentido, será importante:

- Pedir ajuda à família ou aos amigos quando se sentir muito sobrecarregado. Estes poderão executar tarefas como cozinhar as refeições, fazer companhia à pessoa dependente ou mesmo tomar conta das crianças;
- Aproveitar as oportunidades para fazer pausas, sempre que necessitar, sem se sentir culpado por isso. Estas pausas poderão ser de repouso, de passeio ou de lazer. O importante é que se concentre em algo em seu benefício;
- Subdividir os problemas grandes para que fiquem mais fáceis de gerir, resolvendo-os de forma gradual;
- Estabelecer objectivos realistas para si próprio, de acordo com o que consegue fazer;
- Procurar reservar um tempo especial para os outros familiares e amigos, mesmo que esse tempo tenha de ser programado como uma tarefa do seu dia-a-dia.

6

Como fazer um plano de actividades

1. Fazer uma lista com todas as actividades que se devem realizar;
2. Ordená-las segundo a sua importância, começando pelas mais importantes;
3. Estabelecer para cada tarefa o tempo aproximado que necessita para a realizar;
4. Fazer outra lista com as actividades que gostaria de realizar;
5. Ordená-las de acordo com a importância que têm para o próprio;
6. Anotar para cada actividade o tempo aproximado que necessita para realizá-la;
7. Fazer agora uma lista única com as tarefas que deve realizar e com as actividades que gostaria de realizar, respeitando a ordem de importância que estabeleceu anteriormente;
8. Se não houver tempo para todas as tarefas e actividades que tiver listado, poderá adiar para outro momento as que estão nos últimos lugares da lista, e logo que disponha de um tempo extra, gaste-o com elas.



8

Exercícios diários para o cuidador

Exercício para a coluna cervical (pescoço):

- Curve 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 outro, como se fosse tocar a orelha no ombro.



Exercício para os ombros:

Enchendo os pulmões de ar, levante os ombros na direcção das orelhas, solte o ar deixando os ombros caírem rapidamente, depois fazendo movimentos circulares, gire os ombros para frente e para trás.

Exercício para os braços:

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



Exercício para o tronco:

Em pé, apoie uma das mãos na cintura, levante o outro braço passando por cima da cabeça, incline lateralmente o corpo. Repita o mesmo movimento com o outro lado.



Exercício para as pernas:

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

9

Lembre-se...

- Os cuidadores que se cuidam estão em melhores condições físicas e psicológicas para manter o seu bem-estar e para continuarem a cuidar o seu familiar;
- Existem sinais específicos que alertam o cuidador para cansaço contínuo, irritabilidade e facilidade para se aborrecer, sintomas físicos, tal como palpitações, entre outros;
- São diversas as formas que poderão ajudar o cuidador a cuidar de si mesmo, tais como: pedir ajuda; recorrer ao apoio dos recursos existente na comunidade;
- Estabelecer limites à quantidade de cuidados a prestar, partilhando tarefas;
- Cuidar da sua própria saúde, não faltando a consultas e cumprindo sua terapêutica habitual;
- Fazer actividade física como caminhadas e exercícios diários, uma vez que ajudam a diminuir o cansaço, a tensão e o esgotamento físico e mental, além de melhorar a circulação;
- Saber como lidar com os sentimentos negativos e estabelecer estratégias para controlar o stress.

10

Direitos dos Cuidadores

- O direito de ter tempo para mim e dedicar-me a actividades em meu próprio benefício, sem sentimentos de culpa;
- O direito de ter sentimentos negativos por ver o meu familiar doente ou por ver que vou perdê-lo;
- O direito de resolver autonomamente os problemas que consigo resolver e o direito de pedir informação acerca do que não compreendo;
- O direito em procurar soluções que se ajustem razoavelmente às minhas necessidades e às do meu familiar dependente;
- O direito de ser tratado com respeito pelas pessoas a quem pedimos conselho e ajuda;
- O direito em errar e ser desculpado;
- O direito em ser reconhecido como um membro valioso e fundamental na nossa família, mesmo quando os meus pontos de vista sejam diferentes dos outros;
- O direito a querer o meu próprio bem e em admitir que faço tudo o que é humanamente possível;
- O direito em aprender e a dispor do tempo necessário para aprender;
- O direito em expressar os seus sentimentos, quer os positivos quer os negativos;
- O direito em dizer NÃO diante exigências inapropriadas, excessivas ou pouco realistas;
- O direito de ter vida própria.

Trocóniz 1997

11

2. OS RECURSOS DA COMUNIDADE

Existem associações na comunidade que poderão apoiá-lo na prestação de cuidados mediante uma taxa ou em regime de voluntariado.

CATI – CENTRO DE APOIO À TERCEIRA IDADE

Quinta da Guia – Estrada das Machadas

2900-393 Setúbal

Contacto: 265 526 957

Serviços:

- Centro de Dia;

- Lar;

- Apoio domiciliário (higiene pessoal, refeições no domicílio, serviço de lavandaria).

Presta serviços na Freguesia da Anunciada.

VENERAVEL ORDEM TERCEIRA – LAR DO CARMO

Rua António Maria Eusébio, nº1

2900- 236 Setúbal

Contacto: 265 547 410

Serviços:

Apoio domiciliário;

Lar;

12

Presta serviços na Freguesia de S. Julião, Santa Maria da Graça, Anunciada e S. Sebastião.

SOCORROS MUTUOS – ASSOCIAÇÃO DE SETÚBAL

Rua Major Afonso Pala, nº63 a 67
2900-199 Setúbal
Contacto: 265 522 226

Serviços:

- Centro de dia;
- Apoio domiciliário;
- Refeitório social;
- Serviços de saúde (consultas médicas, exames, enfermagem, entre outros).

Presta serviços em todas as freguesias da cidade de Setúbal.

CENTRO COMUNITÁRIO DE VANICELOS

Rua Conde Ferreira, nº2
2900-191 Setúbal
Contacto 265 520 990

Serviços:

- Apoio domiciliário;
- Lar;
- Centro de dia;
- Ajudas Técnicas (cadeiras de rodas e camas articuladas, entre outros);
- Serviços de enfermagem e análises laboratoriais.

Presta serviços na Freguesia de S. Julião, Santa Maria da Graça, S. Sebastião e Anunciada. Na valência de lar está disponível a todas as freguesias do concelho.

13

SANTA CASA DA MISERICORDIA

Lar de Idosos Acácio Barradas

Rua Acácio Barradas, 4
2900-197 Setúbal
Contacto:265520957

Centro de Apoio a Idosos Dependentes

Passeio da Misericórdia
2900-096 Setúbal
Contacto: 265 520 950

Lar de Idosos Dr. Paula Borba

Rua Deputado Joaquim Brandão
2900-422 Setúbal

Serviços:

- Apoio Domiciliário (apoio 24h);
- Lar;
- Centro de dia;
- Ajudas técnicas (cadeiras de rodas, camas articuladas, colchões de pressão alternada e andarilhos);
- Clínica de medicina física e de reabilitação.

Presta serviços em todas as freguesias da cidade de Setúbal.

14

Instituto Português do Desporto e Juventude

Direcção Regional de Lisboa e Vale do Tejo - S.D. Setúbal
Largo José Afonso
2900-429 Setúbal
Contacto: 265521200
Mail: mailsetubal@ipdj.pt



Recados e Companhia



É uma rede de solidariedade em que jovens voluntários visitam idosos nos seus domicílios e realizam actividades (jogos, leitura ou “apenas” conversar), pequenos recados e acompanham os idosos nas suas deslocações quando precisam de ir ao médico, ir às compras, passear e realizar pequenas caminhadas.

Como aceder ao voluntariado?

Deverá contactar o Instituto Português do Desporto e Juventude, I.P. ou a Segurança Social do seu distrito de Residência (Lisboa: Loures e Sintra, Porto: Porto e Gaia, Setúbal e Coimbra).

15

Prestações Sociais

Existem algumas prestações sociais de apoio aos idosos com poucos recursos económicos.

PENSÃO SOCIAL DE VELHICE

(última actualização a 17/02/2012)

É um apoio em dinheiro que é pago mensalmente aos cidadãos com mais de 65 anos que não estejam abrangidos por qualquer sistema de protecção social obrigatório ou que não tenham completado o período mínimo de contribuições exigido para a receber uma pensão.

Condições:

- Idade superior a 65 anos;
- Não receber mais de € 167,69 por mês, antes dos descontos;
- Se for um casal, juntos não podem receber mais de €251,53 por mês, antes dos descontos.

Pode acumular esta pensão com:

- Complemento por dependência;
- Complemento solidário para idosos.

Onde pode pedir:

Nos serviços de atendimento da Segurança Social da zona de residência.

16

Junto a esta pensão social de velhice é automaticamente accionado o complemento extraordinário de solidariedade (CES).

COMPLEMENTO SOLIDÁRIO PARA IDOSOS

(última actualização a 10/04/2012)

É um complemento em dinheiro atribuído aos idosos com poucos recursos. É atribuído de forma diferenciada, de acordo com os rendimentos do agregado familiar.



Condições:

- Ter idade \geq 65 anos e ser residente em território nacional;
- Ser pensionista de velhice, sobrevivência ou de pensão equiparada;
- Não reunir as condições de atribuição de pensão social, por não preencher a respectiva condição de recursos.

Pode acumular este complemento com:

- Pensão de Velhice;
- Pensão Social de velhice;
- Complemento por dependência (com o limite máximo correspondente ao valor do 1.º grau);

17

- Aquisição e reparação de próteses dentárias removíveis (até ao limite de €250, por cada 3 anos): 75%.

O programa nacional de promoção da saúde oral permite-lhe aceder **de forma gratuita** às consultas de dentista/estomatologista, através de um **cheque-dentista** que lhe é passado pelo Médico de Família. A cada beneficiário pode ser atribuído, de acordo com as suas necessidades, **dois cheques-dentista** por ano, não podendo o valor anual ultrapassar os € 80,00.

Pode acumular com:

- Complemento Solidário para Idosos;
- Pensão de velhice;
- Pensão Social de Velhice.

COMPLEMENTO POR DEPENDÊNCIA

(última actualização a 02/05/2012)

Apoio mensal em dinheiro dado aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam de ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas de vida quotidiana.

Condições:

- Pessoas que sejam pensionistas (ex. pensão de velhice, pensão de sobrevivência, entre outras);
- Que se encontrem numa situação de dependência reconhecida pelo Sistema de verificação de Incapacidades da Segurança Social.

19

- Benefícios Adicionais de Saúde (os idosos que estejam a receber CSI têm direito a um apoio para a compra de medicamentos, óculos e lentes e dentaduras).

Onde pode pedir:

Nos serviços de atendimento da Segurança Social da zona de residência.

BENEFÍCIOS ADICIONAIS DE SAÚDE

(última actualização a 28/09/2009)

As pessoas que estão a receber o Complemento Solidário para Idosos têm direito a apoios, para reduzir as suas despesas de saúde, no âmbito de dois programas específicos: benefícios adicionais de saúde e o programa nacional de promoção da saúde oral.

Condições:

- Ser beneficiário do CSI;
- Apresentar no Centro de Saúde o documento comprovativo da situação de beneficiário do CSI.

Valores da participação:

- Medicamentos: 50%
- Aquisição de óculos e lentes (até ao limite de €100, por cada dois anos): 75%;

18

Pode acumular esta pensão com:

- Pensão de velhice;
- Pensão social de velhice;

Onde pode pedir:

Nos serviços de atendimento da Segurança Social da zona de residência.

O complemento de dependência é pago juntamente com a pensão que recebe ou vai receber.

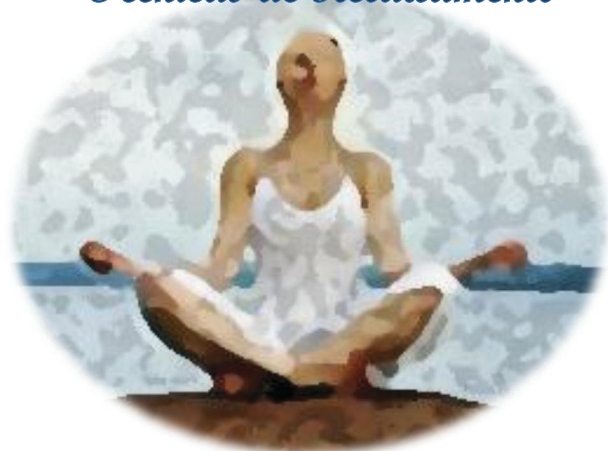
20

APÊNDICE 9

Folheto de apoio à Sessão de Educação para a Saúde

“Técnicas de relaxamento”

Técnicas de Relaxamento



Um folheto de apoio ao cuidador

Janeiro de 2013

Das várias técnicas de relaxamento, duas se destacam pela sua simplicidade e eficácia.

A respiração diafragmática

O relaxamento muscular progressivo

A respiração diafragmática

A maior parte das pessoas não respira de forma suficientemente profunda porque utiliza na respiração apenas a cavidade torácica. Uma forma de respirar utilizando toda a capacidade dos pulmões e permitindo receber cerca de 7 vezes mais oxigénio é a respiração diafragmática.

1

Deite-se de costas, na posição horizontal, num tapete ou no chão. Dobre as pernas. Ponha as mãos no abdómen abaixo do umbigo.

2

Feche a boca e inspire para empurrar o abdómen para fora. Mantenha a respiração, contando até dez. Deixe o abdómen voltar ao normal. Repita 10 vezes. Pode fazer isto deitado ou sentado

A inspiração é activa (vamos buscar o ar); a expiração é passiva (deixamos o ar sair); ambas devem ser executadas com suavidade e lentamente, sendo que a expiração deverá ser mais lenta que a inspiração.

Quando o abdómen aumenta de volume, está-se a inspirar; quando se relaxa, o abdómen diminui de volume, está-se a expirar.

A respiração diafragmática é muito relaxante. Muitas pessoas consideram que, ao fazê-la à noite, na cama, adormecem mais rapidamente. Em alturas de stress, consegue-se relaxar respirando fundo.

O Relaxamento

De acordo com Fontana (2002):

O relaxamento cria um espaço para fazermos uma auto-avaliação, para tomarmos consciência da forma como respiramos, do bem-estar, ou do mal-estar a que estamos sujeitos com a nossa forma habitual de estar e pensar.

Esta tomada de consciência conduz, muitas vezes à resolução de problemas interiores, bem como à mudança da estrutura do pensamento.

Benefícios do Relaxamento

- Maior equilíbrio;
- Maior controlo da dor;
- Diminuição da agressividade;
- Bem-estar emocional;
- Aumento da vitalidade;
- Maior tranquilidade;
- Maior capacidade de auto controlo;

(Dias, 2007)

O relaxamento poderá ajudar o indivíduo a desenvolver “diálogos internos” mais coerentes e ajustados, uma vez que reduz a ansiedade no que diz respeito a determinados contextos.

O relaxamento deve ser realizado num local tranquilo, sem ruídos. É aconselhável que o ambiente esteja ligeiramente escurecido. Poderá ser praticado numa cama ou numa cadeira cómoda.

(Serra, 1999)

O relaxamento muscular progressivo

Esta técnica de relaxamento consiste, em primeiro lugar, na contração dos principais grupos de músculos e, logo de seguida, na descontração, isto é, o relaxamento dos mesmos, um de cada vez e progressivamente.

A utilização desta técnica permite-nos aprender a contrair e a descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo. Conseguimos apercebermo-nos das diferentes sensações que acompanham a tensão e o relaxamento.

16 Grupos Musculares

1. Mão e antebraço direitos	2. Braço direito	3. Mão e antebraço esquerdos	4. Braço esquerdo
5. Testa e parte superior da face	6. Parte central da face (parte superior das bochechas e nariz)	7. Parte inferior da face (parte inferior das bochechas, boca e queixo)	8. Pescoço
9. Peito, ombros e parte superior das costas	10. Abdómen	11. Coxa direita	12. Barriga da perna direita
13. Pé direito	14. Coxa esquerda	15. Barriga da perna esquerda	16. Pé esquerdo

Bibliografia:

- Dias, M., I. (2007). O treino de relaxamento como potenciador de sucesso educativo em jovens do 3.º ciclo, Dissertação de mestrado, Coimbra, 110-119.

- Meditation and Muscle Relaxation, S. Cormier & B. Cormier; Relaxation Training, Goldfried & Davidson; Instruções do Treino de Relaxamento Progressivo, Bernstein & Borkovec, traduzido e adaptado por Catarina Dias, Psicóloga do Gapsi, in: <http://groups.ist.utl.pt/unidades/tutorado/files/Relaxamento.pdf>.

- Serra, A., V. (1999). O stress na vida de todos os dias. Coimbra: Gráfica de Coimbra;

Elaborado por: Ana Margarida Pagaia

Aluna do 3º Mestrado em Enfermagem e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

APÊNDICE 10

Convite para a Sessão de Educação para a Saúde
“Técnicas de relaxamento”



ACES da Arrábida

UNIDADE DE CIDADOS NA COMUNIDADE - PENÍNSULA AZUL

Convite

Temos o prazer de convidar a Exmo/a Sr.(a) para participar na Sessão de Educação para a Saúde com o tema:

“Técnicas de Relaxamento”

Esta Sessão irá realizar-se no dia 10 de Janeiro, às 14:30 no CATI – Centro de apoio à terceira idade em Setúbal.



ACES da Arrábida

UNIDADE DE CIDADOS NA COMUNIDADE - PENÍNSULA AZUL

Convite

Temos o prazer de convidar a Exmo/a Sr.(a) para participar na Sessão de Educação para a Saúde com o tema:

“Técnicas de Relaxamento”

Esta Sessão irá realizar-se no dia 10 de Janeiro, às 14:30 no CATI – Centro de apoio à terceira idade em Setúbal.



ACES da Arrábida

UNIDADE DE CIDADOS NA COMUNIDADE - PENÍNSULA AZUL

Convite

Temos o prazer de convidar a Exmo/a Sr.(a) para participar na Sessão de Educação para a Saúde com o tema:

“Técnicas de Relaxamento”

Esta Sessão irá realizar-se no dia 10 de Janeiro, às 14:30 no CATI – Centro de apoio à terceira idade em Setúbal.



APÊNDICE 11

Questionário de satisfação da Sessão de Educação para a Saúde

“Técnicas de relaxamento”

Sessão de Educação para a Saúde:

“Técnicas de Relaxamento”

Data: 10 de Janeiro de 2013

Local: CATI, Centro de apoio à Terceira Idade, Setúbal

Formador: En^ª Ana Margarida Páguia



Questionário de Satisfação

A sua opinião é importante para nós, e gostaríamos de avaliar o seu grau de satisfação em relação à Sessão de Educação para a Saúde que assistiu. Para tal assinale com uma cruz o quadrado correspondente a cada item de acordo com a escala consoante tenha ficado de Nada Satisfeito a Totalmente Satisfeito.

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

Utilize o espaço abaixo caso deseje deixar algum comentário, crítica ou sugestão:

Obrigado pela colaboração.

APÊNDICE 12

Plano da Sessão de Educação para a Saúde

“Técnicas de Relaxamento”

Identificação da Acção			
Projecto	A Saúde do Cuidador familiar	Data de início:	01-10-2012
		Data de fim:	15-02-2013
Tema da sessão:	Técnicas de Relaxamento	Sessão nº:	2
		Data:	10-01-2013
Formador:	Enfª Ana Margarida Paguia	Horário:	14:00
		Duração:	45 min.
Objectivos:	Capacitar os cuidadores para utilizarem técnicas de relaxamento como uma estratégia de autocuidado		
Materiais e Equipamentos a Utilizar	Pc, videoprojector e colchões.		

Fase	Objectivos específicos	Temas	Recursos didácticos	Métodos e técnicas pedagógicas	Tempo	Avaliação
Introdução	- Apresentar a sessão e os seus objectivos; - Validar os pré-requisitos e conhecimentos prévios acerca da temática; - Enquadrar o tema da sessão no contexto geral do projecto.	- Apresentação do tema da sessão e dos seus objectivos; - Validação dos pré-requisitos e de conhecimentos prévios; - Enquadramento do tema no contexto geral do projecto.	Apresentação PowerPoint	- Método expositivo; - <i>Técnica expositiva.</i> - Método Interrogativo; - <i>Técnica interrogativa</i> com formulação de perguntas para diagnosticar conhecimentos prévios e validar os pré-requisitos.	3 min	- Avaliação Diagnóstica dos pré-requisitos oralmente com os participantes;
Desenvolvimento	- Capacitar os cuidadores para utilizarem técnicas de relaxamento como uma estratégia de autocuidado.	1. O Relaxamento; 2. Vantagens da sua utilização; 3. Respiração Diafragmática; 4. Relaxamento muscular progressivo; 5. Treino.	Apresentação PowerPoint.	- Método expositivo; - <i>Técnica expositiva.</i> - Método demonstrativo; - <i>Técnica da demonstração.</i> - Método Activo; - <i>Técnica de exercícios práticos.</i>	30min	
Conclusão	- Realizar a avaliação de satisfação da sessão por parte dos participantes;	- Síntese; - Lanche; - Avaliação final;	Apresentação PowerPoint	- Método expositivo; - <i>Técnica expositiva.</i> - Método interrogativo; - <i>Técnica interrogativa.</i>	12 min	-Avaliação de satisfação dos participantes.
Alternativas previstas: - Em caso de falha de energia a sessão decorre sem recurso a PowerPoint sendo os conteúdos transmitidos apenas oralmente.						



Técnicas de Relaxamento

Setúbal
10 de Janeiro de 2013

Enf^a Ana Margarida Pagaia
3^o Mestrado em Enfermagem, Área de
Especialização em Enfermagem Comunitária

SUMÁRIO

1. O Relaxamento
2. Benefícios do relaxamento
3. Respiração diafragmática
4. Relaxamento muscular progressivo
5. Treino

O Relaxamento

De acordo com Fontana (2002):

O relaxamento cria um espaço para fazermos uma auto-avaliação, para tomarmos consciência da forma como respiramos, do bem-estar, ou do mal-estar a que estamos sujeitos com a nossa forma habitual de estar e pensar.

Esta tomada de consciência conduz, muitas vezes à resolução de problemas interiores, bem como à mudança da estrutura do pensamento.

Relaxamento

O relaxamento poderá ajudar o indivíduo a desenvolver “diálogos internos” mais coerentes e ajustados, uma vez que reduz a ansiedade no que diz respeito a determinados contextos.

Serra, 1999

Benefícios do Relaxamento

- Maior equilíbrio;
- Maior controlo da dor;
- Diminuição da agressividade;
- Bem-estar emocional;
- Aumento da vitalidade;
- Maior tranquilidade;
- Maior capacidade de auto controlo;

(Dias, 2007)



O Relaxamento

O relaxamento deve ser realizado num local tranquilo, sem ruídos. É aconselhável que o ambiente esteja ligeiramente escurecido. Poderá ser praticado numa cama ou numa cadeira cómoda. (Serra, 1999).





O Relaxamento



Das várias técnicas de relaxamento, duas destacam-se pela sua simplicidade e eficácia.

A respiração diafragmática	O relaxamento muscular progressivo
----------------------------	------------------------------------



A Respiração diafragmática



A maior parte das pessoas não respira de forma suficientemente profunda porque utiliza na respiração apenas a cavidade torácica. Uma forma de respirar utilizando toda a capacidade dos pulmões e permitindo receber cerca de 7 vezes mais oxigénio é a respiração diafragmática.




A Respiração diafragmática




Deite-se de costas, na posição horizontal, num tapete ou no chão. Dobre as pernas. Ponha as mãos no abdómen abaixo do umbigo.

Feche a boca e inspire para empurrar o abdómen para fora. Mantenha a respiração, contando até dez. Deixe o abdómen voltar ao normal.





A Respiração diafragmática




A inspiração é activa (vamos buscar o ar); a expiração é passiva (deixamos o ar sair); ambas devem ser executadas com suavidade e lentamente, sendo que a expiração deverá ser mais lenta que a inspiração.


Quando o abdómen aumenta de volume, está-se a inspirar; quando se relaxa, o abdómen diminui de volume, está-se a expirar. Pode fazer isto deitado ou sentado.



A Respiração diafragmática

A respiração diafragmática é muito relaxante. Muitas pessoas consideram que, ao fazê-la à noite, na cama, adormecem mais rapidamente. Em alturas de stress, consegue-se relaxar respirando fundo.





O Relaxamento muscular progressivo

Esta técnica de relaxamento consiste, em primeiro lugar, na contracção dos principais grupos de músculos e, logo de seguida, na descontração, isto é, o relaxamento dos mesmos, um de cada vez e progressivamente.


Aproveita-se nesta técnica o relaxamento natural que acontece depois de uma tensão forte no músculo.





O Relaxamento muscular progressivo

A utilização desta técnica permite-nos aprender a contrair e a descontrair vários grupos de músculos em todo o corpo. Conseguimos apercebermo-nos das diferentes sensações que acompanham a tensão e o relaxamento.







O Relaxamento muscular progressivo



1. A tensão produzida deve corresponder a cerca de 3/4 da tensão potencial (ou seja, não é aconselhável produzir toda a tensão possível);
2. É fundamental libertar a tensão imediatamente após a auto-instrução para o fazer, de modo a fazê-lo de forma rápida e total;
3. É importante certificar-se de que cada grupo muscular fica tão descontraído como os restantes;



O Relaxamento muscular progressivo



4. Depois de se ter relaxado um grupo muscular, não se volta a produzir tensão nesse grupo;
5. Procure não pensar em nada, excepto nas sensações produzidas e, essencialmente, desfrutar das sensações agradáveis que acompanham o relaxamento.



Relaxar é como qualquer outra aptidão que se aprende.

(O'Donohue, W., Fisher & Hayes, 2003)



Muito Obrigada pela sua presença.

APÊNDICE 13

Cartão do Cuidador



arsivt
ARSA INVESTIGACAO

GOVERNO DE PORTUGAL

ACES de Amábida
UCC – Península Azul

Cartão do cuidador
Enfermeiro Gestor de Caso:



arsivt
ARSA INVESTIGACAO

GOVERNO DE PORTUGAL

ACES de Amábida
UCC – Península Azul

Cartão do cuidador
Enfermeiro Gestor de Caso:

Horário de atendimento:

2ª a 6ª Feira
9:00h – 13:00h
14:00h – 17:00 h

Contacto:

265 547 730

Horário de atendimento:

2ª a 6ª Feira
9:00h – 13:00h
14:00h – 17:00 h

Contacto:

265 547 730

APÊNDICE 14

Autorização ao conselho executivo do ACES da Arrábida
para a divulgação dos resultados

Ana Margarida Seródio Mourinho Pagueia
Praceta Sertório Pereira nº5 R/C esq
2900-642 Setúbal

Exmo. Sr. Director Executivo
do ACES da Arrábida
Dr. Lourenço Braga

Ana Margarida Seródio Mourinho Pagueia, Enfermeira, actualmente a frequentar a 3ª Edição do Mestrado em Enfermagem e de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do desenvolvimento do seu projecto de intervenção na comunidade desenvolvido durante o estágio na UCC de Setúbal do ACES da Arrábida, solicita a Vossa Ex.ª divulgação dos resultados obtidos apenas, para fins académicos

O estudo realizado intitula-se "A saúde dos cuidadores familiares, um projecto de Intervenção em Enfermagem Comunitária" e teve por finalidade avaliar a sobrecarga dos cuidadores familiares dos idosos dependentes inscritos na UCC de Setúbal e desenvolver um projecto de intervenção comunitária nesse âmbito. Este projecto teve como metodologia o planeamento em saúde e todos os dados obtidos serão utilizados e divulgados apenas no âmbito académico.

Agradece desde já a atenção dispensada a este pedido de autorização

Pede deferimento

Ana Margarida Pagueia

Setúbal, 20 de Agosto de 2013

1
A Comissão de
e.C.S.

24/09/2013

Lourenço Braga
Diretor Executivo

para a autoridade

21.8.10.17

Jaime Brito da Torre

Jaime Brito da Torre
Presidente do Conselho Clínico e da Saúde
ACES da Arrábida