



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Comunitária

**CAPACITAR O CUIDADOR FAMILIAR
PARA GERIR AS DIFICULDADES DO CUIDAR EM CASA
A PESSOA EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA**

Ana Isabel Batalha Bicho

2012





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização Enfermagem Comunitária

**CAPACITAR O CUIDADOR FAMILIAR
PARA GERIR AS DIFICULDADES DO CUIDAR EM CASA
A PESSOA EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA**

**Relatório de Estágio orientado por:
Prof. Elisa Maria Bernardo Garcia**

Ana Isabel Batalha Bicho

Lisboa

2012



AGRADECIMENTOS

À Professora Elisa, pelo saber imenso que não hesita em partilhar, pelo estímulo constante que sabe dar, pela enorme capacidade de “ensinar a pescar”. Obrigado Professora, com o desejo explícito que nunca se reforme.

À Enfermeira Maria da Luz, luz que iluminou o meu caminho pela senda da comunidade e de uma realidade de cuidados para mim até então desconhecida. Pelo exemplo na relação com a pessoa assistida e a família, pelo apoio, pelos conselhos e orientações. Pela boa disposição e ausência de esmorecimento, obrigado Luz.

Aos Cuidadores Familiares, pelo papel que desempenham, por me terem recebido de “braços abertos”, porque tudo o que partilham é uma mais-valia que nos possibilita compreender e projetar melhores cuidados de Saúde. Obrigado por serem assim.

À equipa da ECCI, principalmente aos enfermeiros com quem tive o privilégio de trabalhar, que comigo partilharam o seu conhecimento e experiência e me ajudaram a estabelecer laços com as famílias.

À “minha” equipa, pelas inúmeras vezes que me ouviram e aturaram, pelo apoio constante que sempre dão, pela aprendizagem constante que é o trabalhar lado a lado com vocês, viver o que vivemos e tentar andar sempre para a frente. Obrigado por me ensinarem a ser enfermeira, a trabalhar em equipa, a ser alguém que tenta ir mais longe.

Pai e Mãe, por sermos uma família em que cuidamos uns dos outros, mais vocês de nós que ao contrário. Por tudo!

Amets e Oriane e Enara que vem aí, por existirmos todos juntos! Pela felicidade que é ter-vos e a força inabalável que isso me dá!

RESUMO

Numa sociedade caracterizada pelo envelhecimento progressivo da população e consequente transferência dos cuidados de Saúde do Sistema de Saúde para a família, o Cuidador Familiar assume uma responsabilidade ampla, tendo de lidar com as necessidades da pessoa com dependência, assim como gerir as pressões decorrentes do papel de cuidador.

Uma situação de doença prolongada de um familiar representa uma situação geradora de *stress*, pelas dificuldades que daí advém. Os cuidadores familiares frequentemente subordinam as suas necessidades às necessidades da pessoa cuidada, com aumento dos índices de morbilidade e mortalidade, revelando-se uma sub-população vulnerável.

Nesta perspetiva, este projeto, realizado na ECCI Mafra com 30 Cuidadores Familiares, teve como finalidade contribuir para a capacitação do cuidador familiar da pessoa em situação de dependência, na gestão das dificuldades do cuidar em casa. Desenvolveu-se com base na Metodologia do Planeamento em Saúde de acordo com Imperatori e Giraldes e na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

Para o diagnóstico de situação recorreu-se ao Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador, na versão de Sequeira, 2007. Como resultados, as dimensões que evidenciaram maiores índices de dificuldade foram as “Exigências do Cuidar”, as “Restrições Sociais” e as “Reações ao Cuidar”.

Procurando-se a maximização do potencial de saúde dos CF através da capacitação para gerir as dificuldades de cuidar em casa, este processo teve como estratégia principal a Educação para a Saúde, com diminuição dos índices de dificuldade do grupo.

A realização deste projeto permitiu contribuir para a capacitação dos Cuidadores Familiares na gestão das dificuldades do cuidar em casa a pessoa em situação de dependência, assim como para o desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem Comunitária.

Palavras-Chave: Cuidadores Familiares, dificuldades, capacitação, Enfermagem Comunitária.

ABSTRACT

In a society that is characterized by the progressive aging of the population and the consequent transfer of care from the Health System to the family, the family caregiver has a broad responsibility, dealing with the needs arising from the activities of daily living and instrumental activities of daily living, provision of emotional support and management of pressures from the caregiver role.

A prolonged illness of a family member represents a generator of stress, by the difficulties that it poses. Characterized by a lifestyle in which subordinate their needs to the needs of the person cared for, the family caregiver represents a vulnerable group of the population, with higher risk of mobility and mortality.

In this perspective, this project, carried out in the ECCI Mafra with 30 Family Caregivers, aimed to contribute to the empowerment of the family caregiver of the person in a situation of dependency, in the management of difficulties of home care. It was developed based on the Planning Health Methodology according Imperatori and Giraldes, and as nursing theoretical framework was chose the Neuman's System Model.

For the diagnosis of the situation appealed to the Index of Carer's Assessment of Difficulties, according Sequeira. As results we noticed that the dimensions with the highest rates of difficulty were the "Requirements of Care", followed by "Social Constrains" and "Reactions to Caring".

Attempting to maximize the health potential of family caregiver by the empowerment to manage the difficulties of caring at home, this project has as its primary strategy Health Education group, with a decrease of the rates of difficulty of the group.

This project allowed contributing to the empowerment of Family Caregivers in the management of difficulties of caring the person in a situation of dependency at home, as well for the development of specialized skills in the Community Nursing.

Key-words: Family Caregiver, difficulties, empowerment, Community Nursing.

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	12
1. FOCO DE INTERVENÇÃO	14
1.1. O Cuidador Familiar	15
1.1.1. Dificuldades do Cuidador Familiar	17
1.2. Enfermagem Comunitária e a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman	19
2. METODOLOGIA	22
2.1. Diagnóstico de Situação	22
2.1.1. Seleção da população e amostra	23
2.1.2. Método e instrumentos de colheita de dados	23
2.1.3. Tratamento de dados e resultados	24
2.1.4. Diagnósticos de Enfermagem	30
2.2. Identificação de prioridades	31
2.3. Fixação de objetivos	33
2.4. Seleção de estratégias	34
2.5. Elaboração de programas e projetos	36
2.6. Avaliação	41
2.7. Considerações éticas	46
2.8. Limitações e constrangimentos	47
3. CONCLUSÃO	49
3.1. Implicações para a prática	49
3.2. Desenvolvimento de competências na área de Especialidade em Enfermagem Comunitária	50
3.3. Considerações finais	51
4. REFERÊNCIAS	53
APÊNDICES	61
ANEXOS	130

ÍNDICE DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma de Projeto (previsto e reformulado)

APÊNDICE II - Guia de observação da reunião do Diagnóstico Social da Freguesia de Mafra e Sobral da Abelheira

APÊNDICE III – Guião de entrevista à Enfermeira responsável pela ECCI Mafra

APÊNDICE IV – Questionário de Avaliação Sócio-Demográfica

APÊNDICE V – Autorização para aplicação do CADI

APÊNDICE VI - Fluxograma de constituição da amostra

APÊNDICE VII – Resultados da aplicação do instrumento de colheita de dados

APÊNDICE VIII – Determinação de prioridades

APÊNDICE IX – Planeamento de Atividades e Indicadores

APÊNDICE X – Logótipo do projeto de intervenção comunitária

APÊNDICE XI – Plano de Sessão “Projeto de Intervenção Comunitária”

APÊNDICE XII – Plano de Sessão “Diagnóstico de situação”

APÊNDICE XIII – Plano de Sessão “Ai as minhas costas!”

APÊNDICE XIV – Plano de Sessão “Cuidar de mim”

APÊNDICE XV – Capítulo do Portfolio do CF “Ai as minhas costas!”

APÊNDICE XVI – Capítulo do Portfolio do CF “Cuidar de mim”

APÊNDICE XVII – Folheto ECCI

APÊNDICE XVIII – Instrumento de avaliação do impacto da intervenção

APÊNDICE XIX – Consentimento informado para participação no Projeto de Intervenção Comunitária

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO I – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

ANEXO II – Índice de Katz

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Dimensões do CADI	29
--------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização da estrutura básica	27
Tabela 2 – Caracterização da estrutura básica (experiência como CF)	28
Tabela 3 – Diagnósticos de Enfermagem	30
Tabela 4 – Relação entre a amplitude do diagnóstico de Enfermagem e o número de CF	31
Tabela 5 – Determinação de prioridades	32
Tabela 6 – Relação entre objetivo geral, objetivos específicos e metas	34
Tabela 7 – Avaliação por atividade e indicadores	41

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Relação entre as etapas do Planejamento em Saúde: do diagnóstico às atividades	38
--	----

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde

CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

CF – Cuidador Familiar da pessoa em situação de dependência para o autocuidado, no domicílio

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CLASM – Centro Local de Ação Social de Mafra

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CMM – Câmara Municipal de Mafra

CSM – Centro de Saúde de Mafra

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DR – Diário da República

EC – Exigências do cuidar

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Enf.^a - Enfermeira

ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICN – International Council of Nurses

INE – Instituto Nacional de Estatística

LME – Lesão músculo-esquelética

LND – Linha Normal de Defesa

Min - Minutos

N.º - Número

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association

NIC – Nursing Interventions Classification

NOC – Nursing Outcomes Classification

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPSS – Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

RC – Reações ao cuidar

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RS – Restrições Sociais

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UMCCI - Unidade Missão para os Cuidados Continuados Integrados

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é uma realidade dos países ocidentais (Björnsdóttir, 2002). Portugal acompanha esta tendência, com os dados estatísticos a apontarem o envelhecimento da população, através do aumento do número de idosos e do índice de dependência de idosos (pordata online)¹. Das pessoas com mais de 65 anos, 41% tem mais de 75 anos e 20,9% tem mais de 80. Os últimos anos de vida são, muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade. Num estudo, das pessoas entrevistadas com 65 e mais anos, 12% declararam precisar de ajuda para o exercício de atividades de vida diária e 8% declararam ter sofrido algum acidente no último ano (DGS, 2004).

Com internamentos progressivamente mais curtos, o Plano Nacional de Saúde 2011-16 defende a integração e continuidade de cuidados como estratégias que permitem simultaneamente a qualidade e sustentabilidade dos cuidados de saúde (Dias e Queirós, 2010). Em Portugal assistimos já a algumas iniciativas com o objetivo de integrar cuidados de saúde, e esta é uma preocupação patente na legislação e nas políticas de saúde, demonstrado pela constituição da UMCCI e RNCCI. Dentro dos objetivos definidos pela UMCCI refere-se “o apoio aos familiares ou prestadores informais, na respetiva qualificação e na prestação de cuidados” (UMCCI, 2011, p.8).

A referência aos familiares prestadores de cuidados justifica-se na medida em que a tradição cultural portuguesa responsabiliza a família pelo cuidar dos elementos mais idosos na satisfação das atividades de vida diária (Araújo, Paul, Martins, 2009), sendo esta responsabilidade assumida frequentemente por um elemento - o cuidador familiar (Sequeira, 2007), em cujo papel têm sido identificadas algumas dificuldades. As dificuldades referidas pelos cuidadores familiares relacionam-se com a gestão das necessidades de cuidados da pessoa com dependência; com a reação da pessoa à situação de dependência; com o apoio profissional; e com a satisfação das suas próprias necessidades. Como tal, ao desempenho como cuidador familiar tem-se associado uma maior prevalência de fenómenos de *stress* e sobrecarga (Martins, Pais Ribeiro, Garrett, 2003).

¹ Dados retirados do site www.pordata.pt, no subtema População, acedido em 15/01/2011.

O grupo dos cuidadores familiares constitui-se como foco de atenção para a Enfermagem Comunitária, que tem como competência específica a capacitação de grupos vulneráveis (OE, 2010).

Neste contexto, na Unidade Curricular Estágio com Relatório do 2º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária da ESEL, surgiu o projeto de intervenção comunitária: **“Capacitar o cuidador familiar para gerir as dificuldades do cuidar em casa, a pessoa em situação de dependência”**, com foco de intervenção nas “Dificuldades do cuidador familiar da pessoa em situação de dependência”.

O estágio teve lugar no ACES VIII Sintra-Mafra, na UCC Mafra, integrando-se na estratégia delineada pela UCC no seu Plano de Ação: “capacitar os cuidadores informais na prestação de cuidados às pessoas dependentes” (Baião e Rodrigues, 2010, p.43). Teve como finalidade contribuir para a capacitação do cuidador familiar da pessoa em situação de dependência, na gestão das dificuldades do cuidar em casa.

Como objetivo geral procurou-se promover a capacitação dos cuidadores familiares para gerirem as dificuldades do cuidar em casa a pessoa em situação de dependência, e para a sua consecução utilizou-se a metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1986), de acordo com o proposto pela OE. Suportou-se também na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman (Neuman, 2011).

Este relatório procura descrever, analisar e avaliar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio. O primeiro capítulo descreve a conceptualização do foco de intervenção, sua contextualização, caracterização e abordagem de Enfermagem Comunitária. O segundo capítulo aborda a implementação do projeto de intervenção comunitária norteado pelas etapas da metodologia do Planeamento em Saúde. Neste capítulo incluem-se a reflexão sobre a dimensão ética que acompanha o projeto e sobre as limitações sentidas no seu decurso. O terceiro capítulo descreve a reflexão sobre o percurso e as competências desenvolvidas, tecendo as considerações finais. O quarto capítulo apresenta as referências, de acordo com o Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Bibliografias e Citações (ESEL, 2011).

1. FOCO DE INTERVENÇÃO

O Relatório primavera 2011 (OPSS, 2011) identifica que Portugal é um país em acelerado processo de envelhecimento, pela ocorrência simultânea do aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de natalidade. A esperança média de vida à nascença dos portugueses é de 78,9 anos, sendo que o sexo masculino apresenta menor esperança média de vida (75,8 anos) que o sexo feminino (81,8 anos)². Esta realidade leva ao aumento dos indicadores de envelhecimento, quase 5 vezes maior em 2001 que em 1960; assim como ao aumento do índice de longevidade.

Também a estrutura familiar tem sofrido alterações, com diminuição da dimensão média das famílias³. Na população com mais de 65 anos (1693493 em 2001), 321054 pertencem à classe das famílias unipessoais (vivem sozinhos)⁴. (pordata online) O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2004) refere que 52% das pessoas idosas inquiridas referiram viver apenas com uma pessoa, e 12% verbalizaram isolamento.

Concomitante ao envelhecimento da população, um relatório de 2001 da OMS alerta para o aumento das doenças crónicas, associado a uma limitação da capacidade funcional que conduz à dependência (Harwood et al, referido por Pereira e Filgueiras, 2009). Em 2006, com a missão de prestar os cuidados adequados a todas as pessoas que se encontrem em situação de dependência (UMCCI, 2011), foi criada pelo Decreto-Lei n.º101 de 6 de junho de 2006 a RNCCI:

“formada por um conjunto de instituições públicas e privadas, que prestam cuidados continuados de saúde e de apoio social. Estas novas respostas promovem a continuidade de cuidados de forma integrada a pessoas em situação de dependência e com perda de autonomia. São objetivos da RNCCI a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma continuada e integrada a pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência. Os Cuidados Continuados Integrados estão centrados na recuperação global da pessoa, promovendo a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade, no âmbito da situação de dependência em que se encontra.”⁵

Neste contexto, a (pessoa com) dependência é entendida como:

² Dados retirados do site www.pordata.pt, no subtema População, acedido em 15/01/2011.

³ Dados retirados do site http://www.ine.pt/scripts/flex_v10/Main.html, acedido em 12/07/2011.

⁴ Dados retirados do site www.pordata.pt, no subtema População, acedido em 15/01/2011.

⁵ Dados retirados do site <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/Paginas/ARede.aspx>, acedido em 18/01/2011.

“a 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 atividades da vida diária” (DR 1ª Série A, 101 (06/06/06), p. 3557)

Para Salgueiro (referido por Pinto, Brites e Carranca, 2010), o conceito de dependência pode entender-se como a incapacidade de ser autossuficiente na realização de tarefas, com a necessidade de supervisão ou substituição nas atividades de vida diária. Para este projeto adotou-se a definição de dependência da CIPE: “um fenómeno de enfermagem com as seguintes características específicas: verificação de que alguém está dependente de alguém ou alguma coisa para ajuda ou suporte” (ICN, 2000, p.96), emergindo do foco de intervenção deste projeto a ideia de dependência de alguém.

1.1. O cuidador familiar

As famílias assumem frequentemente a responsabilidade de cuidar, reorganizando-se de forma atender às necessidades da pessoa com dependência (Pereira e Filgueiras, 2009) e passando por uma fase de transição para o papel de cuidador, marcada pelo desenvolvimento de novas competências (Schumacher, 1996). À medida que lidam diariamente com a doença do familiar, transformam-se em prestadores de cuidados (Pereira e Filgueiras, 2009). Nesta transição, constata-se que de entre os elementos da família emerge um elemento maioritariamente responsável pelo cuidar da pessoa com dependência (Hanson, 2005) – o cuidador familiar.

Ser cuidador familiar implica um processo de tomada de decisão que envolve todo o sistema familiar, resultando esta decisão de um conjunto de fatores – familiares, culturais e de crenças sociais. O papel de cuidador está frequentemente predeterminado, sendo construído ao longo da história familiar (Silveira, Caldas, Carneiro, 2006). Existem cuidadores familiares que assumem essa função por falta de opções (Araújo, Paul, Martins, 2009), no entanto a maioria dos cuidadores familiares percebe o cuidado como algo que o dignifica, o cumprimento de um dever moral e religioso que inclui sentimentos de gratidão pela pessoa cuidada, e se gratifica pelo reconhecimento da família e da comunidade. Identificam-se ainda sentimentos de orgulho, habilidade para enfrentar desafios, sentido de controlo e de crescimento pessoal (Pereira e Filgueiras, 2009).

O tornar-se um cuidador familiar pode ocorrer em qualquer idade, com maior registo de cuidadores familiares de média idade (Schumacher, Beck, Marren, 2006; Pereira e Filgueiras, 2009). Segundo Pereira e Filgueiras (2009), a maioria dos cuidadores familiares é casada. Uma vez que o conceito de cuidar vem, desde os seus primórdios, associado ao conceito de mulher e feminino (Collière, 1999), a transição para cuidador familiar dá-se predominantemente em mulheres, habitualmente esposas ou filhas da pessoa cuidada (Pereira e Filgueiras, 2009; Araújo, Paul e Martins, 2009; Schumacher, Beck, Marren, 2006).

Relativamente às influências culturais ou étnicas percebe-se a influência dos fatores culturais na vivência da prestação de cuidados (Schumacher, Beck, Marren, 2006). O cuidar está presente em todas as culturas, diferindo na forma de expressão e realização (INSERSO, 1995, referido por Sequeira, 2007). Em culturas onde seja dada primazia ao desenvolvimento individual, o cuidar de um familiar em situação de dependência pode ser visto como disruptivo. Ao invés, em culturas onde é importante o respeito e o cuidar dos mais velhos, o cuidar de um familiar em situação de dependência pode ser visto como parte integrante da vida adulta (Schumacher, Beck, Marren, 2006).

Não existe uma definição universal para cuidador familiar. O termo cuidador informal é comumente utilizado na literatura para definir o familiar que presta cuidados a outrem. Schumacher, Beck, Marren, (2006) consideram que é um termo inclusivo que reporta à ajuda prestada por cuidadores não profissionais, incluindo família, amigos e vizinhos.

Alguns autores diferem o cuidador primário do cuidador secundário (Sequeira, 2007; Schumacher, Beck, Marren, 2006). O cuidador informal primário é aquele que assume a responsabilidade da prestação de cuidados, com a responsabilidade integral de supervisionar, orientar, acompanhar e cuidar diretamente a pessoa em situação de dependência. O cuidador informal secundário é entendido como alguém que ajuda de forma ocasional ou regular, mas sem a responsabilidade de cuidar (Sequeira, 2007).

Para a CIPE, o papel de prestador de cuidados:

“é um tipo de interação de papéis com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém, interiorizando as expectativas das instituições de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados de um prestador de cuidados; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental em relação aos cuidados aos membros dependentes da família”. (ICN, 2000, p. 68)

Neri (citado por Martins, referido por Garcia, 2007) refere que as funções habitualmente desempenhadas pelo cuidador familiar podem ser agrupadas em quatro áreas: (1) as atividades instrumentais de vida diária; (2) as atividades de vida diária; (3) o prestar apoio emocional; (4) o ter de lidar com as pressões decorrentes do papel de cuidador.

1.1.1. Dificuldades do cuidador familiar

Uma situação de doença prolongada de um familiar representa uma situação geradora de *stress*, na medida em que ameaça o equilíbrio normal do funcionamento familiar (Hanson, 2005). O *stress* do prestador de cuidados é definido na CIPE como:

“um tipo de *coping* com as seguintes características específicas: disposições que se tomam para gerir a pressão física e psicológica de um prestador de cuidados que cuida de um membro das família ou pessoa significativa durante longos períodos de tempo; diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados” (ICN, 2000, p.55).

Os *stressores* podem ser divididos em primários e secundários – os primários relacionam-se com a natureza e magnitude das necessidades da pessoa em situação de dependência (função cognitiva, comportamento, dependência) e os secundários derivam dos primários (conflitos familiares, problemas económicos, restrições sociais), referindo-se às implicações que têm na vida pessoal, familiar e profissional do cuidador (Martins, Pais Ribeiro, Garrett, 2003).

Por dificuldade entende-se “um fenómeno de enfermagem com as seguintes características específicas: perturbador, difícil, problemático ou um obstáculo” (ICN, 2000, p.94). As dificuldades que o cuidador experimenta podem funcionar como *stressores* (Nolan e Grant, 1989) e concorrem para o aparecimento da síndrome de sobrecarga (Sequeira, 2007), pelo que conhecer e intervir nas dificuldades do cuidador familiar contribui para prevenir o seu aparecimento.

As dificuldades do cuidador familiar relacionam-se com a gestão das múltiplas necessidades da pessoa com dependência (Petronilho, 2007; Shyu, 2000). Louro (2009) identifica que as dificuldades do cuidador familiar são proporcionais ao nível de dependência da pessoa cuidada, relacionando-se essencialmente com a falta de

informação e de ajudas técnicas nos cuidados diretos, assim como a deslocação/ transporte aos serviços de apoio. Nolan, Keady, Grant (1995) acrescentam como dificuldade do cuidador familiar o relacionamento com os serviços e profissionais de saúde. Os cuidadores referem que os profissionais têm a incapacidade de ir além dos cuidados instrumentais, ignorando assim aspetos frequentemente invisíveis do cuidar, considerados com maior potencial gerador de sobrecarga.

Segundo Nolan e Grant (1989), as dificuldades dos cuidadores familiares assentam em dois fatores principais - na satisfação das suas necessidades pessoais e no lidar com as reações da pessoa em situação de dependência à ausência de autonomia e independência. Os autores relacionam estas dificuldades com a característica dos cuidadores de subordinarem as suas necessidades às necessidades da pessoa cuidada, encontrando-se algumas expressões de sentimentos de dificuldade como: isolamento e abandono; estar preso física e emocionalmente; falta de alguém com quem desabafar; falta de reconhecimento pela pessoa cuidada; incapacidade de visualização do futuro; reação da pessoa cuidada à situação de perda de autonomia e independência.

Sequeira (2007) identifica outras dificuldades associadas à sobrecarga do cuidador familiar, tais como: sobreposição de tarefas, cansaço, ansiedade, tristeza, deterioração do estado de saúde, diminuição do tempo livre, responsabilidade, relação familiar, expectativas, falta de privacidade, preocupação, medo, grau de exigência, esforço físico, lidar com alterações cognitivas e comportamentais, desempenho ineficaz, ausência de melhorias, prognóstico reservado, falta de reconhecimento pelos familiares, conflitos entre familiar e cuidador.

A maior participação da mulher no mercado laboral (46,9% em 2009 face a 39,7% em 1974⁶) repercute-se na dinâmica familiar e no desempenho da função de cuidado (Hanson, 2005). Arksey (2002) identifica que a falta de apoio e flexibilidade no emprego pode funcionar como um *stressor*. Conjugar a função cuidadora com a atividade laboral, com frequente comprometimento laboral e conseqüente impacto financeiro e económico, pode traduzir-se numa dificuldade para o cuidador (Pereira e Filgueiras, 2009).

Sequeira (2007), num estudo com 182 cuidadores de idosos dependentes com e sem o diagnóstico clínico de demência, identificou como principais dificuldades para o cuidador familiar do idoso com demência: (1) “a pessoa quem cuido chega a pôr-me fora

⁶ Dados retirados do site www.pordata.pt, no subtema Emprego, acedido em 12/07/2011.

de mim”; (2) “o comportamento da pessoa de quem cuida causa problemas”; (3) “não consigo ter tempo de descanso”; (4) “esta situação está a transtornar-me os nervos”; (5) “as pessoas da família não dão tanta ajuda como eu gostaria”. As dimensões dos cuidados com maior dificuldade para o grupo de cuidadores familiares do idoso sem demência relacionam-se com as “exigências do cuidar”, as “reações ao cuidar” e as “restrições sociais”.

Ramos (2010), num estudo com 35 participantes, avaliou igualmente as dificuldades do cuidador familiar, encontrando como principais dificuldades dos cuidadores (duas semanas após a alta hospitalar) as dimensões “exigências do cuidar”, “reações ao cuidar” e “restrições sociais”.

As reações às dificuldades do cuidar em casa são influenciadas pela perceção do cuidador familiar (Neuman, 2011), com menos sobrecarga nos cuidadores familiares com maior nível de instrução e melhor remuneração, talvez relacionado com uma maior capacidade na mobilização de recursos e estratégias (Pereira e Filgueiras, 2009). Também Schoenmakers et al (2009) reconhecem que as estratégias desenvolvidas pelos cuidadores familiares para lidar com a responsabilidade e as repercussões do cuidar de uma pessoa em situação de dependência influenciam a apreciação das dificuldades no desempenho do papel de prestador de cuidados.

1.2. Enfermagem Comunitária e a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman

A Enfermagem Comunitária “é a área de especialidade que combina a teoria de enfermagem com a de saúde pública numa prática centrada na população e que se destina a promover e preservar a saúde das comunidades” (Lancaster, Lowry e Martin 1999, p. 196). Para a OE, a Enfermagem Comunitária:

“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 comunidade) proporcionando efetivos ganhos em saúde” (OE, 2010, p.2)

Os ganhos em saúde foram abordados na 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, realizada em Ottawa em 1986, onde se definiu a promoção da saúde como o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das

comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, o indivíduo ou o grupo devem estar aptos a identificar e realizar as suas aspirações, a satisfazer as suas necessidades e a modificar ou adaptar-se ao meio (OMS, 1986). 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.

A capacitação das pessoas e a aprendizagem ao longo da vida é também destacada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que reitera o enquadramento conceptual dos PQCE:

“os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, (...) promover os processos de readaptação à doença (...) – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente/família” (OE, 2001, p.8-9).

Na perspetiva da promoção da saúde e capacitação da comunidade, a Enfermagem Comunitária tem um papel central no que se refere à capacitação dos cuidadores familiares, pelo que deve ser ativa no suporte a este grupo (Nolan e Grant, 1989), mediante as competências específicas de participação em processos de capacitação de grupos vulneráveis com o recurso à metodologia do Planeamento em Saúde.

O grupo cuidadores familiares emerge da família, *setting* no qual é defendido uma abordagem sistémica (Writgh e Leahey, 2008; Hanson, 2005), pelo que para a abordagem do foco de intervenção deste projeto privilegiou-se a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, conceptualizando-se o grupo como cliente.

Para Neuman (2011), a Enfermagem é uma profissão única que se relaciona com todas as variáveis que influenciam a resposta do indivíduo ao *stress*. É preocupação da Enfermagem manter a estabilidade do sistema-cliente, mediante a precisão na intervenção sobre os efeitos (reais ou possíveis) dos *stressores* ambientais, de forma a colaborar com o cliente para efetuar os ajustes necessários no sentido da negentropia, visando um ótimo nível de bem-estar. Para isso, desenvolve intervenções aos três níveis de prevenção – primária, secundária e terciária – através de uma relação colaborativa que interage com o sistema-cliente, o ambiente e os *stressores*.

Neuman (2011), quando aborda o grupo como cliente, considera que os grupos têm um foco específico. O *core* ou estrutura básica de um grupo pode ser entendido como

os valores, ideias, atitudes e crenças que em conjunto o definem, e constitui-se de seis variáveis – fisiológicas, socioculturais, psicológicas, espirituais, de desenvolvimento e intersistema – e de linhas protetoras.

O grupo está em permanente interação com o ambiente, sendo o ambiente entendido como todos os fatores internos ou externos que afetam o sistema-cliente. No ambiente encontram-se *stressores*, forças disruptivas que operam dentro ou sobre o grupo e com potencial para afetar a sua estabilidade e harmonia (Neuman, 2011). Podem ter um efeito positivo ou negativo no sistema-cliente, de acordo com a apreciação feita pelo próprio.

A tomada de decisão clínica em Enfermagem faz-se com recurso ao Processo de Enfermagem, sistematizado em três etapas – diagnóstico de Enfermagem, metas de Enfermagem e resultados de Enfermagem. No caso particular deste projeto, a tomada de decisão em Enfermagem e a intervenção de Enfermagem fez-se com recurso conjugado ao Planeamento em Saúde, de acordo com o preconizado pela OE para a Especialidade de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

2. METODOLOGIA

O Planeamento em Saúde é a metodologia de intervenção estabelecida pela OE (2010), no âmbito das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, pelo que foi a metodologia utilizada neste projeto de intervenção comunitária. É um processo contínuo e dinâmico de mudança social induzida, na medida em que procura mudanças no comportamento das populações, nomeadamente nos hábitos de saúde ou na utilização dos serviços. É a:

"racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos" (Imperatori e Giraldes, 1986, p.6).

Do seu conceito decorrem as principais fases do seu processo: (1) diagnóstico de situação, (2) definição de prioridades, (3) fixação de objetivos, (4) seleção de estratégias, (5) elaboração de programas e projetos, (6) preparação da execução e (7) avaliação (Imperatori e Giraldes, 1986). Uma vez que a preparação da execução não aparece identificada em muitos esquemas de planeamento (Imperatori e Giraldes, 1986), será abordada no sub-capítulo referente à elaboração de programas e projetos.

O Planeamento em Saúde requer a adequação ao recurso temporal disponível, pelo que se elaborou um cronograma por etapas, ao longo do recurso temporal que decorre entre 03 de outubro de 2011 a 17 de fevereiro de 2012 (APÊNDICE I).

2.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico da situação corresponde às necessidades de saúde da população. É um conceito dinâmico, uma atividade permanente que compreende as modificações contínuas da realidade e, relacionado com a etapa de avaliação, resulta num processo espiral em que a volta se faz a um ponto de partida aperfeiçoado (Imperatori e Giraldes, 1986).

Optou-se por estruturar o diagnóstico de situação norteado pela Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, pelo que se caracterizou o foco de intervenção mediante três conceitos - ambiente, estrutura básica e stressores (dificuldades) - para o grupo de

cuidadores familiares da pessoa em situação de dependência, no domicílio, inscritos na ECCI Mafra.

Neste sub-capítulo aborda-se a constituição da população e amostra, método e instrumentos de colheita de dados utilizados. Faz-se a caracterização do ambiente, da estrutura básica e dos *stressores* (dificuldades), mediante o tratamento e análise estatística dos dados obtidos.

2.1.1. Seleção da população e amostra

Face ao foco de intervenção, determinou-se como população os cuidadores familiares da pessoa em situação de dependência, no domicílio, com critérios de referenciação para a ECCI Mafra. Utilizou-se o conceito de Schumacher, Beck, Marren (2006), que inclui como cuidadores familiares a família, amigos e vizinhos.

Definiu-se como amostra os cuidadores familiares da pessoa em situação de dependência, no domicílio, inscritos na ECCI Mafra, no período de 06 de outubro a 21 de outubro de 2011. Para a amostra consultou-se a base de dados informática da RNCCI – tipologia ECCI, para listagem das pessoas inscritas no período de tempo estipulado para a colheita de dados. Efetuaram-se visitas domiciliárias, integradas na Equipa de Enfermagem da ECCI, de forma a perceber a elegibilidade para a amostra, mediante a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Formularam-se como critérios de inclusão: (1) todos os cuidadores familiares da pessoa inscrita na ECCI Mafra, no recurso temporal estipulado para o diagnóstico de situação. Como critérios de exclusão: (1) CF não é o principal prestador de cuidados à pessoa em situação de dependência; (2) CF de pessoa em situação de dependência tem idade inferior a 18 anos; (3) CF de pessoa em situação de dependência que não seja cuidada pela equipa de Enfermagem da ECCI Mafra, no período de colheita de dados; (4) CF ao qual não se tenha efetivado o contacto no período de colheita de dados; (5) CF com incapacidade para responder ao instrumento de colheita de dados.

2.1.2. Método e instrumentos de colheita de dados

A caracterização do **ambiente** efetuou-se com recurso a dados estatísticos do INE; à consulta e análise de documentos disponíveis na CMM; à observação participante no

Diagnóstico Social da Freguesia de Mafra e Sobral da Abelheira (APÊNDICE II); e a entrevistas realizadas a peritos (APÊNDICE III).

A avaliação da **estrutura básica** efetuou-se com base num questionário de avaliação sócio-demográfica (APÊNDICE IV). Elaboraram-se 10 questões de resposta fechada, das quais 6 questões visaram a caracterização sócio-demográfica do CF, 2 questões a experiência como CF e 2 questões a caracterização sumária da pessoa em situação de dependência, através do Índice de Katz (ANEXO II). Para a caracterização sumária da pessoa em situação de dependência, os dados foram retirados de forma indireta dos processos clínicos do familiar em situação de dependência.

Face ao objetivo geral do projeto, a avaliação dos **stressores (dificuldades)** fez-se através do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (ANEXO I), na versão de Sequeira (2007), precedida da autorização do autor para utilização deste instrumento (APÊNDICE V). O mesmo instrumento foi aplicado por Ramos (2010).

O CADI compõe-se de 30 potenciais dificuldades relacionadas com o cuidar, com scores que podem variar entre 30 (sem dificuldades) e 120 (perturbação máxima). É um instrumento útil para identificar as dificuldades relacionadas com o cuidar, em seis fatores: problemas relacionais; restrições sociais; exigências do cuidar; reações ao cuidar; apoio familiar; apoio profissional. Na avaliação a cada dificuldade o cuidador pode responder uma de quatro respostas: (1) Não acontece no meu caso; (2) Acontece, mas não me perturba; (3) Acontece e causa-me alguma perturbação; (4) Acontece e perturba-me muito. (Sequeira, 2007)

Este instrumento foi desenvolvido por Nolan e colaboradores (Nolan e Grant, 1989). A aplicação do CADI no estudo de Sequeira (2007) permitiu encontrar os seis fatores mencionados, que o autor atribui à especificidade da população portuguesa. A estratégia para a colheita de dados passou pela realização de visitas domiciliárias, integrada na Equipa de Enfermagem da ECCI Mafra, com o objetivo da apresentação do projeto e obtenção do consentimento informado para participação (APÊNDICE XIX).

2.1.3. Apresentação de resultados

Ambiente: O Concelho de Mafra ocupa uma área de 290,74 km², e Mafra é a mais extensa das suas 17 freguesias, com 47,671 km² de área, seguindo-se a Encarnação

(28,537 km²) e o Milharado (25,664 km²)⁷. É uma zona de transição entre a Área Metropolitana de Lisboa e a Região Oeste, onde em 2001 residiam 54358 habitantes (CMM, s.d.), número que aumentou para 76749, segundo os resultados preliminares dos CENSOS 2011⁸. Este Concelho tem sofrido, desde 1991, uma forte mudança e qualificação que decorrem da melhoria das vias de acesso e da construção de equipamentos e infraestruturas, o que aumentou a procura de habitação nos últimos anos (CMM, s.d.). De acordo com os resultados preliminares do CENSOS 2011, o número de famílias passou de 27325 em 2001 para 29077 em 2011⁹.

De acordo com os Censos de 2001, residem no Concelho de Maфра 29.349 habitantes com idade superior a 35 anos provenientes essencialmente das freguesias de Maфра e Ericeira (CMM, s.d.) e dados apresentados pela CMM (2007) demonstram o aumento do índice de envelhecimento. No que concerne à estrutura sectorial do emprego, os dados da CMM (2007) apontam o predomínio do setor terciário, embora se perceba o peso do setor primário com mais de 50% do território concelhio como terreno agrícola (CMM, 2007).

No Diagnóstico Social do Conselho de Maфра (CLASM, 2007) identificou-se como prioritário para o eixo da saúde a carência na cobertura nos serviços de cuidados continuados de saúde, sendo esse um dos aspetos que se manteve no diagnóstico de situação em curso no ano de 2011.

No que concerne aos serviços de saúde, a reforma dos CSP implica a sua reorganização e a criação de novas estruturas. O Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, criou os ACES – serviços de saúde com autonomia administrativa, composto pelas várias unidades funcionais de um ou mais centros de saúde.

Os cuidados de saúde à população do Conselho de Maфра são da responsabilidade do CSM¹⁰, que integra o ACES VIII – Sintra-Maфра, criado pela Portaria n.º 276/2009 de 18 de março. O Regulamento Interno do ACES VIII – Sintra-Maфра está disposto na Deliberação n.º 1094/2009 e afirma como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população residente na área de influência e à população inscrita, visando a obtenção de ganhos em saúde. De acordo com a Portaria n.º 276/2009, o CSM

⁷ Dados retirados do site <http://www.maфра.net/retrato/index.php>, acedido em 06/03/2012.

⁸ Dados retirados do site http://www.ine.pt/scripts/flex_v10/Main.html, acedido em 26/07/2011.

⁹ Dados retirados do site http://www.ine.pt/scripts/flex_v10/Main.html acedido em 26/07/2011.

¹⁰ Dados retirados do site <http://www.portaldasaude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=472>, acedido em: 26/07/2011.

tem 69348 utentes inscritos. Dentro da reforma dos CSP foram criadas pelo Despacho n.º 10143/2009 as UCC, com a competência de:

“prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção” (DR 2ª Série, 74 (16/04/09), p. 15438).

A UCC Mafra iniciou a sua atividade a 21 de dezembro de 2010 e dispõe, como recursos humanos, de nove enfermeiros e uma assistente operacional. A sua ação estende-se ao longo do Concelho, tendo três pólos distintos: Enxara do Bispo/ Malveira; Mafra; Ericeira. No âmbito dos Cuidados Continuados, a UCC Mafra assiste atualmente 120 utentes e famílias. Dentro da UCC Mafra constituiu-se uma ECCI, integrada na RNCCI, que se define como:

“equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, que presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio”¹¹.

. A ECCI Mafra tem como objetivo “contribuir para a melhoria das condições de vida e bem-estar do utente/ família em situação de dependência no domicílio” (Baião e Rodrigues, 2010, p.43) e tem capacidade para responder às necessidades de saúde de 50 utentes e famílias.

Estrutura básica: Após a aplicação dos critérios de exclusão (APÊNDICE VI), obteve-se uma amostra de 30 CF, inscritos na ECCI Mafra, no período de 06 a 21 de outubro de 2011. Percebe-se, pela análise dos dados, a semelhança este grupo (APÊNDICE VII) e o encontrado na literatura para a caracterização dos CF.

¹¹ Dados retirados do site <http://www.rncci.min-saude.pt/rncci/constituicao/Paginas/RespostasDomiciliarias.aspx>, acessado em 26/07/2011.

Tabela 1- Caracterização da estrutura básica

		f(i)	fr(i)
Pólo ECCI	Enxara do Bispo/ Malveira	12	40%
	Mafra	11	37%
	Ericeira	7	23%
Sexo	Feminino	26	87%
	Masculino	4	13%
Estado Civil	Casado	26	87%
	Divorciado	4	13%
Classe Etária	20 a 30 anos	1	3%
	31 a 40 anos	1	3%
	41 a 50 anos	8	27%
	51 a 60 anos	4	13%
	61 a 70 anos	8	27%
	71 a 80 anos	6	20%
	81 a 90 anos	2	7%
Grau de parentesco	Esposa(o)	12	41%
	Filha(o)	2	7%
	Nora/genro	10	33%
	Irmã(ão)	1	3%
	Neta	1	3%
	Sobrinha(o)	1	3%
	Outro	3	10%
Escolaridade	Sem escolaridade	3	10%
	1 Ciclo do Ensino Básico	14	47%
	2 Ciclo do Ensino Básico	5	17%
	3 Ciclo do Ensino Básico	3	10%
	Ensino Secundário	5	17%
	Bacharelato	1	3%
Situação Laboral	Trabalhador não qualificado	11	36%
	Pensionista/ reformado	11	36%
	Desempregado	6	20%
	Outras	2	7%

Pela análise dos dados percebe-se que a maioria do grupo é do sexo feminino, casado. Relativamente ao parentesco com a pessoa em situação de dependência, existe

predominância dos laços matrimoniais, havendo também 33% da amostra que integram a categoria “Nora/Genro”.

As faixas etárias predominantes encontradas foram dos [41-50] anos e [61-70] anos, com uma idade mínima de 30 e máxima de 83 anos (média de 59 anos com desvio padrão de 14 anos).

No que concerne ao grau de escolaridade, 47% dos CF obteve o 1º Ciclo do Ensino Básico. Em termos laborais, com base na Classificação Portuguesa das Profissões, percebeu-se que 37% dos CF integra a categoria “Pensionista/ Reformado”, havendo 36% que são “Trabalhadores não qualificados”.

Tabela 2 - Caracterização da estrutura básica (experiência como CF)

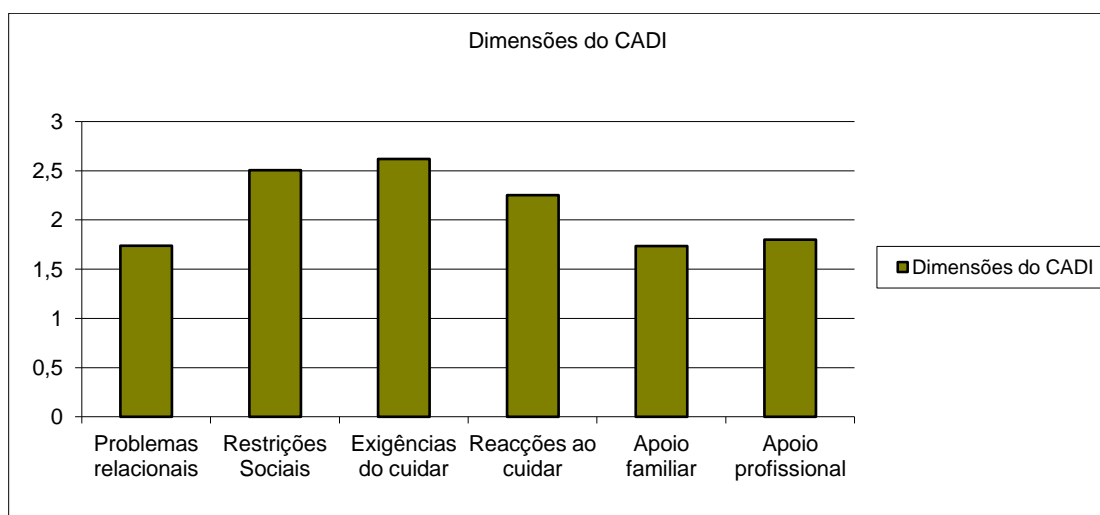
		f(i)	fr(i)
Anos como CF	Menos de 1 ano	7	23%
	1 a 5 anos	15	50%
	6 a 8 anos	5	17%
	9 a 11 anos	2	7%
	12 a 15 anos	1	3%
Horas de cuidado diárias	Até 8 horas	5	17%
	9 a 12 horas	1	3%
	13 a 16 horas	1	3%
	16 a 20 horas	4	13%
	21 a 24 horas	19	64%
Grau de dependência (Katz)	Independente	0	0%
	Parcialmente dependente	3	10%
	Dependente	9	30%
	Totalmente dependente	18	60%

Relativamente às experiências como CF, percebe-se que o grupo é heterogéneo, com mínimo de menos 1 ano e um máximo de 14 anos como CF. 75% dos CF assume o cuidado da pessoa em situação de dependência para o autocuidado há mais de 2 anos, e 25% da amostra há mais de 6 anos. Quanto ao número de horas de cuidado prestadas diariamente à pessoa em situação de dependência, 64% dos CF integra a categoria “21 a 24 horas”, sendo a resposta mais frequente 24 horas. Realça-se que 75% da população presta cuidados à pessoa em situação de dependência para o autocuidado por mais de 17 horas/dia. Estes dados relacionam-se com o grau de dependência da pessoa cuidada,

onde o índice de Katz realçou uma elevada dependência da pessoa cuidada na maioria da amostra.

Dificuldades (potenciais stressores): Esta avaliação fez-se mediante a aplicação do CADI, onde não se identificou diferenças significativas entre os vários pólos da ECCL. Da análise por dimensões percebe-se que os índices de dificuldade mais elevados ocorrem na dimensão “Exigências do cuidar”, com 2,6 (28%); seguida da dimensão “Restrições sociais”, com 2,5 (27%); e da dimensão “Reações ao cuidar”, com 2,3 (21%).

Gráfico 1 - Dimensões do CADI



Estes dados são concordantes com os encontrados por Sequeira (2007), quando aborda o CF do idoso sem demência; e por Ramos (2010).

As principais potenciais dificuldades enunciadas pelos CF foram no âmbito das dimensões mencionadas. Dentro da dimensão “Exigências do Cuidar”, identificam-se os itens:

- “A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar”;
- “Deixa-me muito cansado fisicamente”;
- “Ando a dormir pior por causa desta situação”;
- “Esta situação está a transtornar-me os nervos”;
- “A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados”.

Na dimensão “Restrições Sociais” os itens cujos resultados indicaram perturbação foram:

- “Não tenho tempo suficiente para mim próprio”;
- “Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas”;
- “Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias”;
- “A qualidade da minha vida piorou”.

No que se refere às “Reações ao Cuidar”, a dificuldade que maior perturbação causa nos CF da amostra é:

- “Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados”.

2.1.4. Diagnósticos de Enfermagem

Os diagnósticos de Enfermagem formularam-se de acordo com a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. De acordo com Neuman (2011), a identificação de dificuldades que causem perturbação evidenciam a invasão da Linha Normal de Defesa. Assim, elaboram-se três diagnósticos de Enfermagem, dois dos quais denunciam rutura da linha normal e defesa e um dos quais aponta o risco de rutura da linha normal de defesa.

Tabela 3 - Diagnósticos de Enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem			
Rutura da Linha Normal de Defesa		Intrassistémico de tipo fisiológico	“exigências de ordem física da prestação de cuidados”
Rutura da Linha Normal de Defesa	Relacionado com o <i>stressor</i>	Intrassistémico de tipo sócio-cultural	“restrições na vida social”
Risco de rutura da Linha Normal de Defesa		Intrassistémico de tipo psicológico	“reações ao cuidar”

2.2. Identificação de prioridades

A determinação de prioridades é a segunda etapa do Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1986), e é essencialmente um processo de tomada de decisão com recurso a critérios (Tavares, 1990).

A técnica utilizada para a determinação das prioridades foi o Método de Hanlon (Tavares, 1990), que estabeleceu prioridades com base em quatro critérios: (A) amplitude ou magnitude do problema; (B) gravidade do problema; (C) eficácia da solução; (D) exequibilidade do projeto ou da intervenção; hierarquizando-as pela fórmula $(A+B) \times C \times D$.

De acordo com este método, a amplitude é o número de pessoas afetadas pelo problema, enquanto a gravidade pode ser analisada em termos de mortalidade, morbilidade, criação de incapacidades, custos ou outros, numa escala que varia de 0 a 10, sendo 10 o valor de maior gravidade. A eficácia da solução é balanceada numa escala de 0,5 a 1,5, em que 0,5 representa o problema de com maior dificuldade. A exequibilidade do projeto ou da intervenção assume por sua vez cinco componentes (pertinência; exequibilidade económica; aceitabilidade; disponibilidade de recursos; legalidade), a cujo conjunto global se aplica o critério SIM (1 ponto) ou NÃO (2 pontos).

Para a amplitude do problema, recorreu-se aos dados obtidos através do CADI, considerando para cada fator que o número de pessoas afetadas pelo problema constituiu-se pelo grupo de CF cujas respostas médias às potenciais dificuldades foram superiores a 2 (“Acontece e causa-me alguma perturbação”). Assim, como correspondência entre a amostra e o peso do critério a seguinte avaliação estabeleceu-se:

Tabela 4 - Relação entre a amplitude do diagnóstico de Enfermagem e o número de CF

CF	0 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	21 a 25	25 a 30
Amplitude	0	2	4	6	8	10

Para determinação da gravidade do problema, recorreu-se à Enfermeira Especialista responsável pela ECCI da UCC Maфра e à Enfermeira Especialista responsável pela UCC Maфра, sendo-lhe pedido a avaliação da morbilidade física e psicológica do CF, para cada problema identificado (APÊNDICE VIII). Para a eficácia da solução e exequibilidade da intervenção, ponderaram-se os recursos da UCC, o recurso

temporal disponível para a intervenção e preparação profissional e académica da mestranda para as intervenções possíveis em cada problema. Tal como para a avaliação da gravidade do problema, solicitou-se às Enfermeiras Especialistas responsáveis pela ECCI da UCC Mafra e coordenadora da UCC Mafra a atribuição de valor a estes critérios, de acordo com o preconizado pelo Método de Hanlon.

Tabela 5 - Determinação de prioridades

Diagnósticos de Enfermagem	Amplitude		Gravidade		Eficácia	Exequibilidade	Resultado
	N	Peso	Física	Psicológica			
1. Rutura da LND, r/c <i>stressor</i> intrassistémico fisiológico “Exigências de ordem física da prestação de cuidados”.	24	8	10	8	1	1	17
2. Rutura da LND, r/c <i>stressor</i> intrassistémico sócio-cultural “Restrições na vida social”.	21	8	8	10	0.75	1	12,75
3. Risco de rutura da LND, r/c <i>stressor</i> psicológico “Reações à prestação de cuidados”.	17	6	8	8	0.75	1	10,75

Desta forma, considerou-se como problema de Enfermagem prioritário o expresso pelo diagnóstico **“Rutura da Linha Normal de Defesa, relacionada com o *stressor* intrassistémico de tipo fisiológico exigências de ordem física da prestação de cuidados”**. Uma vez que para Neuman (2011) a prevenção primária pode ocorrer

concomitantemente com a prevenção secundária, e apesar do problema de Enfermagem expresso pelo diagnóstico **“Risco de rutura da linha normal de defesa, relacionado com o *stressor* intrassistémico de tipo psicológico reações à prestação de cuidados”** não ser prioritário de acordo com o método de Hanlon, considerou-se que este problema pode ser também foco de intervenção neste projeto.

2.3. Fixação de objetivos

A fixação de objetivos é a terceira etapa preconizada pela Metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1986). De acordo com Imperatori e Giraldes (1986) percorreram-se três das quatro fases para a fixação de objetivos: (1) seleção dos indicadores dos problemas prioritários; (2) determinação da tendência, projeção e previsão dos problemas prioritários; (3) fixação dos objetivos a seguir; (4) tradução dos objetivos em objetivos operacionais. A determinação da tendência, projeção e previsão dos problemas prioritários, para este projeto de intervenção, não foi exequível pela ausência de dados representativos da sua evolução no passado.

Por objetivo entende-se o “enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência da evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto, mensuráveis a médio prazo” (Tavares, 1990, p.133). O objetivo geral refere-se “a uma determinada situação que se pretende atingir” (Tavares, 1990, p.117), sendo que os objetivos específicos detalham aspetos dessa situação, contribuindo para atingir o objetivo geral. Por meta entende-se “o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades do Serviço, traduzido em termos de indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo” (Tavares, 1990, p.133), devendo surgir como consequência dos objetivos anteriormente definidos.

Baseou-se a formulação dos objetivos específicos no determinado pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), através do Nursing Outcomes Classification (NOC), uma vez que a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman não proporciona uma taxonomia de objetivos.

Por indicador entende-se uma “relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (Tavares, 1990, p.120). Referem-se os indicadores de impacto ou resultado, que procuram quantificar os problemas em ordem à consecução de objetivos; e os indicadores de execução, que quantificam as atividades. Através das

etapas precedentes constituíram-se os indicadores de resultado que reportam aos problemas prioritários. A constituição de indicadores de execução adiou-se para a fase de Elaboração de Programas e Projetos, na medida em que se previu que a definição das atividades e dos resultados esperados funcionaram como facilitadores para a seleção de indicadores.

Tabela 6 - Relação entre objetivo geral, objetivos específicos e metas

Objetivo Geral	Objetivo Específico	Metas
Promover a capacitação dos cuidadores familiares para gerirem as dificuldades do cuidar em casa a pessoa em situação de dependência, no âmbito da ECCI da UCC Maфра, no período de 03 de outubro de 2011 a 17 de fevereiro de 2012.	Aumentar o bem-estar físico do CF na prestação de cuidados em casa à pessoa em situação de dependência, em pelo menos 30% do grupo de CF da ECCI da UCC Maфра, até 31 de janeiro de 2012, através da adoção de posturas corretas.	Pelo menos 30% dos cuidadores familiares demonstram a adoção de uma postura biomecânica adequada na prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência.
	Aumentar a LDF do CF, pela partilha entre os cuidadores de fatores que promovem a gestão de dificuldades na prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência por um período de tempo prolongado, em pelo menos 15% do grupo de CF da ECCI da UCC Maфра, até 31 de janeiro de 2012.	Pelo menos 15% dos cuidadores familiares partilha a sua vivência pessoal e estratégias que utilizam para gerir as dificuldades de cuidar em casa a pessoa em situação de dependência.

2.4. Seleção de estratégias

A seleção de estratégias é a quarta etapa do Planeamento em Saúde, onde se pretende “propor novas formas de atuação, através de um conjunto coerente de técnicas

específicas, organizadas com o fim de serem atingidos os objetivos fixados” (Tavares, 1990, p.145). A abordagem desta etapa fez-se mediante as fases propostas por Imperatori e Giraldes (1986), e na sua realização considerou-se as características do grupo de cuidadores familiares principais da pessoa em situação de dependência da ECCI Mafra (intrassistema), do ambiente (inter e extrassistema) e o nível de intervenção de Enfermagem preconizado para o diagnóstico de situação efetuado.

Sendo a intervenção de Enfermagem, segundo Neuman (2011), caracterizada por “prevention as intervention”, como critérios de conceção da estratégia, propôs-se atuar a nível da prevenção secundária, na medida em que o diagnóstico prioritário evidenciou a rutura da linha normal de defesa. Este nível de prevenção tem como objetivo proteger a estrutura básica através do fortalecimento das linhas de resistência, preconizando-se a otimização das forças internas e externas do cliente neste processo, através de uma relação colaborativa com o cliente (Neuman, 2011).

A autora defende que “ideally, primary prevention is also considered concomitantly with secondary and tertiary preventions-as-interventions” (Neuman, 2011, p.26), pelo que se desenvolveram igualmente estratégias ao nível da promoção primária, com o objetivo de promover o bem-estar do cliente através da prevenção de *stressores*, redução de fatores de risco e fortalecimento da linha de defesa flexível.

Sendo o Planeamento em Saúde uma metodologia que preconiza a racionalização e otimização dos recursos, procurou-se ainda a eficiência dos recursos, sem aumento da sua quantidade. Para isso, recorreu-se à parceria com a Enfermeira de referência, de forma a analisar a exequibilidade das atividades e a ponderar obstáculos e estratégias alternativas. Uma vez que Neuman (2011) não apresenta uma taxonomia de intervenção, optou-se pela Nursing Interventions Classification (NIC).

Selecionou-se como estratégia principal o **Health Education group**, definido pela NIC como “developing and providing individual or group instruction and learning experiences to facilitate voluntary adaptation of behaviour conducive to health in individuals, families, groups, or communities”¹².

A estratégia de educação para a saúde revelou-se benéfica quando aplicada a grupos de Cuidadores Familiares, segundo demonstram os trabalhos de Silva (2009); Júnior et al (2009); Santos et al (2011); Grelha (2009).

¹² Dados retirados do *site*

<http://www.ncasemanager.com/articles/NursingInterventionsClassificationLabelsDefinitions.pdf> , acedido em 03/12/2011

Também a OE “reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de Enfermagem” (OE, 2003, p.20). A informação capacita os clientes para atingirem ótimos níveis de saúde, para a tomada de decisão relacionada com a saúde fundamentada, para assumir a responsabilidade pela sua saúde e para lidar de forma efetiva com as alterações da saúde e o estilo de vida, podendo ocorrer educação para a saúde aos três níveis de prevenção (Onega e Devers, 2010). Sebastien (2010) acrescenta que o empoderamento de grupos vulneráveis pode ser conseguido através de uma educação para a saúde eficaz, associado à disponibilização dos recursos necessários.

Como estratégia secundária, visando a continuidade do projeto de intervenção, selecionou-se o **Health Care Information Exchange**, definido pela NIC como “providing patient information to other health professionals related to illness or injury”¹³.

2.5. Elaboração de programas e projetos

Após a tomada de decisão sobre as estratégias, surge a fase de formulação de programas e projetos. Para Imperatori e Giraldes (1986), um programa é o conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, desenvolvendo-se de uma forma contínua ao longo do tempo. Na presente situação, fala-se em projeto, entendido como “uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa” (Imperatori e Giraldes, 1986, p.86).

Mediante as fases do Planeamento em Saúde desenroladas até então, planearam-se como atividades: (1) Ação de educação para a saúde “Ai as minhas costas”; (2) Ação de educação para a saúde “Cuidar de mim”; (3) Portfólio do Cuidador Familiar; (4) Banco de Voluntariado; (5) Sessões de informação dirigidas aos profissionais de saúde da ECCI; (6) Enfermeiro de referência. Neste sub-capítulo apresentam-se as atividades desenvolvidas no âmbito deste projeto (APÊNDICE IX), sua preparação e execução. A avaliação far-se-á em sub-capítulo próprio.

Para este projeto criou-se o nome de “**Um Cuidador Cuidado**”, na medida em que se considerou que este título representa a essência do mesmo. Alude-se também ao contexto de UCC onde é desenvolvido e onde se espera que seja dado continuidade.

¹³ Dados retirados do *site*

<http://www.ncasemanager.com/articles/NursingInterventionsClassificationLabelsDefinitions.pdf> , acedido em 03/12/2011

Criou-se um logótipo para o projeto (APÊNDICE X), contemplando no seu *design* a possibilidade de ser utilizado posteriormente pela ECCI, mediante aprovação de todos os elementos da equipa. Planeou-se a participação da **Enfermeira de referência** em todas as atividades desenvolvidas no projeto.

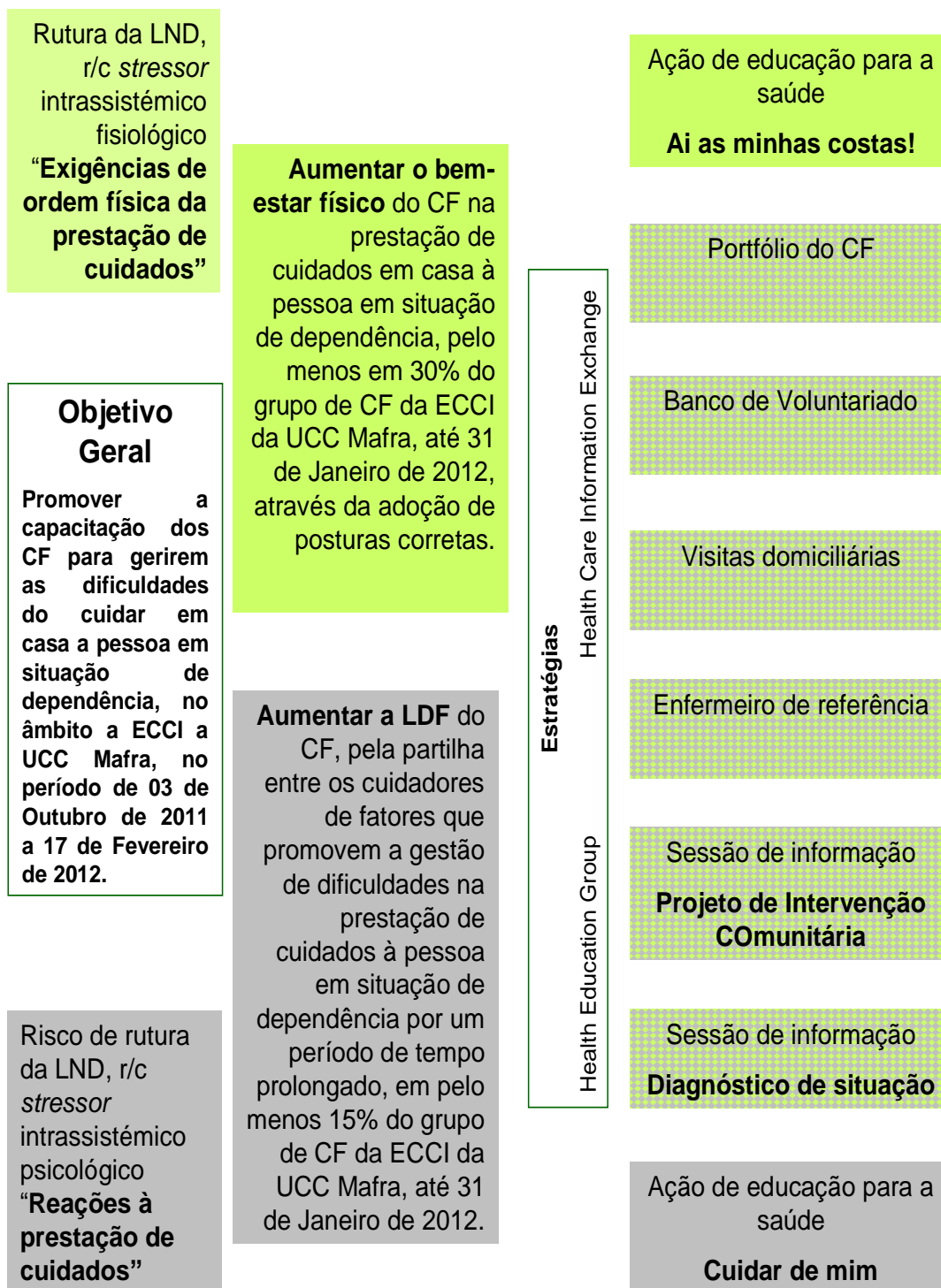
Inicia-se a descrição das atividades desenvolvidas no âmbito da estratégia secundária Health Care Information Exchange. Realizaram-se duas sessões de informação destinadas aos profissionais da ECCI, integradas nas reuniões mensais da equipa multidisciplinar.

A primeira **sessão de informação “Projeto de Intervenção Comunitária”** teve lugar a 20 de outubro de 2011, no pólo Ericeira (APENDICE XI). Teve como objetivo apresentar o Projeto de Intervenção Comunitária a ser desenvolvido no Estágio com Relatório, na ECCI Mafra, e foram abordados aspetos relacionados com o foco de intervenção; finalidade e objetivos; etapas do Planeamento em Saúde; critérios de seleção da amostra e cronograma previsto. Estiveram presentes: a mestranda, a Enfermeira de referência, a Docente Orientadora e alguns elementos da equipa da ECCI (Enfermeiros, Assistente Social, Nutricionista).

A segunda **sessão de informação “Diagnóstico de Situação”** teve lugar no pólo Enxara do Bispo/ Malveira, no dia 03 de novembro de 2011 (APENDICE XII). Teve como objetivo apresentar os resultados do Diagnóstico de Situação e abordou os dados obtidos da análise efetuada, assim como estratégias e atividades possíveis. Estiveram presentes: a mestranda, mestrandas de Enfermagem de outras áreas de especialidade, estudantes do CLE, Enfermeira de referência e a equipa da ECCI (Enfermeiros, Assistente Social, Psicóloga, Nutricionista, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeuta).

Figura 1 - Relação entre as etapas do Planeamento em Saúde: do diagnóstico às atividades

Um Cuidador Cuidado



Abordam-se agora as atividades desenvolvidas no âmbito da estratégia principal Health Education Group. As atividades foram agendadas de acordo com a metodologia do Planeamento em Saúde e priorização anteriormente efetuada.

A **visita domiciliária** foi uma das intervenções de Enfermagem estabelecidas para a implementação do projeto que procurou responder a ambos os objetivos específicos. Justifica-se esta opção quando se sabe que as visitas domiciliárias:

“permitem uma avaliação mais rigorosa da estrutura da família, a natureza do ambiente em casa, e o comportamento naquele ambiente. (...) proporcionam oportunidades de identificar tanto as barreiras como os apoios para atingir os objetivos de promoção da saúde” (Anderson, Ward, Hatton, 2010, p.620).

As visitas domiciliárias foram planeadas e realizaram-se ao longo de todo o projeto, com diferentes objetivos: (1) apresentar o projeto e obter o consentimento informado para a participação no mesmo; (2) efetuar o diagnóstico de situação; (3) informar dos resultados do diagnóstico de situação e da intervenção planeada, efetuando a convocatória para a mesma; (4) avaliar o impacto da intervenção.

A **ação de educação para a saúde – “Ai as minhas costas!”** (APENDICE XIII) teve como objetivo “aumentar o bem-estar físico do cuidador familiar na prestação de cuidados em casa à pessoa em situação de dependência, em pelo menos 30% do grupo de cuidadores familiares da ECCI da UCC Mafra, até 31 de janeiro de 2012, através da adoção de posturas corretas”. Face aos recursos da ECCI (Enfermagem de Reabilitação), mobilizou-se este recurso para a realização da ação de educação para a saúde, abordando a prevenção de lesões músculo-esqueléticas.

Como atividades prévias às ações de educação para a saúde, efetuaram-se visitas domiciliárias a todos os cuidadores familiares, com o objetivo de dar a conhecer o trabalho de projeto até então desenvolvido e efetuar a convocatória para participação na intervenção. Na semana anterior à data de realização da sessão foram efetuados novos contactos telefónicos com os cuidadores, de forma a confirmar a sua participação. Tentou-se perceber potenciais obstáculos que não possibilitassem aos cuidadores a participação na mesma. Desta forma, identificou-se a necessidade de transporte, que foi colmatada com o recurso ao parceiro social Junta de Freguesia de Mafra para cedência de carrinha destinada a esse efeito. Identificou-se ainda para alguns CF a necessidade de uma pessoa para acompanhar a pessoa em situação de dependência durante a ausência do CF.

Uma vez que a meta delineada para a atividade requeria a demonstração da postura biomecânica, articulou-se com o parceiro social Banco de Ajudas Técnicas da Proteção Civil de Maфра para o empréstimo de cama articulada e colchão, com o intuito de que a ação de educação para a saúde tivesse uma metodologia participativa, promotora do desenvolvimento de competências.

Foi ainda pedida a colaboração a uma pastelaria local, no sentido do fornecimento de lanche. Foi ainda pedido a colaboração de um grupo de música tradicional portuguesa para dinamizar um momento lúdico no final da sessão.

A **ação de educação para a saúde – “Cuidar de mim”** (APÊNDICE XIV) responde ao objetivo “aumentar a LDF do CF, pela partilha entre os cuidadores de fatores que promovem a gestão de dificuldades na prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência por um período de tempo prolongado, em pelo menos 15% do grupo de cuidadores familiares da ECCI da UCC Maфра, até 31 de janeiro de 2012”. As atividades prévias à sessão foram idênticas às descritas para a ação de educação para a saúde “Ai as minhas costas!”. Para esta ação de educação para a saúde solicitou-se à psicóloga da ECCI que analisasse o Plano de Sessão, de forma a dar o seu contributo específico quer nos temas propostos quer na metodologia *focus group*.

Com a atividade **Portfólio do Cuidador Familiar** procurou-se responder a ambos os objetivos específicos traçados para este projeto. A seleção de conteúdos foi decidida com a Enfermeira de referência, coincidindo com as temáticas abordadas nas ações de educação para a saúde (APÊNDICE XV; APÊNDICE XVI). Determinou-se a apresentação dos capítulos do Portfólio para a conclusão das ações de educação para a saúde, ocorrendo a sua apresentação no final das mesmas. Para o portfólio planeou-se também a elaboração de um folheto com os dados da ECCI (APÊNDICE XVII).

Iniciar a parceria com o **Banco de Voluntariado da CMM** e os cuidados de saúde foi uma necessidade expressa pela equipa de saúde e por vários CF, que se integrou no presente projeto como atividade na medida em que responde a ambos os objetivos específicos. Planeou-se uma reunião com o gabinete de Ação Social da CMM, com o objetivo de identificar limitações e estratégias para implementação da parceria.

2.6. Avaliação

De acordo com Imperatori e Giraldes (1986) os progressos que se alcançaram com as atividades devem ser comparados com os resultados do diagnóstico de situação, tal como com os objetivos e metas delineados, com a finalidade de otimizar os programas de intervenção e a distribuição de recursos. A avaliação far-se-á com o recurso aos indicadores e por atividades, iniciando-se com os indicadores de processo.

Tabela 7 - Avaliação por atividade e indicadores

Atividade	Indicador de processo	Indicador de resultado
Sessão de informação Projeto de Intervenção Comunitária	<ul style="list-style-type: none"> Realizada a sessão. 	
Sessão de informação Diagnóstico de Situação Enfermeiro de referência	<ul style="list-style-type: none"> Realizada a sessão. 	
Visitas domiciliárias	<ul style="list-style-type: none"> Taxa de participação nas atividades = 100% 80 visitas domiciliárias; 45 visitas para diagnóstico de situação; 27 visitas para convocatória para as atividades; 8 visitas para a avaliação; Duração média de 90 min; Média de 2,6 visitas por família; 	
Ação de educação para a saúde “Ai as minhas costas”	<ul style="list-style-type: none"> Realizada a ação de educação; 39% dos CF presente; 39% dos CF enunciam uma medida protetora de LME. 	<ul style="list-style-type: none"> 39% dos CF adotaram uma medida protetora de LME; Diminuição do score CADI – EC de 2,62 para 2,04.
Ação de educação para a saúde “Cuidar de mim”	<ul style="list-style-type: none"> Realizada a ação de educação; Taxa de presença= 39% Taxa de partilha= 39% Taxa de impacto positivo= 39% 	<ul style="list-style-type: none"> 22% dos CF referiram uma alteração na vida social; Diminuição do score CADI – RC de 2,25 para 1,6.
Portfólio do CF	<ul style="list-style-type: none"> Realizado capítulo “Ai as minhas costas”; 	<ul style="list-style-type: none"> 22% dos CF utiliza o Portfólio do CF;

	<ul style="list-style-type: none"> • Realizado capítulo “Cuidar de mim”; • Realizado folheto ECCI; • 39% dos CF conhecem o Portfólio do CF. 	<ul style="list-style-type: none"> • 22% refere o Portfólio do CF como muito importante.
Banco de Voluntariado	<ul style="list-style-type: none"> • Realizada reunião. 	

Indicadores de processo:

No âmbito da estratégia secundária, realizaram-se duas sessões de informação dirigidas aos profissionais da ECCI Mafra, como planeado. Houve a participação dos formandos, com contributos fundamentais para as diversas fases seguintes do Planeamento em Saúde, nomeadamente para o Diagnóstico de Situação e para a Seleção de Estratégias e Elaboração de Programas e Projetos. A avaliação foi positiva, com indicadores de interesse demonstrados pela participação dos presentes, revelando-se uma mais-valia pelas sugestões efetuadas para a consecução do projeto. As atividades foram validadas com o recurso a peritos, nomeadamente a Enfermeira de referência e a Enfermeira coordenadora da ECCI Mafra. Considera-se que esta metodologia de implementação do projeto favoreceu o envolvimento da equipa de saúde.

A participação ativa da Enfermeira de referência ao longo de todo o projeto foi essencial, com 100% de participação nas atividades, em todas as fases da metodologia do Planeamento em Saúde. Salientam-se duas mais-valias principais: (1) a constante orientação, de forma a adequar o projeto à realidade da sua execução; (2) a continuidade do mesmo.

Quanto às atividades desenvolvidas no âmbito da estratégia principal, verifica-se mediante a análise dos indicadores de processo a execução das atividades planeadas.

A estratégia para a colheita de dados passou pela realização de visitas domiciliárias, integrada na Equipa de Enfermagem da ECCI Mafra. Considera-se que foi facilitador para responder ao proposto por Anderson, Ward e Hatton (2010) quando abordam a visita domiciliária. As visitas domiciliárias constituíram-se como uma mais-valia como estratégia para iniciar a relação com os CF, perceber as suas dificuldades individuais e de grupo, de forma a posteriormente traçar objetivos, estratégias e atividades adequadas às necessidades encontradas. Possibilitaram a partilha de informação e a validação de perceções que contribuíram para o melhor conhecimento e compreensão do grupo CF. Como indicadores de processo, considerou-se o número de visitas domiciliárias

efetuadas ao longo do projeto, de 03 de outubro de 2011 a 17 de fevereiro de 2012. Realizaram-se um total de 80 visitas domiciliares, numa média de 2,6 visitas por família. A duração média das visitas foi de 90 minutos, sendo esta amplitude maior nas fases de diagnóstico de situação e avaliação do impacto da intervenção.

Relativamente à Ação de Educação para a Saúde “Ai as minhas costas”, a ação teve lugar a 14 de janeiro de 2012, no período das 10h30min às 12h. Foi orientada pelas Mestradas (Enfermagem Comunitária e Enfermagem de Reabilitação), estando também presentes a Enfermeira de referência, a Docente orientadora e 9 CF.

Durante a sessão foram apresentados os resultados principais do diagnóstico de situação; foi pedido a todos os cuidadores que se apresentassem; e foram abordados aspetos relacionados com as LME (fatores de risco, medidas protetoras). Cada cuidador familiar experimentou e demonstrou as técnicas de mobilização da pessoa em situação de dependência nas quais sentia maior dificuldade, sendo orientado para o efeito, de acordo com o preconizado para a aprendizagem do domínio psicomotor (Onega e Devers, 2010). Notou-se a participação ativa dos cuidadores, que culminou na consecução dos objetivos estipulados para esta atividade e dos indicadores de processo, na medida em que foi realizada a ação de educação para a saúde, com uma participação de 39% dos CF, dos quais todos demonstram uma medida protetora de LME.

A Ação de Educação para a Saúde “Cuidar de mim” teve lugar no dia 21 de janeiro de 2012, no período das 10h30min às 12h, nas instalações do Centro de Saúde de Mafra. À semelhança da atividade anterior, nesta atividade participaram 9 cuidadores familiares (que já tinham participado na ação anterior), a Mestrada e a Enfermeira de referência.

Após a apresentação dos objetivos para esta atividade, iniciou-se a mesma com a projeção de um programa de televisão, procurando: (1) que os cuidadores sentissem que as suas vivências são um problema de saúde reconhecido na televisão nacional; (2) lembrar e comentar os aspetos relacionados com a prevenção de LME; (3) abordar a importância do autocuidado como estratégia para gerir as suas dificuldades no cuidar em casa a pessoa em situação de dependência.

Ao longo do filme os cuidadores foram comentando aspetos e medidas protetoras de prevenção de LME que indicaram que os objetivos da sessão anterior foram atingidos. Após o filme, explicou-se que esta ação de formação teria como ponto de partida cinco dificuldades que foram identificadas no diagnóstico de situação com uma média de resposta “Acontece e causa-me alguma perturbação”/ “Acontece e perturba-me muito”.

Adaptando a metodologia *focus group* e baseada no conhecimento individual de cada cuidador, estabeleceram-se regras. Como estratégia de dinamização utilizou-se uma bola, sendo os cuidadores a decidir quem seria o próximo a partilhar. A moderação e síntese da partilha couberam à Mestranda e à Enfermeira de referência. Todos os cuidadores partilharam pelo menos uma estratégia que utilizam para gerir as dificuldades do desempenho do seu papel, sendo as estratégias mencionadas distintas, abrangendo potenciais dificuldades incluídas nas dimensões do CADI “Restrições Sociais” e “Reações ao cuidar”. Verificou-se que alguns dos cuidadores tentaram, face às estratégias verbalizadas, perceber como as poderiam mobilizar para a sua realidade. Como indicadores de processo constatou-se que foi realizada a ação de educação para a saúde, com a participação de 39% do grupo de CF, tendo sido verbalizado o impacto positivo da ação de educação por todos os presentes.

Para a atividade Portfólio do Cuidador Familiar, os indicadores de processo foram igualmente atingidos. No âmbito deste projeto realizaram-se os capítulos “Ai as minhas costas” e “Cuidar de mim”, sendo este último capítulo elaborado com os cuidadores familiares, mediante as estratégias partilhadas na Ação de Educação para a Saúde “Cuidar de mim”. Foi também elaborado o folheto ECCL.

No que se refere à atividade de parceria com o Banco de Voluntariado, a 19 de dezembro de 2011 pelas 14h, no Gabinete de Ação Social da CMM, houve uma reunião em que estiveram presentes a mestranda, a Enfermeira de referência e a Socióloga responsável pela Ação Social da CMM, com o objetivo de identificar barreiras e estratégias para implementação a parceria. Percebeu-se a ausência de recursos económicos por parte da instituição de saúde para assegurar o pagamento do seguro de cada voluntário como o obstáculo à parceria. Face à carência económica atual procuraram-se estratégias alternativas. Dessa forma, a 20 de dezembro de 2011 houve uma reunião com a Assistente Social responsável pela Santa Casa da Misericórdia de Mafra, com o objetivo de perceber como se poderia otimizar a parceria existente no sentido de nela incluir os voluntários e respetivo pagamento de seguro. Esta é no entanto uma atividade em concretização, condicionada pelas alterações orgânicas que, segundo a Enfermeira de referência e a Enfermeira Especialista coordenadora da UCC, ocorrem atualmente ao nível do ACES. Assim, acordou-se que após discussão pública, o presente relatório será um instrumento para que a Enfermeira de referência possa dar continuidade a esta atividade.

Indicadores de resultado:

Para avaliação dos indicadores de resultado planeou-se a aplicação do instrumento de colheita de dados CADI, nas dimensões EC e RC, assim como de um questionário (APÊNDICE XVIII).

Quanto aos indicadores de resultado, após a ação de educação para a saúde “Ai as minhas costas” verificou-se a diminuição dos *scores* médios para a dimensão “Exigências do cuidar”.

Considera-se que o objetivo específico “aumentar o bem-estar físico do cuidador familiar na prestação de cuidados em casa à pessoa em situação de dependência, em pelo menos 30% do grupo de cuidadores familiares da ECCI da UCC Mafra, até 31 de janeiro de 2012, através da adoção de posturas corretas” foi concretizado, na medida em que:

- verificou-se diminuição de *score* CADI - EC de 2,62 para 2,04; representando assim a diminuição da perturbação percebida pelo CF;
- 39% dos CF adotaram pelo menos uma medida protetora de LME, verificando-se que 100% dos CF que participaram na ação de educação para a saúde efetuam a flexão dos joelhos e o alargamento da base de sustentação, durante a prestação de cuidados.

Após a ação de educação para a saúde “Cuidar de mim”, verificou-se que o objetivo “aumentar a linha de defesa flexível do cuidador familiar, pela partilha entre os cuidadores de fatores que promovem a gestão de dificuldades na prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência por um período de tempo prolongado, em pelo menos 15% do grupo de cuidadores familiares da ECCI da UCC Mafra, até 31 de janeiro de 2012” foi atingido:

- verificou-se diminuição de *score* CADI - RC, de 2,25 para 1,6; representando assim a diminuição das dificuldades percebidas pelos CF;
- 5 dos 9 CF que participaram na intervenção referiram uma alteração social desde o seu início, como por exemplo o início de uma atividade de lazer.

Todos os cuidadores familiares que participaram na intervenção conhecem o Portfólio do Cuidador Familiar. Relativamente ao resultado desta atividade, percebe-se que 50% dos CF utilizaram o Portfólio em casa, referindo fazê-lo para esclarecer dúvidas, e destes

todos referiram o Portfólio como muito importante. 50% dos CF não utilizaram o Portfólio, referindo como motivo a ausência de necessidade da sua utilização.

Aborda-se também a avaliação subjetiva dos cuidadores, patente ao longo de toda a intervenção. De entre os 25 elementos convocados para a intervenção (da amostra inicial de 30 verificou-se o óbito de 5 pessoas em situação de dependência), 16 CF demonstram interesse em participar na intervenção. Desses, 2 CF foram excluídos por falecimento da pessoa em situação de dependência. Dos 14 CF restantes, apenas 9 participaram nas atividades, por motivos relacionados com o estado de saúde do familiar em situação de dependência que impossibilitou a ida ao Centro de Saúde. Verificou-se uma interação positiva entre os cuidadores familiares, assim como os cuidadores familiares e a equipa de saúde. Os cuidadores familiares verbalizaram o impacto positivo das atividades:

- “Pena que no próximo sábado não haja outra formação, a gente habituava-se bem a isto”;
- “A gente aprende e areja a cabeça ao mesmo tempo”;
- “É bom poder sair de casa”;
- “Percebi que existem outras pessoas na mesma situação e é bom ver como lidam com os problemas”;
- “Ainda bem que isto aconteceu”;
- “O livrinho dá jeito, porque a gente lê e lembra-se”.

2.7. Considerações éticas

A deontologia assume-se como uma moral particular nas profissões liberais, determinante ético, jurídico e administrativo, representado o compromisso para com a sociedade (Patrão Neves, 2004). No caso da Enfermagem é expressa no Código Deontológico do Enfermeiro, que assume como princípios orientadores da atividade dos enfermeiros a responsabilidade inerente ao papel, o respeito pelos direitos humanos e a excelência no exercício da profissão e na relação com outros profissionais (OE, 2003).

Considera-se que a responsabilidade inerente à intervenção de Enfermagem Comunitária está latente no dever para com a comunidade, expresso pelo artigo 80º do Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2003).

O “respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes” (OE, 2003, p.29) foi assegurado com o pedido de consentimento livre e esclarecido para a participação no projeto de intervenção (APÊNDICE 19). O consentimento livre e esclarecido fundamenta-se no princípio da autonomia (Beauchamp e Childress, 2009) e está patente no artigo 6º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (UNESCO, 2005). Todo o trabalho desenvolvido ao longo deste projeto, desde a sua conceção à implementação, teve por base os princípios de beneficência e não maleficência (Beauchamp e Childress, 2009), na medida em que se considerou o benefício da implementação do projeto para o grupo vulnerável foco de intervenção e a ausência de malefício ou risco na participação no mesmo. Considera-se ainda que o facto do foco de intervenção ser um grupo vulnerável responde ao princípio da justiça (Beauchamp e Childress, 2009).

A excelência no exercício da profissão regeu-se pelos “valores universais a observar na relação profissional” (OE, 2003, p. 24). Este princípio foi também atendido com o pedido de autorização ao autor do instrumento de colheita de dados selecionado para a fase de diagnóstico de situação (APÊNDICE 5). Refere-se também o respeito pelo artigo 85º do Código Deontológico do Enfermeiro, que assegura o segredo profissional (OE, 2003).

2.8. Limitações e constrangimentos

Na implementação deste projeto de intervenção comunitária verificaram-se algumas dificuldades que de alguma forma influenciaram a concretização do mesmo. Todavia, estas limitações foram consideradas como momentos de crescimento e aprendizagem, que proporcionaram o desenvolvimento de competências como a perseverança e a criatividade, na procura de soluções e estratégias que permitissem a continuidade do projeto.

Inicialmente, a área geográfica extensa e dispersa do Concelho de Mafra e a organização dos Cuidados Continuados na UCC dificultaram a organização das visitas domiciliárias iniciais e prolongaram o tempo previsto para a fase de diagnóstico de situação. Com uma área de quase 300 Km², existem quatro equipas de Enfermagem da UCC em visita domiciliária diária, sendo que esta é efetuada a utentes que podem ou não estar inscritos na ECCI, ou seja, que integram ou não a população em estudo. Face a esta particularidade, sentiu-se alguma dificuldade em agendar as visitas domiciliárias

iniciais a cada CF integrada com a equipa de Enfermagem. Esta limitação foi superada com uma organização conjunta das visitas com as diferentes equipas, e para a sua concretização contribuíram as atividades desenvolvidas no âmbito da estratégia secundária que visaram o envolvimento da equipa da ECCI.

A participação em atividades externas ao domicílio foi também condicionada pela dificuldade dispersão geográfica dos CF, embora este aspeto tenha sido colmatado com o recurso ao parceiro social Junta de Freguesia de Maфра. Refere-se que esta limitação proporcionou uma oportunidade de crescimento, relacionada com a mobilização de recursos da comunidade.

Como fator fortemente condicionante da participação em atividades externas ao domicílio refere-se a ausência de uma pessoa que permanecesse com a pessoa em situação de dependência durante a ausência do CF, o que levou à não participação de alguns CF nas ações de educação para a saúde. A não existência de uma parceria com o Banco de Voluntariado da CMM é assim uma lacuna a assinalar nesta comunidade, com influência na capacitação do grupo CF. Esta dificuldade levou a que uma das atividades do projeto fosse o início da parceria ente os cuidados de saúde e o Banco de Voluntariado da CMM. Para esta atividade, a ausência de recursos económicos e a reorganização do ACES funcionaram como constrangimento.

Constatou-se que algumas das pessoas com dependência permanecem grandes períodos sem acompanhamento do CF. Em várias visitas domiciliárias o CF não se encontrava presente, sendo difícil o contacto com o mesmo, o que também condicionou a dimensão da amostra. Esta dificuldade foi sentida como um constrangimento, não ultrapassada mesmo com a realização de várias visitas em diferentes momentos do dia.

Refere-se também a instabilidade e imprevisibilidade do estado de saúde da pessoa em situação de dependência, que não se considera uma limitação particular da amostra deste projeto mas sim uma das características do grupo CF e das intervenções que lhe são dirigidas, tendo sido igualmente referida por Machado (2011).

A duração do Estágio é uma condicionante a referir, na medida em que outras atividades poderiam ser desenvolvidas com um recurso temporal mais amplo.

3. CONCLUSÃO

3.1. Implicações para a prática de Enfermagem

Como implicações para a prática, considera-se que a realização deste projeto responde a um dos objetivos traçados pela ECCI Mafra – capacitação dos CF - mas até então pouco desenvolvido pela equipa. Vários CF demonstraram surpresa inicial aquando da apresentação do projeto, e satisfação pelo mesmo. A sensibilização da equipa de saúde e a discussão em equipa das necessidades não só da pessoa em situação de dependência mas também do CF foi trabalhada nas reuniões de equipa de uma forma mais sistematizada, e sugere-se a inclusão de dados sobre o CF nos registos de Enfermagem e no processo clínico da pessoa em situação de dependência.

O desenvolvimento de um projeto formativo de educação para a saúde ao CF revelou-se em várias situações como uma mais-valia para o bem-estar e saúde de ambos – pessoa em situação de dependência e CF, pelo que a sua implementação anual na população pode proporcionar ganhos em saúde. Assim, sugere-se a continuidade das ações de educação para a saúde (no âmbito de um projeto de educação para a saúde) e do Portfólio do CF, assim como o reforço da parceria com a Junta de Freguesia de Mafra para garantir o transporte dos CF quando necessário. O estabelecimento da parceria com o Banco de Voluntários da CMM revela-se como o desafio, com benefícios para o grupo CF sabendo que as Restrições Sociais foram um grupo de dificuldades detetadas neste projeto mas não trabalhadas face à presente inexequibilidade das ações. Percebidos os obstáculos ao início desta parceria, espera-se que o presente projeto contribua para demonstrar a necessidade da mesma.

As expectativas e vontades demonstradas pelo grupo CF, através da verbalização do impacto positivo e das mudanças de comportamento verificadas, acentuam a importância da continuidade deste projeto.

Refere-se ainda o benefício do recurso conjugado à metodologia do Planeamento em Saúde e à Teoria dos Sistemas de Betty Neuman. A metodologia do Planeamento em Saúde permite, entre outras coisas, a tomada de decisão fundamentada, objetiva e baseada na evidência. A Teoria dos Sistema de Betty Neuman, pela sua matriz conceptual, permite a análise do grupo dos CF, ambiente e *stressores* potenciais ou reais, permitindo uma intervenção de Enfermagem no nível de prevenção adequado ao

diagnóstico efetuado. Outro contributo desta autora passa pela conceção de intervenções ao nível da prevenção primária conjuntamente com outros níveis de prevenção, o que se considera uma mais-valia para a Enfermagem Comunitária.

3.2. Desenvolvimento de competências na área de Especialidade em Enfermagem Comunitária

Este projeto de intervenção comunitária iniciou um percurso que procura o desenvolvimento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (DR 2ª Série, 35 (18/02/11), p.8649). A sua reflexão faz-se com recurso ao Regulamento Específico de Competências (OE, 2010) e ao Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (OE, 2011), emanados pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária.

Considera-se que as principais competências desenvolvidas resultam da utilização da metodologia do Planeamento em Saúde de forma articulada com o referencial teórico de Enfermagem, nomeadamente na elaboração da necessidade de saúde de um grupo, em que foram mobilizados e integrados conhecimentos de outras áreas do saber, como Epidemiologia, Psicologia, Investigação e Estatística, Informática. Possibilitou-se assim a tomada de decisão fundamentada em dados concretos e objetivos, o planeamento de atividades dirigidas ao grupo, a sua execução e avaliação que contribuíram para o desenvolvimento desta competência. Salienta-se também a competência para a pesquisa bibliográfica sistematizada e para a prática baseada na evidência.

A competência específica que aborda a capacitação de grupos foi finalidade e objetivo deste projeto, procurando-se a maximização do potencial de saúde dos CF através da capacitação para gerir as dificuldades de cuidar em casa. Neste âmbito, salienta-se o desenvolvimento de estratégias para a mobilização dos recursos e parceiros comunitários (potencializando os recursos da comunidade de forma a garantir a continuidade dos cuidados), a capacidade de liderar um projeto, a intervenção num grupo vulnerável com necessidades específicas como os CF, a integração de saberes de diferentes disciplinas (Psicologia, Educação), e a competência para gerir informação em saúde, nomeadamente através das atividades desenvolvidas. Referem-se as *soft-skills* de trabalho em equipa, atitude positiva, perseverança, capacidade de negociação, resolução de problemas, flexibilidade e capacidade de adaptação. Salienta-se ainda a competência

comunicacional para intervir com o cliente grupo, até então nunca trabalhada pela Mestranda, que no âmbito das relações individuais que estabeleceu com os CF procurou sempre uma lógica de grupo.

Refere-se ainda que o estudo das dificuldades dos CF, fator preditivo de fenómenos de *stress* e sobrecarga, permitiu, embora de forma indireta, o desenvolvimento de competências específicas referentes à vigilância epidemiológica. Este projeto contribui também para a concretização de objetivos de Programas de Saúde, nomeadamente com a integração na ECCL.

Perante esta experiência de âmbito académico, que possibilitou o desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, considera-se a Mestranda se encontra no nível de iniciada (Benner, 2001), pela ausência de experiência profissional nesta área e domínio de competências específicos.

3.3. Considerações finais

A pertinência da intervenção com o cuidador familiar da pessoa em situação de dependência no domicílio justifica-se com os dados demográficos que evidenciam o aumento do número de pessoas em situação de dependência, associado à redução dos tempos de internamento, às alterações percebidas nas famílias contemporâneas e à progressiva participação da mulher no extrassistema familiar.

Começa assim a ser identificada a função cuidadora como um fator de risco para a saúde do cuidador familiar da pessoa em situação de dependência (Cuesta-Benjumea, 2009; Martins, Pais Ribeiro, Garrett, 2003; Schoenmakers et al, 2009). É identificado nos cuidadores maior prevalência de alterações como depressão, ansiedade, *stress*, diminuição da função imunitária, compromisso do autocuidado, o que se traduz numa pior saúde e maior vulnerabilidade (Schumacher, Beck, Marren, 2006). O conjunto destas variáveis traz para os contextos de cuidados de saúde novos desafios, como o cuidar do cuidador familiar da pessoa em situação de dependência.

Conclui-se que este projeto contribuiu para reconhecer a realidade dos cuidadores familiares como grupo vulnerável, com dificuldades que se relacionam com as “Exigências do Cuidar”, as “Restrições Sociais” e as “Reações ao Cuidar”. A educação para a saúde revela-se como uma estratégia promotora da capacitação do grupo de CF, identificada como uma estratégia com impacto favorável na diminuição das dificuldades

percecionadas na prestação de cuidados à pessoa com dependência no domicílio, para as dimensões “Exigências do Cuidar” e “Reações ao Cuidar”.

A Enfermagem Comunitária, enquanto área vocacionada para a promoção da saúde, contribui para conhecer as necessidades de saúde da população e da comunidade, de forma a intervir e obter ganhos em saúde. Para o grupo dos cuidadores familiares, reconhecido como grupo vulnerável, a capacitação do mesmo é uma das competências específicas desta área de especialização.

Para o ambiente de implementação deste projeto – ECCI Mafra - o apoio aos CF foi uma necessidade sentida pela equipa de saúde, e objetivada por este trabalho. A metodologia do Planeamento em Saúde (Imperatori e Giraldes, 1986), associada à compreensão do foco de intervenção com a Teoria dos Sistemas de Neuman, revelou-se uma forma adequada de abordagem, possibilitando uma visão holística do foco de intervenção e consequente intervenção. Considera-se que esta associação assumiu especial relevância nas etapas de diagnóstico de situação, seleção de estratégias e elaboração de projetos e programas.

Apesar realizado com um objetivo académico, este estágio marcou o início de um percurso de desenvolvimento de competências como enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

5. REFERÊNCIAS

ANDERSON, Debra; WARD, Heather; HATTON, Diane (2010) – Riscos de saúde da família. In: STANHOPE, M; LANCASTER, J. – **Enfermagem Comunitária**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2010. ISBN: 978-989-8075-29-1. p. 605-630

ARAÚJO, Isabel; PAUL, Constança; MARTINS, Maria Manuela (2009) – Cuidar de idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. **Ciência, Cuidado e Saúde**. ISSN 0966-0410. Vol. 8, n.º2 (2009), p.191-197. Acedido em 03/07/2011. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8198/4925>

ARKSEY, Hillary (2002) – Combining informal care and work: supporting carers in the workplace. **Health and social care in the community**. ISSN 0966-0410. Vol. 10, n.º 3 (2002) p. 151-161. Acedido em 03/07/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=25&sid=f8b324d5-a7e4-4b9e-8b8f-4ed1d9969aad%40sessionmgr110>

BAIÃO, Fátima; RODRIGUES, Maria da Luz. **Plano de Ação da Unidade de Cuidados na Comunidade Mafra**. 2010. Equipa de Cuidados Continuados Integrados. Acessível na Unidade de Cuidados da Comunidade Mafra, Enxara do Bispo (Mafra), Portugal

BEAUCHAMP, Tom; CHILDRESS, James (2009) – **Principles of biomedical ethics**. 6ª ed. Oxford: Oxford University Press. ISBN 978-0-19-533570

BJÖRNSDÓTTIR, Kristin (2002) – From state to the family: reconfiguring the responsibility for long-term nursing care at home. **Nursing Inquiry**. ISSN 1440-1800. Vol.9, n.º1 (2002) p. 3-11. Acedido em 03/07/2011. Disponível em: http://content.ebscohost.com/pdf25_26/pdf/2002/82C/01Mar02/6435952.pdf?T=P&P=AN&K=2002073247&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNLr40SeqLQ4yOvqOLCmr0mep7BSsqu4SLaWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgeyx6oHx2O15

BENNER, Patricia (2001) – **From novice to expert: excellence and power in clinical nursing practice**. Commemorative ed. New Jersey: Prentice Hall Health. ISBN 0-13-032522-8

CÂMARA MUNICIPAL DE MAFRA (s.d.) – **Carta Educativa do Concelho de Mafra**. Acedido em 26/07/2011. Disponível em: <http://www.cm-mafra.pt/educacao/pdf/carta/caracterizacao.pdf>

CÂMARA MUNICIPAL DE MAFRA (2007) – **Plano municipal de defesa da floresta contra incêndios**. Acedido em 13/03/2012. Disponível em: http://www.cm-mafra.pt/proteccao/pdf/caderno_2-PMDFCI.pdf

COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA. Ordem dos Enfermeiros (2010) – **Proposta de Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedida em 14/01/2011. Disponível em: https://membros.ordemenfermeiros.pt/assembleiascolegiosespecialidade/Documents/Proposta_Reg_Perfil%20Comp%20Espec%C3%ADficas%20Comunit%C3%A1ria%20e%20SPub_aprovado%20em%20AssembC%2011.09.2010.pdf

COLLIÈRE, Marie-Françoise (1999) – **Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. ISBN 972-757-109-3

CONSELHO LOCAL DE AÇÃO SOCIAL DE MAFRA (2007) – **Diagnóstico Social do Conselho de Mafra**. Acedido a 16/04/2011. Disponível em: <http://www.cm-mafra.pt/accao/pdf/diagnosticoSocial.pdf>

Decreto-Lei n.º 28/2008. **DR 1ª Série**. 38 (22/02/08). Acedido em: 26/07/2011. Disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_105/DL_28_2008_ACES.pdf

Decreto-Lei n.º 101/2006. **DR 1ª Série A**. 109 (06/06/06). Acedido em: 26/07/2011. Disponível em: <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/38563865.pdf>

Deliberação n.º 1094/2011. **DR 2ª Série**. 85 (03/05/11). Acedido em 26/07/2011. Disponível em: http://www.sindite.pt/downloads/legislacao/deliberacao_1094_2011.pdf

Despacho 10143/2009. **DR 2ª Série**. 74 (16/04/2009). Acedido em 26/07/2011. Disponível em: http://www.mcsp.min-saude.pt/lmgs/content/page_105/DespUCC_de16abril2009.pdf

DIAS, Ana e QUEIRÓS, Alexandra – **Integração e Continuidade de Cuidados 2010**. (análise especializada integrada no Plano Nacional de Saúde 2011-16) Acedido a 23/12/2010. Disponível em: <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2010/07/ICC3.pdf>.

DOCHTERMAN, J.C.; BULECHEK, G.M. (2004) - **Nursing Interventions Classification (NIC)**. 4ª ed. St. Louis: Mosby. Acedido em 03/12/2011. Disponível em:

<http://www.rncasemanager.com/articles/NursingInterventionsClassificationLabelsDefinitions.pdf>

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA (2011) – **Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações**. Acedido em 12/04/2012. Disponível em: http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/C2BE8B13-0966-4570-807F-A83FA311B591/0/GUIA_DEFIN_TRAB_2011.pdf

GARCIA, Catarina (2009) – Tradução e validação do *consequences of care index*. **Pensar Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol. 13, n.º 1 (1º Semestre de 2009). p. 39-48. Acedido em 26/06/2011. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_1_39-48.pdf

GRELHA, Patrícia (2009) – **Qualidade de vida dos cuidadores informais de idosos dependentes em contexto domiciliário**. Lisboa: Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado. Acedido em 04/12/2011. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf

HANSON, Shirley (2005) – **Enfermagem de cuidados de saúde à família. Teoria, prática e investigação**. 2ª ed. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-83-5

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário (1986) – **Metodologia do planeamento da saúde**. 2ª ed. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. ISBN 972-33-1217-4

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (2000) – **Classificação internacional para a prática de enfermagem. Versão beta**. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN 972-98149-1-0

JUNIÓR, P. [et al] (2011) – Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida em idosos com deficit de autocuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 16(7). p. 3131-3138. Acedido em 04/12/2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n7/13.pdf>

LANCASTER, Jeanette; LOWRY, Lois W.; MARTIN, Karen S. (1999) – Organização de Estruturas Aplicadas à Enfermagem Comunitária. In: STANHOPE, M; LANCASTER, J. – **Enfermagem Comunitária**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999. ISBN: 972-8383-05-3. p. 195-222.

LOURO, Maria (2010) – A pessoa doente e dependente: do hospital ao domicílio. **Revista Investigação em Enfermagem**. ISSN 0874-7695. n.º 21 (fevereiro 2010), p. 59-68

MACHADO, Vanessa (2010) – **Capacitar os familiares cuidadores para cuidar em casa a pessoa em fim de vida**. Lisboa: Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tese de Mestrado

MARTINS, Teresa; PAIS RIBEIRO, José; GARRETT, Carolina (2003) – Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais. **Psicologia, Saúde & Doenças**. ISSN 1645-0086. Vol. 4, n.º 1 (2003) p. 131-148

MOORHEAD, S.; JOHNSON, M.; MAAS, M. (2004). **Nursing Outcomes Classification (NOC)**. 3ªed. St. Louis: Mosby. Acedido em 02/12/2011. Disponível em: <http://www.rncasemanager.com/articles/NursingOutcomesClassificationLabelsDefinitions.pdf>

NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline (2011) – **The Neuman Systems Model**. 5ª ed. Boston: Pearson, 2011, ISBN 978-0-13-514277-6

NOLAN, M.; KEADY, J.; GRANT, G. (1995) - Developing a typology of family care: implications for nurses and other service providers. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 0309-2402. Vol. 21 (1995) p. 256-265

NOLAN, M.; GRANT, G. (1989) - Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nursing practice. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 0309-2402. Vol. 14 (1989) p. 950-961.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (2011) – **Relatório primavera 2011. Da depressão da crise para a governação prospetiva da saúde**. Acedido em 12/07/2011. Disponível em: http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf

ONEGA, Lisa; DEVERS, Edie (2010) – Educação para a saúde e processo de grupo. In: STANHOPE, M; LANCASTER, J. – **Enfermagem Comunitária**. 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2010. ISBN: 978-989-8075-29-1. p. 605-630

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001) – **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 06/02/2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2003) – **Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN 972-99646-0-2

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – **Rede nacional de cuidados continuados integrados – referencial do enfermeiro**. Acedido em 13/03/2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RNCCI%20-%20v.FINAL%20Referencial%20do%20Enfermeiro%20-%20abril%202009.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010) – **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública**. Acedido em 11/06/2011. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2011) – **Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem comunitária e de saúde pública**. Acedido em 24/03/2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA (2005) – **Declaração universal sobre bioética e direitos humanos**. Acedido em 26/07/2011. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (1986) – **The Ottawa charter for health promotion**. Acedido em 07/02/2012. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

PATRÃO NEVES, Maria do Céu (2004) – **Ética, moral, deontologia e bioética: conceitos que pensam a ação**. In: PATRÃO NEVES, Maria do Céu; PACHECO, Susana (2004) – **Para uma ética da enfermagem: desafios**. Coimbra: Gráfica de Coimbra, ISBN 972-603-326-8

PEREIRA, Maria Júlia; FILGUEIRAS, Maria Stella (2009) – **A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos**. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. ISSN 1516-7704. Vol.12, n.º1 (Jan. / Mar. 2009). Acedido em 03/07/2011. Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&hid=24&sid=f8b324d5-a7e4-4b9e-8b8f-4ed1d9969aad%40sessionmgr110>

PETRONILHO, Fernando (2007) – **Preparação do regresso a casa**. Coimbra: Formasau, ISBN 978-972-848-591-7

PINTO, Ana; BRITES, Marta; CARRANCA, Márcia (2010) – Acolher em casa o utente dependente com afeção neurocirúrgica: vivências da família/ pessoa significativa. **Revista Investigação em Enfermagem**. ISSN 0874-7695. n.º 21 (fevereiro 2010), p. 69-81.

Portaria n.º 276/ 2009. **DR 1ª Série**. 54 (18/03/09). Acedido em: 26/07/2011. Disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/2009/03/05400/0172801737.pdf>

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde (2004) – **Programa nacional para a saúde das pessoas idosas**. Acedido em 16/07/2011. Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>

RAMOS, Paula (2010) – **Transição hospital/ casa – dificuldades dos cuidadores familiares**. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Tese de Mestrado.

Regulamento n.º 122/2011. **DR 2ª Série**. 35 (18/02/11). Acedido em 26/07/2011. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0864808653.pdf>

Regulamento n.º 128/2011. **DR 2ª Série**. 35 (18/02/11). Acedido em 26/07/2011. Disponível em: <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0866708669.pdf>

SANTOS, R. [et al] (2011) – Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. **Revista Psiquiatria Clínica**. Vol. 38(4). p. 161-167. Acedido em 04/12/2011. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipg/revista/vol38/n4/PDF/161.pdf>

SCHOENMAKERS, Brigitte [et al] (2009) – The relation between care giving and the mental health of caregivers of demented relatives: A cross-sectional study. **European Journal of General Practice** [em linha]. ISSN 1751-1402. Vol. 15, (2009) p.99-106. Acedido em: 29/04/2011. Disponível em: <http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/13814780903064455>

SCHUMACHER, Karen; BECK, Claudia; MARREN, Joan (2006) – Family caregivers: caring for older adults, working with their families. **American Journal of Nursing**. ISSN 1538-7488. Vol. 106, n.8 (agosto 2006). p. 40-49

SCHUMACHER, Karen (1996) – Reconceptualising family caregiving: family-based illness care during chemotherapy. **Research in Nursing & Health**. ISSN 0160-6891. Vol. 19 (1996) p. 261-271

SCHUMACHER, Karen [et al] (2006) – A transactional model of cancer family caregiving skill. **Advances in Nursing Science**. ISSN 0161-9268. Vol. 29, n.º3 (2006) p. 271-286

SEQUEIRA, Carlos (2007) – **Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções**. Coimbra: Editora Quarteto. ISBN 978-989-558-092-7

SHYU, Yae-Ing Lotus (2000) – The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home. **Journal of Advanced Nursing**. ISSN 0309-2402. Vol. 32. p. 619-625.

Acedido em 03/07/2011. Disponível em:
http://content.ebscohost.com/pdf17_20/pdf/2000/4BG/01Sep00/6058507.pdf?T=P&P=AN&K=2000076449&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNLr40SeqLQ4yOvqOLCmr0mep7B SsK64SrGWxWXS&ContentCustomer=dGJyMOzprkqxrLZNuePfgeyx6oHx2O15

SILVA, Ana (2009) – **Efetividade de um programa de intervenção na perceção de sobrecarga dos familiares cuidadores da pessoa com demência**. Lisboa: Dissertação de Mestrado apresentada na Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de Mestrado. Acedido em 04/12/2011. Disponível em:
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2375/1/ulsd058209_tm_Ana_Silva.pdf

SILVEIRA, Teresinha; CALDAS, Célia; CARNEIRO, Teresinha (2006) – Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**. ISSN 1678-4464. Rio de Janeiro. Vol. 22, n.º8 (agosto 2006). p. 1629-1638. Acedido em 03/07/2011. Disponível em:
<http://www.scielo.org/pdf/csp/v22n8/11.pdf>

TAVARES, António (1990) – **Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde**. Ministério da Saúde.

UNIDADE DE MISSÃO PARA OS CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS (2011) – **Manual do prestador – recomendações para a melhoria contínua**. Acedido em 07/02/2012. Disponível em: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/UMCCI-RNCCI_Manual_do_Prestador.pdf

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen (2008) – **Enfermeiras e Famílias. Um guia para avaliação e intervenção na família.** 4ª ed. São Paulo: Editora Roca Ltda. ISBN 978-85-7241-774-7

APÊNDICES

APENDICE I – Cronograma de Projeto (previsto e reformulado)

Cronograma de Atividades (previsto)

	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Revisão bibliográfica									
Diagnóstico da situação				a)					
Definição de prioridades									
Fixação de objetivos									
Seleção de estratégias									
Elaboração de programas e projetos									
Preparação da execução									
Avaliação									b)
Elaboração do relatório									

a) Início do estágio na UCC Mafra do ACES VIII – Sintra-Mafra.

b) Final do estágio na UCC Mafra do ACES VIII – Sintra-Mafra.

Cronograma de Atividades (reformulado)

	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro
Revisão bibliográfica									
Diagnóstico da situação				a)					
Definição de prioridades									
Fixação de objetivos									
Seleção de estratégias									
Elaboração de programas e projetos									
Preparação da execução									
Avaliação									b)
Elaboração do relatório									

a) Início do estágio na UCC Mafra do ACES VIII – Sintra-Mafra.

b) Final do estágio na UCC Mafra do ACES VIII – Sintra-Mafra.

APÊNDICE II - Guia de observação da reunião do Diagnóstico Social da Freguesia de Mafra e Sobral da Abelheira

Guião da Observação Participante – Reunião dos parceiros sociais que integram o CLASM

1. Objetivo

2. Presenças

3. Foco de intervenção (cuidador familiar)

3.1. Recursos disponíveis

3.2. Perceção sobre:

3.2.1. Grau de dependência para as AVD

3.2.2. Situação familiar

3.2.3. Cuidador familiar mais frequente (características)

3.2.4. Família

3.2.5. Rede social de apoio

4. Outros assuntos

APÊNDICE III – Guião de entrevista à Enfermeira responsável pela ECCI Mafra

Guião da Entrevista à Enfermeira responsável pela ECCI da UCC Mafra

1. Consentimento informado
2. Tempo de experiência profissional
3. Tempo de experiência em CC
4. Caracterização da população:
 - 4.1. N.º de utentes (RNCCI/ CC)
 - 4.2. Perceção sobre:
 - 4.2.1. Grau de dependência para as AVD
 - 4.2.2. Situação familiar
 - 4.2.3. Cuidador familiar mais frequente (características)
 - 4.2.4. Família
 - 4.2.5. Rede social de apoio
5. Caracterização da equipa de saúde
 - 5.1. Equipa multidisciplinar
 - 5.2. Enfermeiros
 - 5.3. Principais dificuldades verbalizadas pela Equipa de Enfermagem
6. Área de intervenção (cuidadores familiares)
 - 6.1. Principais necessidades de intervenção detetadas
 - 6.2. Estratégias adequadas
7. Outros assuntos

APÊNDICE IV – Questionário de Avaliação Sócio-Demográfica

Questionário de caracterização do CF – variáveis sócio-demográficas

- **Questionário n.º:**
- **Pólo ECCI:** Enxara do Bispo Ericeira Mafra
- **Idade:**
- **Sexo:**
 - Feminino
 - Masculino
- **Estado Civil:**
 - Solteiro
 - Casado
 - União de Facto
 - Separado de Facto
 - Divorciado
 - Viúvo
- **Relação de parentesco com a pessoa cuidada:**
 - Esposa(o)
 - Filha(o)
 - Nora/ Genro
 - Irmã(ão)
 - Neta(o)
 - Sobrinha(o)
 - Outro Qual? _____
- **Escolaridade:**
 - Sem escolaridade
 - 1º Ciclo do Ensino Básico
 - 2º Ciclo do Ensino Básico
 - 3º Ciclo do Ensino Básico
 - Ensino Secundário

- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

- **Atividade laboral:**

- Forças Armadas
- Representantes do poder legislativo e de órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos
- Especialistas das atividades intelectuais e científicas
- Técnicos e profissionais de nível intermédio
- Pessoal Administrativo
- Trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores
- Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas
- Trabalhadores qualificados da indústria, da construção e artifícios
- Operadores de instalação e máquinas e trabalhadores da montagem
- Trabalhadores não qualificados
- Pensionista/ Reformado
- Estudante
- Desempregado
- Outra _____

- **Tempo como CF:**

- **Horas de cuidado diário:**

- **Dependência da pessoa cuidada:**

Score no Índice de Katz:

- **Patologia:**

APÊNDICE V – Autorização para aplicação do CADI

Assunto: Pedido de autorização para a utilização do índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI)

Exmo. Professor Carlos Sequeira

Ana Isabel Batalha Bicho, com o número de Bilhete de Identidade 11644641 e a Cédula Profissional n.º 5-E43310, mestranda do 2º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio pretende desenvolver um projeto de intervenção, intitulado “Capacitar o cuidador familiar para gerir as dificuldades do cuidar em casa, a pessoa em situação de dependência no autocuidado”. O projeto tem como finalidade contribuir para a capacitação do cuidador familiar da pessoa em situação de dependência no domicílio; como objetivo geral pretende-se promover a capacidade dos cuidadores familiares para gerirem as dificuldades do cuidar em casa a pessoa em situação de dependência.

Será sustentado na metodologia do Planeamento em Saúde. Para a etapa de diagnóstico de situação, consideramos que o instrumento de colheita de dados que validou e utilizou ao longo do conhecimento que produz, é uma mais-valia para identificar as dificuldades do cuidador familiar da pessoa em situação de dependência, foco de intervenção deste projeto.

Assim, pedimos a sua autorização para este efeito.

Estamos disponíveis para qualquer esclarecimento, agradecendo antecipadamente a sua atenção.

Sem qualquer outro assunto,

(Ana Isabel Batalha Bicho)

APÊNDICE VI - Fluxograma de constituição da amostra

A M O S T R A

Consulta de base de dados da
RNCCI – ECCI Mafra
Seleção da população N=49

CrITÉrios de exclusão n=18

- CF não é o principal prestador de cuidados n=9
- Pessoa em situação de dependência < 18 anos n=1
- Pessoa em situação de dependência não é cuidada pela ECCI no período de colheita de dados n=3
- CF não contactado durante o período de colheita de dados n=2
- CF com incapacidade de responder ao instrumento de colheita de dados n=2
- Recusa em participar n=1

Amostra
n=30

I N T E R V E N Ç Ã O

- Óbito da pessoa em situação de dependência n=7
- Alteração do estado de saúde da pessoa em situação de dependência n=5

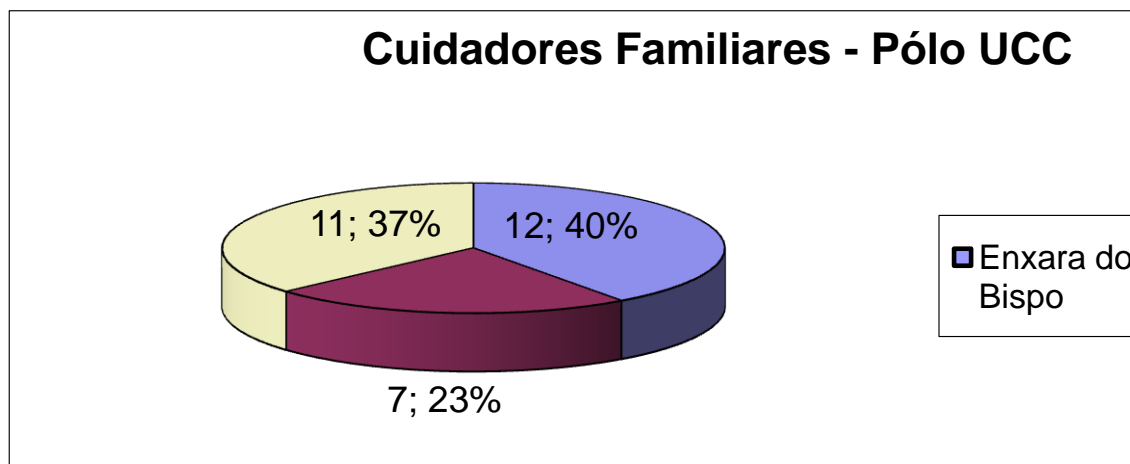
Intervenção
n=9

- Óbito da pessoa em situação de dependência n=1

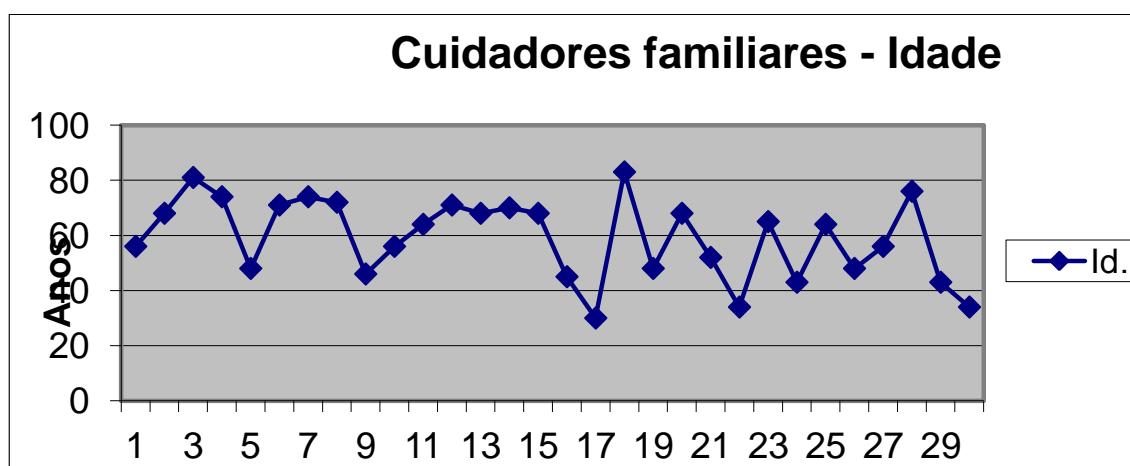
Avaliação
n=8

APÊNDICE VII – Resultados da aplicação do instrumento de colheita de dados

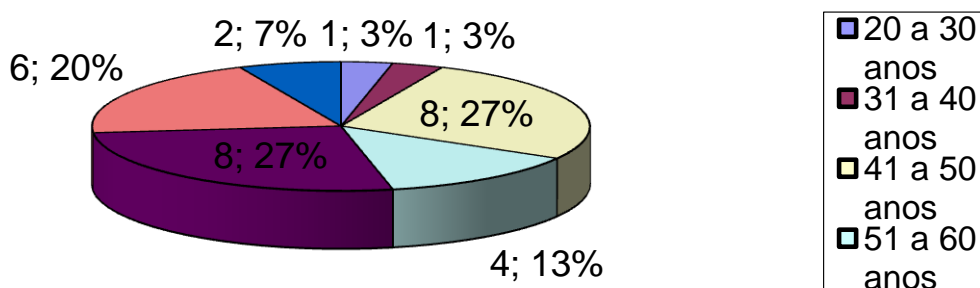
Relativamente à distribuição de Cuidadores Familiares pelos pólos da UCC, percebe-se que 12 CF são provenientes do pólo Enxara do Bispo/ Malveira; 7 CF são provenientes do pólo Ericeira; e 11 CF são provenientes do pólo Mafra.



Relativamente à distribuição por idades, encontra-se um mínimo de 30 e um máximo de 83 anos. A média de idades é de 59 anos com um desvio padrão de 14 anos, mediana de 64 anos. O 1º quartil situa-se nos 48 anos; o 3º quartil apresenta um valor de 70 anos. O que significa que 75% dos CF têm uma idade superior a 48 anos, com 25% da amostra com idade superior a 70 anos. Pela distribuição por classes etárias percebe-se que metade dos CF se encontra nas faixas etárias dos 41 aos 50 anos e dos 61 aos 70 anos.

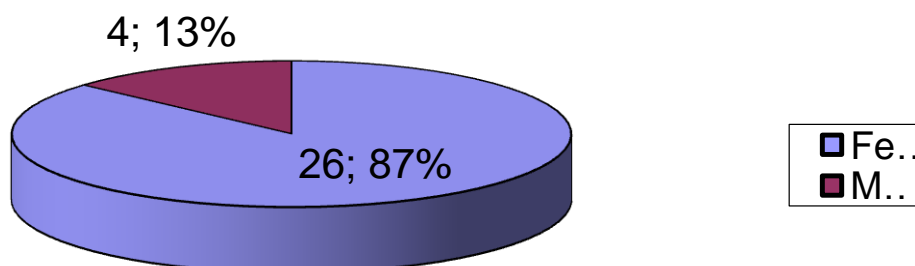


Cuidadores Familiares - Classe Etária

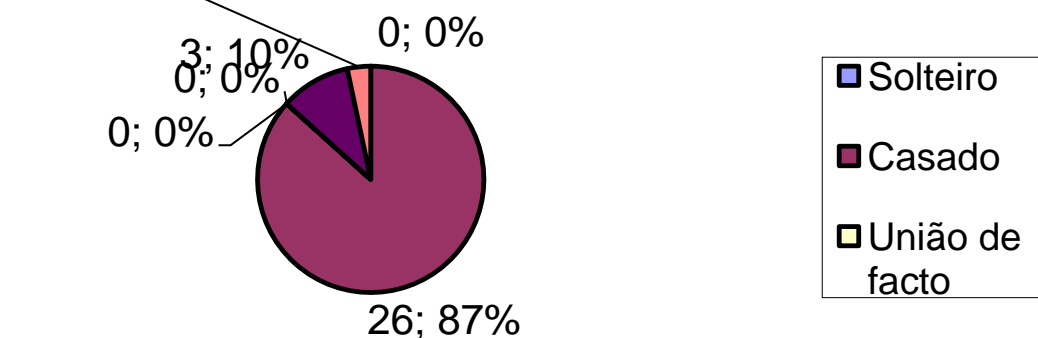


Quanto à distribuição por sexos, percebe-se que a maioria dos CF é do sexo feminino, havendo 27 mulheres e 4 homens, o que corresponde a 87% da amostra do sexo feminino. Relativamente ao estado civil, sabe-se que 87% dos CF é casado.

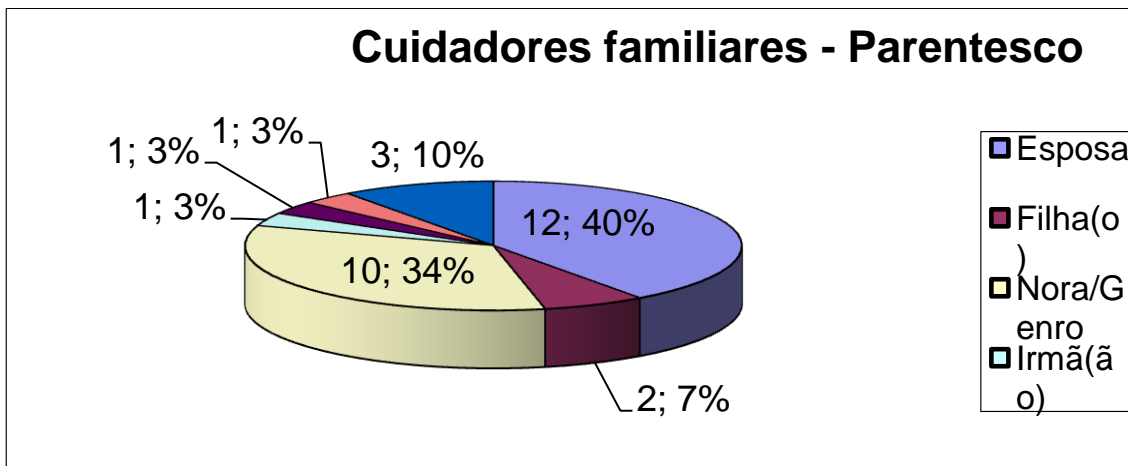
Cuidadores familiares - Sexo



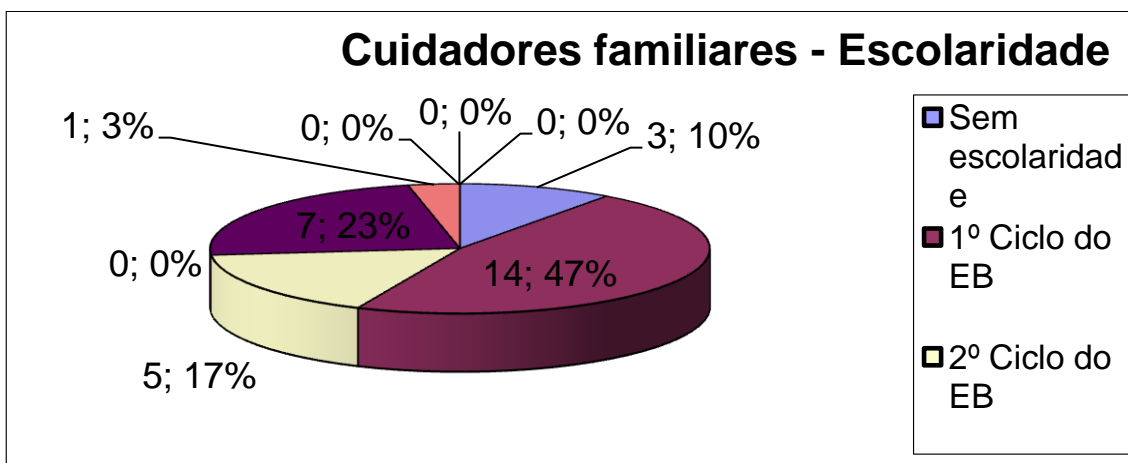
Cuidadores familiares - Estado Civil



Na relação de parentesco com a pessoa em situação de dependência para o autocuidado, identifica-se que 47% dos CF se relaciona pelo casamento. Realça-se a participação da geração descendente da pessoa cuidada, com 33% de cuidadores familiares “Nora/genro”. Cria-se a hipótese que os resultados encontrados nos itens relativos à idade, ao estado civil e grau de parentesco se relacionam entre si.

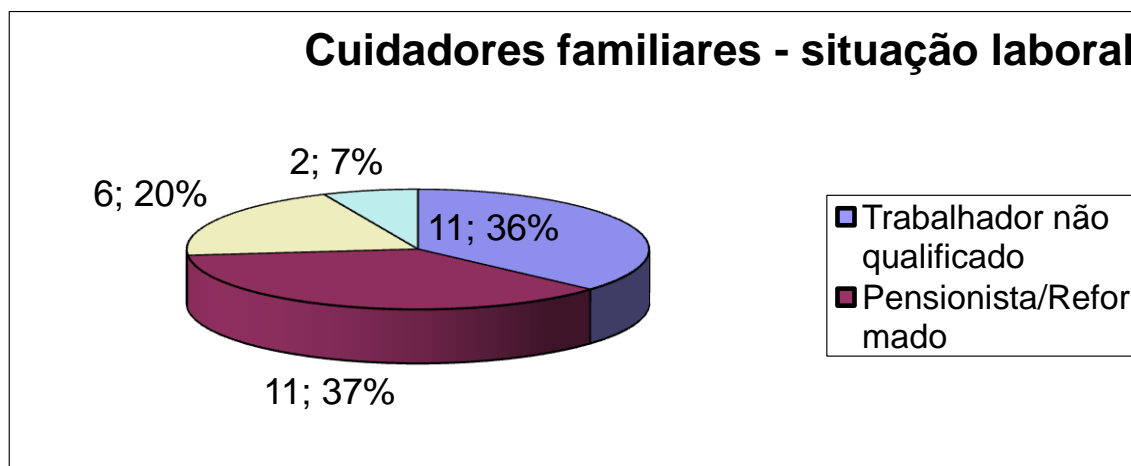


No que concerne ao grau de escolaridade, 47% dos CF obteve o 1º Ciclo do Ensino Básico, registando-se 10% dos CF que nunca frequentaram um estabelecimento de ensino.

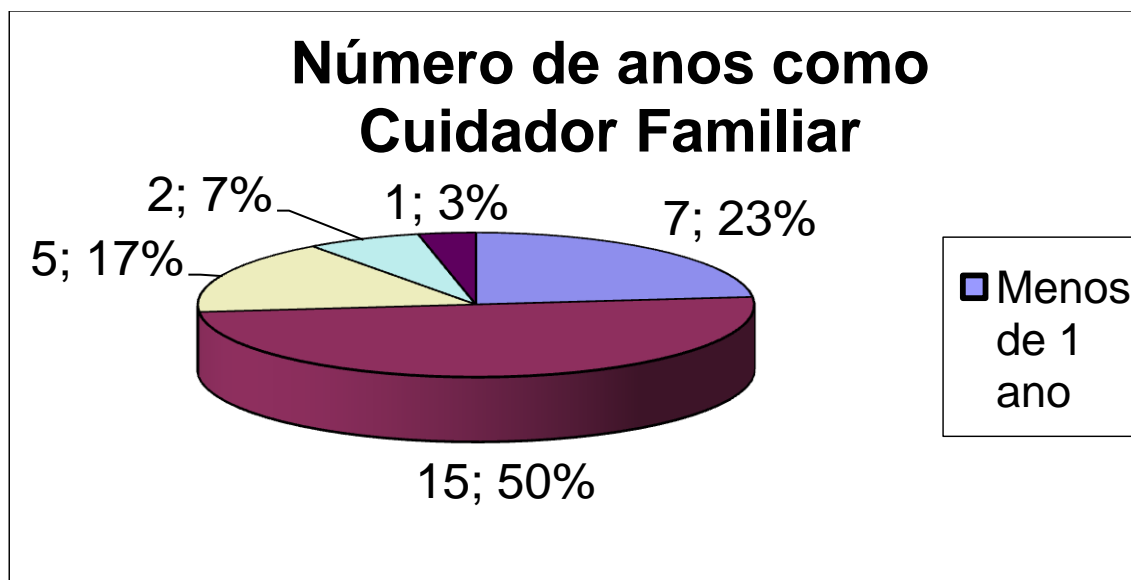


Em termos laborais, percebe-se que 37% dos CF integra a categoria “Pensionista/Reformado”, havendo 36% que são “Trabalhadores não qualificados”. Pode-se inferir que

os resultados dos itens “Grau de escolaridade” se repercutem nos resultados encontrados no item “Situação laboral”.

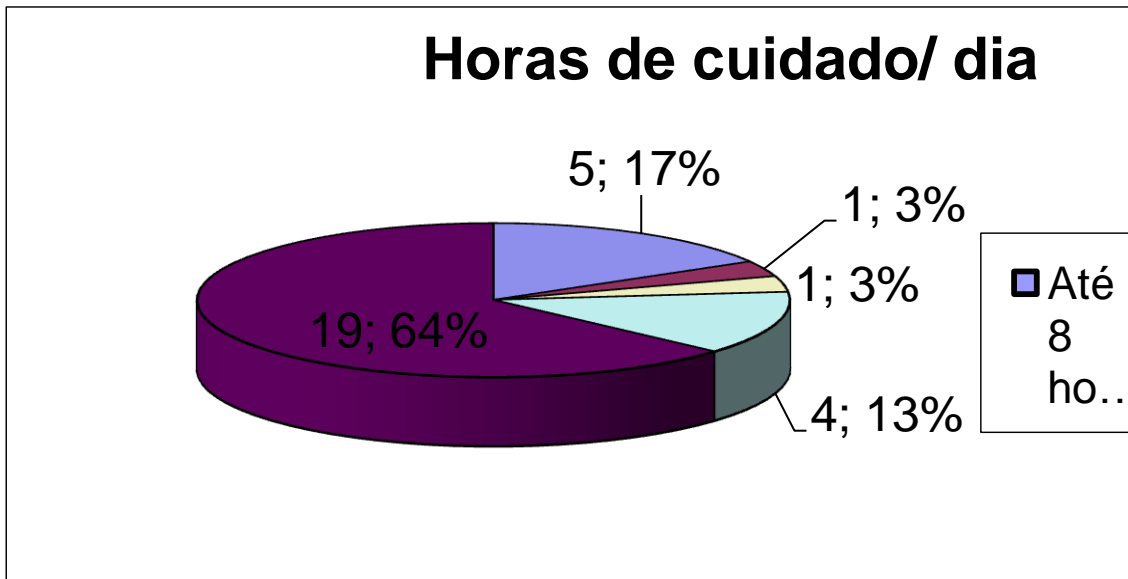


O tempo de experiência como CF é amplo, com um mínimo de menos 1 ano e um máximo de 14 anos. A mediana é de 3, com um 75% da amostra a desempenhar o papel de CF há mais de 2 anos. 25% da amostra assumem esse papel há mais de 6 anos. A média é de 4 anos, com um desvio padrão de 3 anos. Metade dos CF (50%) presta cuidados à pessoa com dependência no autocuidado desde “2 a 5 anos”. Refere-se também que 23% da amostra desempenha o papel de CF à menos de 1 ano.

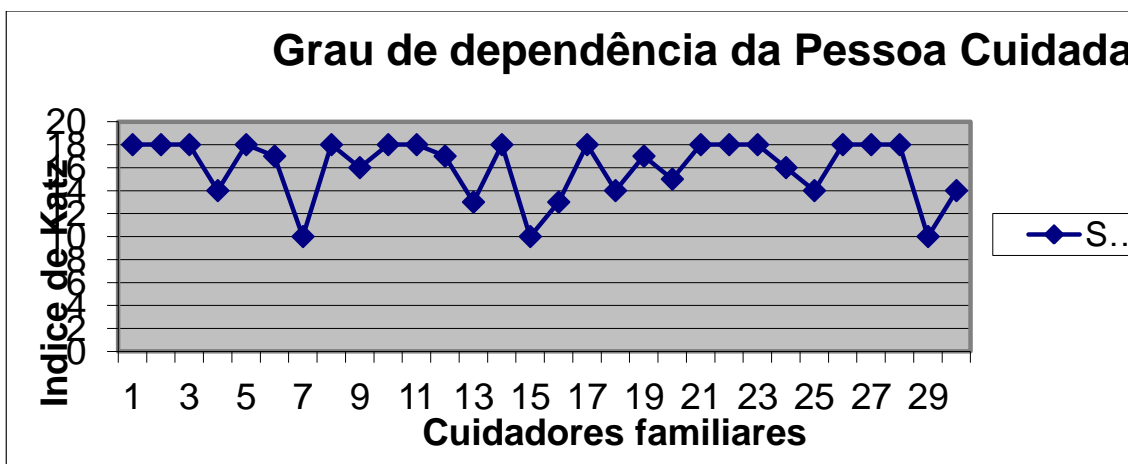


Quanto ao número de horas de cuidado prestadas diariamente à pessoa em situação de dependência, a maioria dos CF classifica-se na classe de “21 a 24 horas”, com 64% da amostra. Quando tratada como variável contínua, percebe-se uma moda de 24 horas,

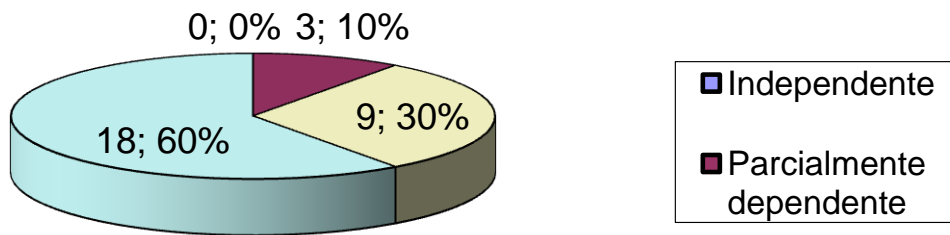
com uma média de prestação de 20 horas de cuidado diárias, com um desvio padrão de 7 horas. A mediana é de 24 horas, com o 1º quartil de 17,5 horas, ou seja, 75% da população presta cuidados à pessoa em situação de dependência para o autocuidado por mais de 17 horas/ dia.



No que se refere à pessoa em situação de dependência, os dados foram colhidos mediante consulta do Processo Clínico. O índice de Katz apresentou como mínimo e máximo 10 e 18, respetivamente, com uma média de 15 e um desvio padrão de 2,8. Aponta para uma elevada dependência da pessoa cuidada, com uma mediana de 17,5 para o Índice de Katz. Ou seja, 90% das pessoas cuidadas são dependentes, com 60% cujo valor no índice de Katz remete para totalmente dependente.

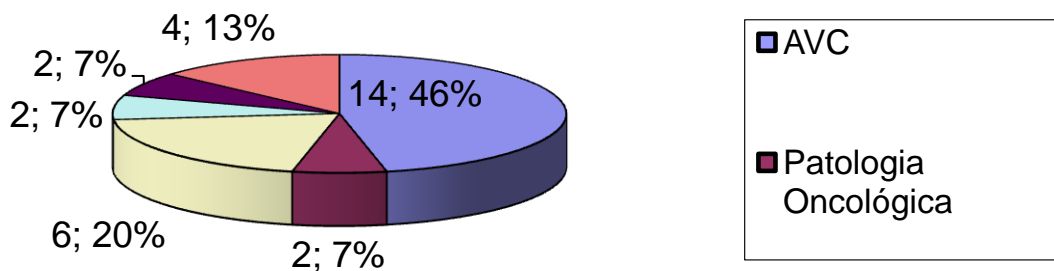


Graus de dependência da Pessoa Cuidada

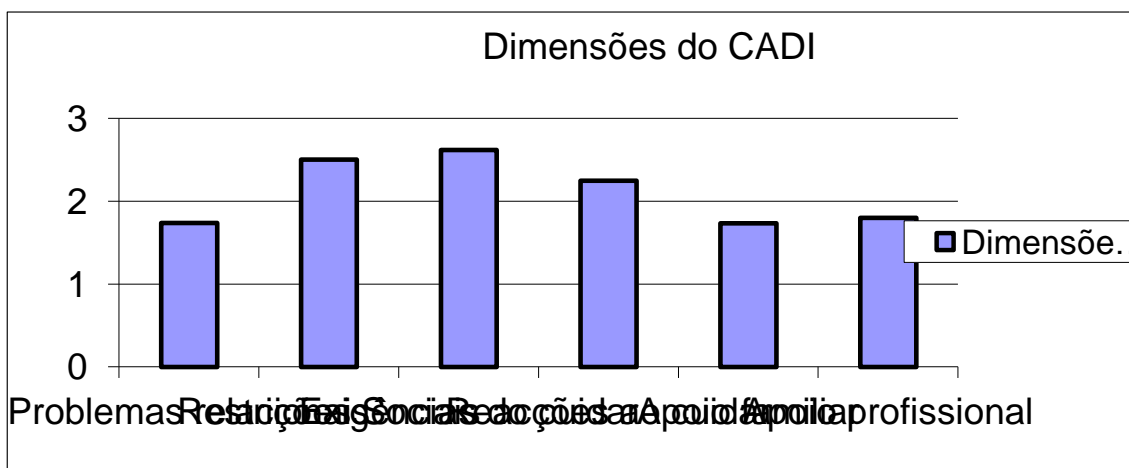
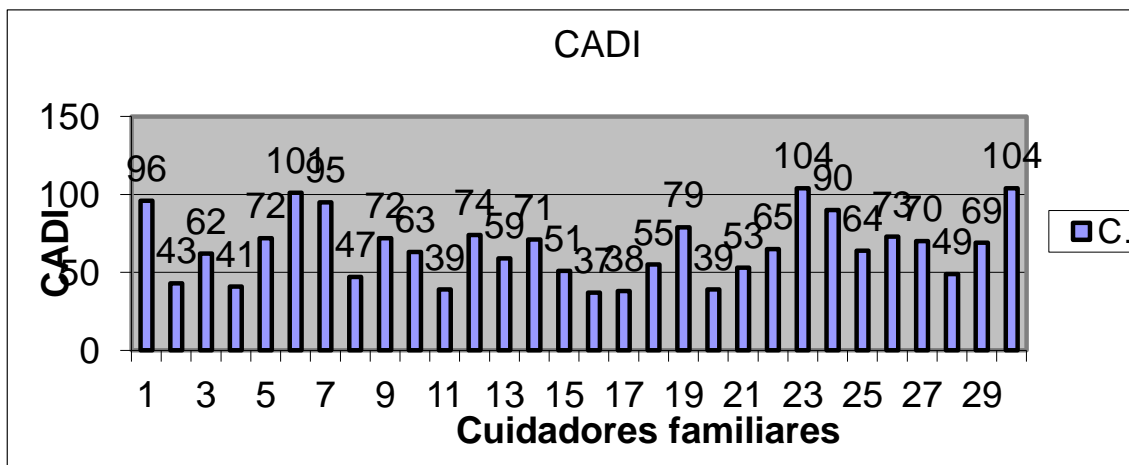


A patologia primária da pessoa em situação de dependência é, na sua maioria, o Acidente Vascular Cerebral, com 46% da amostra.

Diagnóstico clínico da pessoa em situação de dependência



Dos resultados obtidos pela aplicação do CADI, percebe-se que não existe diferença significativa entre os CF dos vários pólos, verificando-se um score médio de 67 pontos CADI no pólo da Enxara do Bispo/ Malveira e de 65 pontos para os CF dos pólos de Ericeira e Mafra. Da análise por dimensões percebe-se que os índices de dificuldade mais elevados obtidos pela aplicação do CADI verificam-se na dimensão “Exigências do cuidar”, com 2,6 (28%); seguida da dimensão “Restrições sociais”, com 2,5 (27%); e da dimensão “Reações ao cuidar”, com 2,3 (21%).

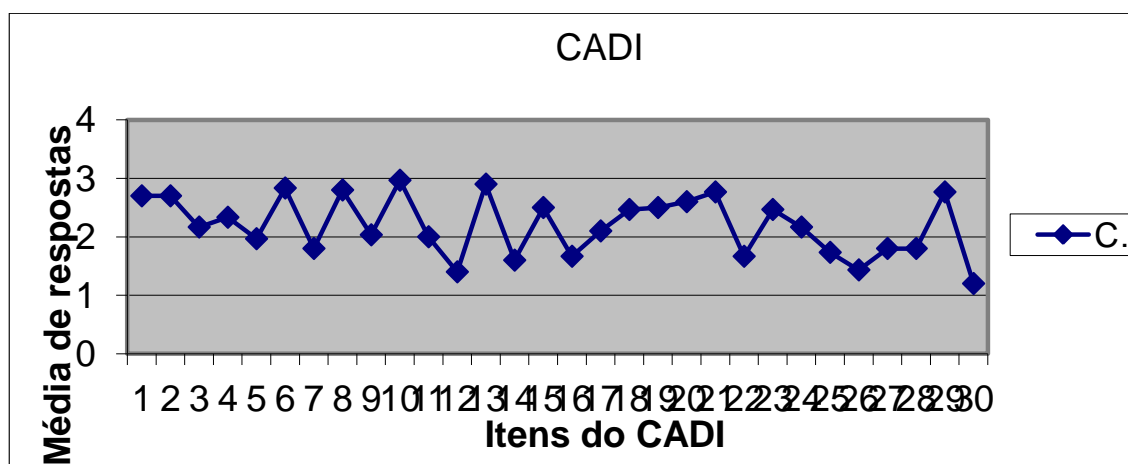


Os itens cuja opção de resposta mais frequente foi “Acontece e perturba-me muito (4)” apresentam-se em tabela, de forma associada à dimensão do CADI.

Item	Dimensão do CADI
“Por vezes sinto-me de “mãos atadas”/ sem poder fazer nada.”	RC
“Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias.”	RS
“A qualidade da minha vida piorou.”	RS
“Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados.”	RC

De forma a dar uma visão alargada, acrescentam-se as principais potenciais dificuldades enunciadas pelos CF, com valores médios de resposta iguais ou superiores a 2,5:

Item	Dimensão do CADI
“Não tenho tempo suficiente para mim próprio.”	RS
“Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas.”	RS
“A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar.”	EC
“Deixa-me muito cansado fisicamente.”	EC
“Ando a dormir pior por causa desta situação.”	EC
“Esta situação está a transtornar-me os nervos”.	EC
“Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias.”	RS
“A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados.”	EC
“A qualidade da minha vida piorou.”	RS
“Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados.”	RC



Analisando as dificuldades do CF pelo nível de escolaridade, percebe-se que o participante com maior grau acadêmico é aquele que demonstra um maior índice de dificuldade, sendo os níveis de dificuldade mais baixos encontrados nos participantes com menor escolaridade.

Quanto ao tempo como CF, percebe-se um maior índice de dificuldade na categoria “6 a 8 anos”. Quanto ao número de horas de cuidado diário, os maiores índices de dificuldade encontram-se nos CF que disponibilizam “9 a 12 horas” de cuidado à pessoa em situação de dependência para o autocuidado.

APÊNDICE VIII – Determinação de prioridades

Assunto: Pedido de colaboração para determinação de prioridades

Após realizado o diagnóstico de situação, que colmatou na formulação de três diagnósticos de Enfermagem:

- a) Risco de invasão da Linha Normal de Defesa, por dificuldades no cuidar, relacionada com: exigências de ordem física da prestação de cuidados.
- b) Risco de invasão da Linha Normal de Defesa, por dificuldades no cuidar, relacionada com: restrições na vida social.
- c) Risco de invasão da Linha Normal de Defesa, por dificuldades no cuidar, relacionada com: reações à prestação de cuidados.

Solicita-se a sua colaboração na determinação de prioridades, com base no Método de Hanlon, através da resposta aos itens abaixo.

Para a avaliação do critério Gravidade, classifique, para cada diagnóstico de Enfermagem, com base numa escala numérica de 1 a 10 sendo 10 o valor atribuído a um maior grau de gravidade.

Diagnósticos de Enfermagem	Parâmetros a considerar	Valor
Diagnóstico a)	Morbilidade física para o CF	
	Morbilidade psicológica para o CF	
Diagnóstico b)	Morbilidade física para o CF	
	Morbilidade psicológica para o CF	
Diagnóstico c)	Morbilidade física para o CF	
	Morbilidade psicológica para o CF	

Para a avaliação do critério Eficácia, classifique, para cada diagnóstico de Enfermagem, com base numa escala numérica de 0,5 a 1,5 sendo 0,5 o valor que representa o problema de mais difícil resolução.

Diagnósticos de Enfermagem	Valor
Diagnóstico a)	
Diagnóstico b)	
Diagnóstico c)	

Para a avaliação do critério Exequibilidade, avalie, para cada diagnóstico de Enfermagem, integrando os componentes pertinência; exequibilidade económica; aceitabilidade; disponibilidade de recursos; legalidade, se a resolução do problema é ou não exequível. As respostas podem assumir o SIM (1 ponto) ou o NÃO (0 pontos).

Diagnósticos de Enfermagem	Resposta
Diagnóstico a)	
Diagnóstico b)	
Diagnóstico c)	

APÊNDICE IX – Planejamento de Atividades e Indicadores

Atividade 1 – Ação de Educação para a Saúde “Ai as minhas costas”

Atividades propostas	Objetivo	O quê?	Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Avaliação
Principal	Aumentar o bem-estar físico do cuidador familiar na prestação de cuidados em casa à pessoa em situação de dependência, em pelo menos 30% do grupo de cuidadores familiares da ECCI da UCC Mafra, até 31 de janeiro de 2012;	Ação de educação para a saúde “Ai as minhas costas!”	Mestranda; Enfermeiras Especialistas em Reabilitação Maria da Luz Rodrigues; Mestranda em Enfermagem de Reabilitação Susete Amaro	14 de janeiro de 2012	Centro de Saúde de Mafra	20 min de apresentação, com demonstração. 30 min de discussão e partilha entre os participantes, com treino de competências	1. Realização efetiva da sessão; 2. N.º de CF presentes/ n.º total de CF ; 3. N.º de CF presentes que enunciam uma medida protetora de biomecânica/ n.º de CF presentes.
Pré-atividades		Apresentar os resultados do diagnóstico de situação a todos os CF; Apresentar as atividades planeadas; Identificar os CF que estão interessados em participar nas atividades.	Mestranda	1 de dezembro de 2011 a 15 de dezembro de 2011	Domicílio	Visitas domiciliárias	1. N.º de VD efetuadas/ n.º total de CF
		Identificar potenciais obstáculos à participação nas	Mestranda; Enfermeira de referência	1 de dezembro de 2011 a 15 de dezembro de 2011	UCC Mafra	Reuniões e análise de situação	

atividades e estratégias para resolvê-los						
Articulação com parceiros sociais – transporte dos CF. Articulação com os parceiros sociais – empréstimo de cama articulada.	Mestranda; Enfermeira de referência	1 de dezembro de 2011 a 15 de dezembro de 2011	UCC Mafra; JF Mafra; Proteção Civil de Mafra	Contactos para pedido de colaboração; elaboração de ofícios.	1. Nº de contactos efetuados.	
Pedido de colaboração para fornecimento de lanche para a ação de educação para a saúde.	Mestranda	10 de janeiro de 2012	Pastelaria Trigo Doce	Contacto para pedido de colaboração.	1. Realizado lanche.	

Atividade 2 – Ação de Educação para a Saúde “Cuidar de mim”

Atividades propostas	Objetivo	O quê?	Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Avaliação
Principal	Aumentar a LDF do CF, pela partilha intragrupo de fatores que promovem a gestão de dificuldades na prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência por um período de tempo prolongado, em pelo menos 30% do grupo de cuidadores familiares da ECCI da UCC Mafra, até 31 de janeiro de 2012.	Ação de educação para a saúde “Cuidar de mim”	Mestranda; Enf. ^a de referência	21 de janeiro de 2012	Centro de Saúde de Mafra	10 min de apresentação de slides e visionamento de um trailer de um filme. 30 min de discussão e partilha entre os participantes	1. Realização efetiva da sessão; 2. N.º de CF presentes/ n.º total de CF ; 3. N.º de CF presentes que partilha como gere as dificuldades de cuidar em casa a pessoa em situação de dependência/ n.º de CF presentes. 4. N.º de CF presentes que verbalizaram o impacto positivo da AF/ n.º de CF presentes.
Pré-atividades	ECCI da UCC Mafra, até 31 de janeiro de 2012.	Apresentar os resultados do diagnóstico de situação a todos os CF; Apresentar as atividades	Mestranda	1 de dezembro de 2011 a 15 de dezembro de 2011	Domicílio	Visitas domiciliárias	1. N.º de VD efetuadas/ n.º total de CF

planeadas; Identificar os CF que estão interessados em participar nas atividades.						
Identificar potenciais obstáculos à participação nas atividades e estratégias para resolvê-los	Mestranda; Enfermeira de referência	1 de dezembro de 2011 a 15 de dezembro de 2011	UCC Mafra	Reuniões e análise de situação		
Articulação com parceiros sociais – transporte dos CF. Articular com a Psicóloga da ECCI	Mestranda; Enfermeira de referência	15 de dezembro de 2011 a 29 de dezembro de 2011	UCC Mafra; JF Mafra.	Contactos para pedido de colaboração; elaboração de ofícios.	1. Nº de contactos efetuados.	
Pedido de colaboração para fornecimento de lanche para a ação de educação para a saúde.	Mestranda	10 de dezembro de 2012	Fábrica de salgados.	Contacto para pedido de colaboração.	1. Realizado lanche.	

Atividade 3 – Portfólio do Cuidador Familiar

Atividades propostas	Objetivo	O quê?	Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Avaliação
Principal	Todos	Elaboração de “Portfólio do Cuidador”	Mestranda; Enf. ^a de referência	Janeiro de 2012	UCC	1. Definição da temática a incluir. 2. Redação do capítulo “Prevenção de LME”. 3. Elaboração de folheto “ECCI”. 4. Redação do capítulo “Estratégias para cuidar de mim”. 5. Apresentação do “Manual do Cuidador” aos CF.	1. Realização do capítulo “Prevenção de LME”. 2. Realização do capítulo “Cuidar de mim”. 3. Realização do folheto “ECCI”. 4. N.º de CF que conhecem o “Portfólio do cuidador”/ n.º total de CF. 5. N.º de CF que referem utilizar o Manual do Cuidador/ n.º total de CF.

Atividade 4 – Banco de Voluntariado

Atividades propostas	Objetivo	O quê?	Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Avaliação
Principal	Todos	Iniciar o processo de parceria entre a UCC Mafra e o Banco de Voluntários da CM Mafra.	Mestranda; Enfermeira de referência.	1 de dezembro de 2011 a 31 de janeiro de 2012	UCC Mafra; Gabinete de Ação Social da CM Mafra	1. Reunião com a responsável do Gabinete de Ação Social da CM Mafra.	1. Realização efetiva da reunião;

Atividade 5 – Sessões de informação aos Profissionais de Saúde da ECCI

Atividades propostas	Objetivo	O quê?	Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Avaliação
Principal	Todos	Dar a conhecer o projeto de intervenção comunitária.	Mestranda	20 de outubro de 2011 e 3 de novembro de 2011	Sala dos Cuidados Continuados do Pólo Ericeira; Sala dos Cuidados Continuados do Pólo Enxara do Bispo/ Malveira	1. 15 minutos de exposição, com <i>powerpoint</i> 2. 15 minutos de discussão	1. Realização efetiva da ação de formação.

Atividade 6 – Enfermeira de referência

Atividades propostas	Objetivo	O quê?	Quem?	Quando?	Onde?	Como?	Avaliação
Principal	Todos	Promover a continuidade do projeto de intervenção comunitária.	Mestranda	03 de outubro de 2011 a 17 de fevereiro de 2012	UCC Mafra	1. Envolver a Enf.^a de referência em todas as atividades do projeto.	1. N.º de atividades do projeto com participação da Enf.^a de referência/ n.º total de atividades.

APÊNDICE X – Logótipo do projeto de intervenção comunitária



ECCI Mafra

Equipa de Cuidados Continuados Integrados Mafra

Um cuidador cuidado...

APÊNDICE XI – Plano de Sessão “Projeto de Intervenção Comunitária”

Título: Projeto de Intervenção Comunitária

Data: 20 de outubro de 2011

Hora: 14h 30

Local: Centro de Saúde de Mafra – Pólo Ericeira

Formadores:

Mestranda em Enfermagem Comunitária Enfermeira Ana Bicho

Objetivo Geral:

Apresentar o Projeto de Intervenção Comunitária a ser desenvolvido no Estágio com Relatório, na ECCI Mafra.

Objetivos específicos:

1. Demonstrar a pertinência do foco de intervenção;
2. Descrever a percurso planeado para a implementação do Projeto de Intervenção Comunitária – etapas do Planeamento em Saúde; atividades previstas e Cronograma.

Indicadores de processo:

Realização da sessão.

Plano da Sessão:

Temática	Formador	Método	MAV	Tempo
1. Introdução Apresentação do Docente Orientador	Ana Bicho	Expositivo	<i>Powerpoint</i>	2 min
2. Desenvolvimento 2.1. Pertinência do foco de intervenção;	Ana Bicho	Expositivo	<i>Powerpoint</i>	10 min

2.2. Finalidade e objetivos;

2.3. Etapas do Planejamento em Saúde;

2.4. População e amostra;

2.5. Cronograma de atividades.

3. Conclusão	Ana Bicho	Expositivo	<i>Powerpoint</i>	3 min
4. Debate	Todos	Participativo		15 min

APÊNDICE XII – Plano de Sessão “Diagnóstico de situação”

Título: Diagnóstico de situação

Data: 3 de novembro de 2011

Hora: 14h 30

Local: Centro de Saúde de Mafra – Pólo Enxara do Bispo/ Malveira

Formadores:

Mestranda em Enfermagem Comunitária Enfermeira Ana Bicho

Objetivo Geral:

Apresentar os resultados do Diagnóstico de Situação realizado no âmbito do Projeto de intervenção Comunitária.

Objetivos específicos:

1. Descrever o percurso realizado para o Diagnóstico de Situação;
2. Caracterizar a amostra – CF; pessoa cuidada e dificuldades, de acordo com o instrumento de colheita de dados.

Indicadores de processo:

Realização da sessão.

Plano da Sessão:

Temática	Formador	Método	MAV	Tempo
1. Introdução	Ana Bicho	Expositivo	<i>Powerpoint</i>	2 min
2.	Ana Bicho	Expositivo	<i>Powerpoint</i>	10 min
Desenvolvimento				
2.1. Visitas domiciliárias;				
2.2. Cuidadores familiares;				
2.3. Pessoa cuidada;				

2.4. Dificuldades;

**2.5. Algumas
atividades
possíveis;**

3. Conclusão	Ana Bicho	Expositivo	<i>Powerpoint</i>	3 min
4. Debate	Todos	Participativo		15 min

APENDICE XIII – Plano de Sessão “Ai as minhas costas!”

Título: Um cuidador cuidado – “Ai as minhas costas!”

Data: 14 de janeiro de 2012

Hora: 10h 30

Local: Centro de Saúde de Mafra

Formadores:

Enfermeira Especialista Maria da Luz Rodrigues;

Mestranda em Enfermagem de Reabilitação Enfermeira Suzete Amaro;

Mestranda em Enfermagem Comunitária Enfermeira Ana Bicho.

Objetivo Geral:

Aumentar o bem-estar físico do cuidador familiar na prestação de cuidados em casa à pessoa em situação de dependência, em pelo menos 30% do grupo de cuidadores familiares da ECCI da UCC Mafra, até 31 de janeiro de 2012, através da adoção de posturas corretas.

Meta:

Pelo menos 30% dos cuidadores familiares demonstram a adoção de uma postura biomecânica adequada na prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência.

Objetivos específicos:

1. Identificar pelo menos dois fatores de risco de LME na prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência;
2. Identificar pelo menos duas medidas protetoras de LME;
3. Demonstrar pelo menos duas medidas protetoras de LME.

Indicadores de processo:

Realização da sessão;

N.º de CF presentes/ n.º total de CF ;

N.º de CF presentes que enunciam uma medida protetora de biomecânica/ n.º de CF presentes.

Plano da Sessão:

Temática	Formador	Método	MAV	Tempo
<p>1. Introdução</p> <p>Apresentação do projeto; da atividade</p> <p>Apresentação dos elementos do grupo</p>	Ana Bicho	Expositivo/ Participativo	<i>Powerpoint</i>	10 min
<p>2. Desenvolvimento</p> <p>2.1. Definição de LME;</p> <p>2.2. Fatores de risco para a LME;</p> <p>2.3. Medidas protetoras de LME.</p>	Susete Amaro; Ana Bicho	Expositivo/ Demonstrativo	Cama, cadeirão, <i>powerpoint</i> , Cuidadores Familiares	20 min
<p>3. Avaliação</p> <p>3.1. Realização de exercícios:</p> <p>a) puxar para cima;</p> <p>b) puxar para si;</p> <p>c) rolar;</p> <p>d) transferência cama/ cadeirão;</p> <p>e) transferência cadeirão/ cama.</p>	Todos	Participativo	Cama, cadeirão, Cuidadores Familiares, lençóis, Grelha de observação.	30 min
4. Conclusão	Ana	Expositivo	<i>Powerpoint;</i>	5 min

4.1. Entrega de Bicho	<i>portfólio</i>
capítulo do	
<i>portfólio</i> “Ai as	
minhas costas”	

Grelha de avaliação da ação de educação para a saúde:

Objetivo específico 1: Fatores de risco identificados pelos CF para a ocorrência de LME.

Movimentos repetitivos
Posturas penosas
Períodos de recuperação insuficientes
Esforços excessivos
Fatores do indivíduo

Objetivo específico 2: Identificação de medidas protetoras de LME:

Flexão dos joelhos
Base alargada
Tronco direito
Puxar em vez de empurrar
Corpo do doente junto ao do CF
Uso de resguardo

APENDICE XIV – Plano de Sessão “Cuidar de mim”

Título: Um cuidador cuidado “Cuidar de mim”

Data: 21 de janeiro de 2012

Hora: 10h 30

Local: Centro de Saúde de Mafra

Formadores:

Enfermeira Especialista Maria da Luz Rodrigues;

Mestranda em Enfermagem Comunitária Enfermeira Ana Bicho.

Objetivo Geral:

Aumentar a LDF do CF, pela partilha intragrupo de fatores que promovem a gestão de dificuldades na prestação de cuidados à pessoa em situação de dependência por um período de tempo prolongado, em pelo menos 15% do grupo de cuidadores familiares da ECCI da UCC Mafra, até 31 de janeiro de 2012.

Meta:

Pelo menos 15% dos cuidadores familiares partilha a sua vivência pessoal e estratégias que utilizam para gerir as dificuldades de cuidar em casa a pessoa em situação de dependência.

Objetivos específicos:

Identificar pelo menos uma estratégia que contribua para gerir as dificuldades do cuidar em casa.

Indicadores de processo:

Realização da sessão;

N.º de CF presentes/ n.º total de CF ;

N.º de CF presentes que partilha como gere as dificuldades de cuidar em casa a pessoa em situação de dependência/ n.º de CF presentes.

N.º de CF que verbaliza um impacto positivo da ação de educação para a saúde.

Plano da Sessão:

Temática	Formador	Método	MAV	Tempo
1. Introdução Apresentação da atividade	Ana Bicho	Expositivo	<i>Powerpoint</i>	5 min
2. Desenvolvimento 2.1. Principais dificuldades dos CF; 2.2. Visionamento de um filme; 2.3. Medidas que utilizam para gerir as dificuldades.	Ana Bicho; Enf. ^a de referência	Expositivo, Participativo (<i>focus group</i>)	<i>Powerpoint</i> , Filme “Praça da Alegria”, Bola.	40 min
3. Conclusão	Ana Bicho	Participativo	Cada CF enuncia uma estratégia mencionada na sessão	10 min
4. Avaliação 4.1. Entrega de folheto ECCL; 4.2. Construção do capítulo do <i>Portfolio</i> “Cuidar de mim”	Ana Bicho	Expositivo/ Participativo	<i>Powerpoint</i>, <i>portfólio</i>	5 min

APENDICE XV – Capítulo do Portfolio do CF “Ai as minhas costas!”

Um Cuidador Cuidado...

"Ai as minhas costas!"

A NOSSA POSTURA PARA
PREVENIR LESÕES
MÚSCULOESQUELÉTICAS

Acção de Educação para a Saúde:

Enf.^a Ana Bicho

(Estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária)

Enf.^a Susete Amaro

(Estudante do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação)

Enf.^a Maria da Luz Rodrigues

(Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

Enf.^a Fátima Baião

(Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

Mafra, 14 de Janeiro de 2012

Caro Cuidador, não se esqueça que:

**Movimentos
Repetitivos**

**Períodos de
Recuperação
Insuficientes**

**Posturas
Penasas**

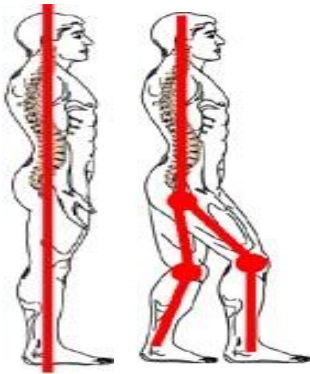
**Esforços
Excessivos**

Carga Física

**Risco potencial de
lesão músculo -
esquelética**

Por isso, LEMBRE-SE:

→ Podemos evitar esforços desnecessários e prejudiciais, se tivermos uma **POSTURA** correcta.



1. Mantenha as costas direitas.

2. Afaste os pés.

3. Dobre os joelhos.

4. Não torça o tronco.

5. Contraia ligeiramente os músculos.



Por isso, LEMBRE-SE:

5 dicas:

→ Afaste os pés e dobre os joelhos, em vez de dobrar as costas. Consegue mais estabilidade e equilíbrio.

→ Mude de posição enquanto cuida do seu familiar. Assim não está sempre a esforçar a mesma parte do corpo.

→ Ponha o corpo do doente o mais junto possível ao seu. Se puder, utilize um resguardo.

→ Puxe para si ou faça deslizar. É mais fácil do que empurrar ou levantar.

→ Utilize o seu corpo para contrabalançar o peso do doente.

Por isso, LEMBRE-SE:



Peça ajuda!

APENDICE XVI – Capítulo do Portfolio do CF “Cuidar de mim”

Um Cuidador Cuidado...

"Cuidar de mim"

PARTILHA DE ESTRATÉGIAS PARA CUIDAR DE MIM

Acção de Educação para a Saúde:

Enf.^a Ana Bicho

(Estudante do Mestrado em Enfermagem Comunitária)

Enf.^a Maria da Luz Rodrigues

(Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação)

Dora; M.^a Fernanda; Julieta; Joaquina; Camila;
Isabel; M.^a Carmo; Avelino; José

(Cuidadores Familiares)

Mafra, 21 de Janeiro de 2012

PARTILHA DE ESTRATÉGIAS PARA CUIDAR DE MIM

“De vez em quando afasto-me. Vamos a casa da nossa filha.”

“Vou trabalhar três horas. Converso com as vizinhas. E à noite estou com a minha filha. ”

“Digo aquilo que penso. ”

“Dou passeios com o meu marido.”

“Vou andar a pé.”

“Tomo a bica todos os dias. Vou à feira da Malveira e estou com os amigos.”

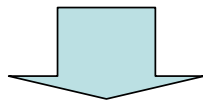
“Tenho o meu terreno e à tarde fico com a minha neta.”

“Vou a casa dos filhos do meu marido.”

“Auto-estima.”

Não se esqueçam do que VOCÊS disseram:

- Vocês também são pessoas, com dias bons e outros dias menos bons;
- O vosso dia-a-dia não é fácil, porque assumiram uma responsabilidade importante que leva a que tenham menos tempo para vocês;
- Se não estiverem bem, não conseguem cuidar bem do vosso familiar;
 - Ter uma boa auto-estima é importante.



- Procurem ajuda para as vossas necessidades;
- A equipa de saúde está disponível não só para o doente, mas também para o cuidador e família;
- Cuidem da vossa saúde mental, arranjem tempo para vocês;
- Peçam ajuda à vossa família, vejam o que cada um pode colaborar;
- Se puderem, façam exercício físico. Andar a pé é fácil, barato e não leva muito tempo;
- Toda a gente precisa de “respirar fundo”!

Obrigado por tudo

Ana Bicho

APENDICE XVII – Folheto ECCI

Equipa multiprofissional

- Enfermeiro
- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
- Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária
- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental
- Psicóloga
- Assistente Social
- Nutricionista
- Fisioterapeuta
- Terapeuta ocupacional
- Médicos de família

Contactos

**261818100
963902560
(Mafra/ Ericeira)**

**261786893
963902563
(Enxara do Bispo/ Malveira)**

ecci.mafra@gmail.com



Unidade de Cuidados na Comunidade Mafra

Equipa de Cuidados Continuados Integrados

Agrupamento de Centros de Saúde da
Grande Lisboa VIII – Sintra-Mafra
Unidade de Cuidados na Comunidade
Mafra



Um cuidador cuidado...

**Equipa de Cuidados
Continuados Integrados**

Mafra, 2012

Caro utente,

A Equipa de Cuidados Continuados Integrados presta cuidados de saúde domiciliários a pessoas em situação de dependência, doença terminal ou em processo de convalescença, que não podem deslocar-se do domicílio. Preocupa-se também com os cuidadores familiares, pessoas como você que prestam cuidados diariamente a um familiar que deles necessita.

O nosso objetivo é contribuir para a melhoria das condições de vida e bem-estar do utente/ família em situação de dependência no domicílio.



O que é ser cuidador familiar?

Os internamentos hospitalares são cada vez mais curtos, pelo que os doentes e as famílias têm de tratar da maior parte da recuperação do doente em casa.

O cuidador familiar é a pessoa com maior responsabilidade no cuidar da pessoa doente.

Esta responsabilidade nem sempre é fácil e pode trazer alterações no seu dia a dia, por isso é importante que tenha cuidado com a **SUA SAÚDE**.

Por isso...

→ Fale com o enfermeiro sobre qual a melhor maneira de prestar cuidados ao seu familiar.

→ Perceba quais os apoios que pode ter.

→ Fale com a sua família para ver o que é que cada um pode fazer.

→ Arranje tempo para cuidar de si.

→ Ninguém é “de ferro”.

→ Peça ajuda quando precisar!

Um cuidador cuidado...

É meio caminho andado!

APENDICE XVIII – Instrumento de avaliação do impacto da intervenção

Codificação: Q_____

Data:

Índice de avaliação das dificuldades do Cuidador (CADI)

Fator	N.º	Item	Não acontece no meu caso (1)	Acontece, mas não me perturba (2)	Acontece e causa- me alguma perturbação (3)	Acontece e perturba-me muito (4)
RC	2	Por vezes sinto-me de "mãos atadas"/ sem poder fazer nada.				
RC	4	Traz-me problemas de dinheiro.				
EC	6	A pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar.				
EC	10	Deixa-me muito cansado fisicamente.				
EC	13	A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados.				
EC	15	Ando a dormir pior por causa desta situação.				
EC	19	Esta situação está a transtornar-me os nervos.				
EC	23	A minha saúde ficou abalada.				
EC	24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência.				
RC	29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados.				
RC	30	Esta situação faz-me sentir culpado.				

Ação de Educação para a Saúde “Ai as minhas costas!”

Grelha de observação

Flexão dos joelhos	Base alargada	Tronco direito	Puxar em vez de empurrar	Corpo do doente junto ao do CF	Uso de resguardo

Ação de Educação para a Saúde “Cuidar de mim”

- Desde que está integrada neste projeto houve alguma alteração no seu comportamento social?

Sim

Não

Se Sim, em que situações?

- Procura apoios na comunidade para atividades de lazer (p.e. exercício físico)?
- Procura apoios na comunidade para cuidar?
- Procura apoio na família?

Manual do Cuidador Familiar

- Utilizou o Manual do Cuidador Familiar?

Sim

Não

Se SIM, em que situações?

- Considera que este Manual é útil para a sua prestação como Cuidador Familiar?

1. Nada

2. Pouco

3. Mais ou menos

4. Alguma coisa

5. Muito

**APENDICE XIX – Consentimento informado para participação no Projeto de
Intervenção Comunitária**

Consentimento informado para participação no diagnóstico de situação

Eu, _____, com o Documento de Identificação n.º _____, aceito participar no diagnóstico de situação a ser elaborado pela Enfermeira Ana Isabel Batalha Bicho, no âmbito do projeto de estágio **“Capacitar o cuidador familiar para gerir as dificuldades do cuidar em casa a pessoa em situação de dependência no autocuidado”**. A realização deste projeto está contemplada no Plano de Estudos do 2º Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, a ser implementado na Unidade de Cuidados na Comunidade Mafra.

Considero que fui esclarecido sobre:

- a) O âmbito em que se realiza o diagnóstico da situação;
- b) Os objetivos do trabalho que está a ser desenvolvido;
- c) A confidencialidade dos meus dados pessoais;
- d) Dúvidas.

_____, _____ de 2011

Assinatura:

ANEXOS

ANEXO I – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador

Índice de avaliação de dificuldades do cuidador (CADI)

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

18	Não estou com os meus amigos tanto como gostaria.				
19	Esta situação está a transtornar-me os nervos.				
20	Não consigo ter um tempo de descanso, nem fazer uns dias de férias.				
21	A qualidade da minha vida piorou.				
22	A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço.				
23	A minha saúde ficou abalada.				
24	A pessoa de quem cuido sofre de incontinência.				
25	O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas.				
26	Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação.				
27	Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e serviços sociais.				
28	Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam.				
29	Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados.				
30	Esta situação faz-me sentir culpado.				

Outras dificuldades:

N.º	Item	Não me causa perturbação	Causa alguma perturbação	Causa muita perturbação

ANEXO II – Índice de Katz