

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

DIFICULDADES SENTIDAS PELOS CUIDADORES
FAMILIARES DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE
DEPENDÊNCIA NO DOMICÍLIO QUE PERTENCEM
À ECCI ODIVELAS: UM PROJETO DE
INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA

Daniela Margarida dos Santos Ferreira

Lisboa
2016

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Comunitária

Relatório de Estágio

DIFICULDADES SENTIDAS PELOS CUIDADORES
FAMILIARES DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE
DEPENDÊNCIA NO DOMICÍLIO QUE PERTENCEM
À ECCI ODIVELAS: UM PROJETO DE
INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM
COMUNITÁRIA

Daniela Margarida dos Santos Ferreira

Orientadora: Professora Doutora Maria Manuel Quintela

Lisboa

2016

A decorative graphic in the bottom right corner consisting of several overlapping, curved green shapes that resemble stylized leaves or waves, extending from the right edge towards the center.

“Sinto-me presa em casa e custa-me ter uma companhia e ao mesmo tempo
não ter...”

L.A., uma cuidadora do marido

AGRADECIMENTOS

Ao longo da realização deste projeto foram muitas as pessoas que me ajudaram e sem as quais não teria sido possível a sua execução. Quero transmitir os meus mais sinceros e reconhecidos agradecimentos a todos os que contribuíram para a concretização deste projeto, designadamente:

À Professora Doutora Maria Manuel Quintela pela orientação que possibilitou este projeto através do seu saber, profissionalismo, apoio, incentivo, grande disponibilidade e auxílio constante na resolução de dúvidas e problemas que surgiram ao longo deste percurso.

Às Enfermeiras Fátima Cruz e Isabel Nunes pela orientação, disponibilidade, apoio incondicional, dedicação, partilha de conhecimentos e pelo entusiasmo que sempre me incentivou.

À Enfermeira Fátima Ferreira por todo o apoio, atenção e disponibilidade sempre evidenciados.

A toda a equipa da ECCI Odivelas por me receberem de “braços abertos” e por todo interesse, apoio e colaboração.

Ao meu marido, família e amigos por me encorajarem, apoiarem e por compreenderem a minha menor disponibilidade e ausências.

A todos os Cuidadores que me receberam com muito carinho e participaram neste projeto.

À Dr.^a Ana Paiva e à Professora Doutora Zaida Charepe pela disponibilidade e esclarecimentos relativos à constituição do GAM.

Aos meus colegas e amigos do mestrado, pelo companheirismo, por todos os momentos que passamos e pela partilha de conhecimentos.

A todos os outros que de alguma forma contribuíram para a realização deste projeto, incluindo o Professor Doutor Carlos Sequeira que autorizou a utilização do Índice de Avaliação das Dificuldades dos Cuidador, ao Agrupamento de Centros de Saúde Loures-Odivelas, que autorizou o estágio e a implementação do projeto e também à minha chefia que sempre me agilizou o horário, para que fosse possível frequentar o curso e realizar o estágio.

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CADI - *Carer's Assessment of Difficulties Index*

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EpS – Educação para a Saúde

ESCP – Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos

GAM – Grupo de Ajuda Mútua

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS's – Instituições Particulares de Solidariedade Social

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

PEG - *Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Numa sociedade caracterizada pelo envelhecimento da população e pelo aumento do número de pessoas com doenças crónicas e incapacitantes, os cuidadores familiares representam o principal foco de assistência a uma pessoa dependente, estando expostos a múltiplas dificuldades e negligenciado frequentemente a sua saúde e bem-estar em prol do seu familiar dependente.

Neste sentido, foi desenvolvido este projeto de intervenção em enfermagem comunitária, cujo objetivo é conhecer as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio que pertencem à ECCI Odivelas, com a finalidade de capacitá-los para desenvolverem estratégias de autocuidado que contribuam para minimizar as dificuldades sentidas.

Neste projeto foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde (Tavares, 1990). Para realizar o diagnóstico de situação foi aplicado o CADI – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (Sequeira, 2010) e foram realizados dois estudos de caso. Após a análise dos resultados obtidos e de acordo com o referencial teórico de Dorothea Orem (2001), obtivemos como diagnósticos de enfermagem o défice de autocuidado e o risco de défice de autocuidado do cuidador familiar.

Desta forma, foram desenvolvidas estratégias com o objetivo de capacitar os cuidadores familiares para o seu autocuidado, de forma a minimizar as dificuldades sentidas. As estratégias incluíram atividades de educação para a saúde e a criação de um grupo de ajuda mútua para cuidadores familiares de pessoas dependentes no domicílio.

As intervenções implementadas contribuíram para capacitar os cuidadores familiares a desenvolverem estratégias de autocuidado que permitem minimizar as dificuldades sentidas, enfatizando a importância do papel do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária na promoção da saúde dos cuidadores familiares.

Palavras-chave: cuidadores familiares; autocuidado; enfermagem comunitária; planeamento em saúde

ABSTRACT

In a society characterized by an aging population and by the increasing number of people with chronic and disabling diseases, family caregivers provide the main focus of care for a dependent person. Often they are exposed to multiple difficulties and neglect their own health and well-being on behalf of their family dependent.

In this sense, this intervention project in community nursing was developed. The main goal is to understand the difficulties felt by family caregivers of people in the household situation of dependence that belong to the ECCI Odivelas, in order to enable them to develop strategies to help minimize these difficulties and thus improve their self-care.

This project used health planning methodology (Tavares, 1990). To carry out the situation diagnosis, the CADI - Carer's Assessment of Difficulties Index (Sequeira, 2010) was applied and two case studies were conducted. After analyzing the results and based on Dorothea Orem's self-care deficit theory of nursing (Orem 2001), the formulated nursing diagnoses were self-care deficit and risk of caregiver self-care deficit.

Thus, strategies were developed to enable family caregivers to engage in self-care, in order to minimize the felt difficulties. These strategies included health education activities and the creation of a mutual-aid group for family caregivers of people dependent in the household.

The implemented interventions, contributed to enable the family caregivers to develop self-care strategies, allow the reduction of the felt difficulties. These contributions emphasize the important role of specialist nurses in community nursing in promoting the health of family caregivers.

Keywords: Family caregivers; self-care; community nursing; health planning

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. OS CUIDADORES FAMILIARES: UMA ABORDAGEM EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA	13
1.1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).....	21
1.2. Cuidadores Familiares: a promoção do autocuidado (Orem, 2001).....	22
2. METODOLOGIA: PLANEAMENTO EM SAÚDE	24
2.1. Diagnóstico de situação	24
2.1.1. Caracterização da comunidade: Concelho de Odivelas	25
2.1.2. Caracterização da ECCI Odivelas	26
2.1.3. População alvo e amostra.....	27
2.1.4. Instrumentos de colheita de dados	27
2.1.5. Aspetos éticos	28
2.2. Diagnóstico de situação: apresentação e análise dos dados.....	29
2.2.1. Caracterização sociodemográfica do cuidador familiar.....	29
2.2.2. Caracterização do contexto da prestação de cuidados.....	30
2.2.3. Caracterização do utente dependente	32
2.2.4. As dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares.....	32
2.2.5 Estudos de caso: Luísa e Teresa.....	34
2.3. Determinação de Prioridades.....	41
2.4. Fixação de Objetivos	44
2.5. Seleção de Estratégias	45
2.5.1. Constituição de um GAM para cuidadores familiares.....	45
2.5.2. Educação para a saúde	48
2.5.3. Mobilização de Recursos da comunidade	48
2.6. Preparação Operacional	49
2.7. Avaliação	51
3. CONCLUSÃO	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
APÊNDICES	
APÊNDICE I – Questionário aplicado aos cuidadores familiares	
APÊNDICE II – Autorização para utilizar o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)	
APÊNDICE III – Guião da entrevista semiestruturada e consentimento informado para a realização da entrevista	
APÊNDICE IV – Autorização do ACES Loures-Odivelas	
APÊNDICE V – Consentimento informado para aplicar os instrumentos de colheita de dados aos cuidadores familiares	

APÊNDICE VI – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores familiares

APÊNDICE VII – Caracterização do utente dependente

APÊNDICE VIII – Tabelas dos fatores das dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares, avaliadas pelo CADI

APÊNDICE IX – Distribuição das frequências relativas dos fatores do CADI avaliadas

APÊNDICE X – Somatório das frequências relativas nos fatores do CADI: “Isto acontece no meu caso e sinto que: causa alguma perturbação” e “perturba-me muito”

APÊNDICE XI – As dez dificuldades mais referidas pelos cuidadores familiares

APÊNDICE XII – Plano da Sessão de Educação Para a Saúde: “Mobilização: Posicionamentos e Transferências de Pessoas Dependentes no Domicílio”

APÊNDICE XIII – Convites aos cuidadores familiares

APÊNDICE XIV- Apresentação *Power-point* da Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE XV – Folheto informativo de apoio à Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE XVI – Grelha de avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

APÊNDICE XVII – Questionários de satisfação

APÊNDICE XVIII – Preparação operacional da constituição do GAM para cuidadores familiares

APÊNDICE XIX - Plano dos encontros do GAM

APÊNDICE XX-Cartão de identificação de membro do GAM

APÊNDICE XXI - Folheto com informação alusiva ao GAM

APÊNDICE XXII - Folha de presença dos encontros do GAM

APÊNDICE XXIII – Manual de apoio ao cuidador familiar

APÊNDICE XXIV – Indicadores de processo das atividades desenvolvidas

APÊNDICE XXV - Resultados do questionário de satisfação aplicado aos cuidadores familiares nas intervenções realizadas

ANEXOS

ANEXO I – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI – *Cares Assessment of Difficulties Index*)

ANEXO II – Índice de Katz

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Caracterização do contexto da prestação de cuidados	31
Quadro 2 - Caracterização do contexto da prestação de cuidados (Continuação).....	31
Quadro 3- Diagnósticos de Enfermagem	42
Quadro 4 - Definição de prioridades dos problemas identificados através da técnica de comparação por pares	43
Quadro 5 - Objetivos fixados	44
Quadro 6 - Narrativa dos cuidadores relativamente à utilidade das intervenções em que participaram para a sua vida quotidiana.....	57

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório de estágio integra a avaliação da Unidade Curricular – Estágio de Enfermagem Comunitária e da Família com Relatório de Estágio, no âmbito do 6º Curso de Mestrado e Pós Licenciatura em Enfermagem Comunitária a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa no ano letivo de 2015/2016. A concretização deste relatório de estágio segue os objetivos individuais de aprendizagem de forma a desenvolver competências de enfermagem para intervir junto de famílias/grupos ou comunidades. Assim, foi implementado um projeto de intervenção comunitária com base na metodologia do Planeamento em Saúde (Tavares, 1990).

A primeira fase do desenvolvimento do projeto decorreu no 2º semestre no âmbito da Unidade Curricular Opção II – Estágio de Intervenção Comunitária. Nesta fase, foi elaborado o diagnóstico de situação e identificadas necessidades de um determinado grupo populacional, os cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência que residem no domicílio.

Nos últimos anos têm-se assistido a alterações demográficas, caracterizadas pelo aumento da esperança média de vida e pela diminuição da fertilidade, que se traduz no envelhecimento da população (WHO, 2002). O relatório da OCDE previa que a percentagem de pessoas com 80 ou mais anos de idade iria aumentar mais do dobro entre 2010 (4%) e 2015 (10%) na Europa (Trigg, 2011). Por outro lado, têm-se verificado alterações dos padrões de doenças que afetam as populações, que conduzem a um grande aumento do número de pessoas com condições de saúde crónicas severas e/ou deficiência, em todo o mundo (WHO, 2002; Jagger, Matthews, Lindesay & Brayne, 2011). Prevê-se ainda um decréscimo do número de adultos economicamente ativos, perspetivando-se um aumento da relação de dependência, isto é, um aumento do número de pessoas dependentes face à população ativa (WHO, 2002).

A par do envelhecimento da população e das alterações nos padrões das doenças, assistimos a mudanças da estrutura familiar, com a redução do tamanho das famílias e com a inserção da mulher no mercado de trabalho, que põe em causa a sustentabilidade dos cuidados de longa duração e da prestação de cuidados pela família (Colombo & Mercier, 2011).

A responsabilidade de cuidar de uma pessoa dependente ao longo do tempo recai sobre a família e o papel de cuidador pode ter um impacto adverso significativo na sua saúde física e mental. Desta forma e tendo em conta que os recursos são limitados é imprescindível apoiar e capacitar os cuidadores familiares a maximizar os cuidados que podem oferecer, de forma a evitar o *stress* inerente ao papel de cuidador (WHO, 2002; Tjadens & Colombo, 2011).

Enquanto cuidadora a família constitui o foco da intervenção em saúde ao nível de todos os contextos de assistência (Martín, 2005). Os enfermeiros são os profissionais de saúde que estão em melhor posição para conhecer e dar resposta às dificuldades dos cuidadores familiares de forma a minimizá-las e promover o desenvolvimento de competências do cuidador quer para o seu autocuidado, quer para cuidar da pessoa dependente.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010), o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária deve ter competências que lhe permitem identificar necessidades dos indivíduos, famílias e grupos que pertencem a uma determinada área geográfica e responder de forma eficaz às necessidades identificadas, assegurando a continuidade de cuidados e estabelecendo articulações necessárias com outros profissionais e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.

O objetivo deste projeto foi conhecer as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência que pertencem à ECCI Odivelas, com a finalidade de capacitá-los a desenvolverem estratégias que contribuam para minimizar as dificuldades sentidas e conseqüentemente melhorarem o seu autocuidado.

Para a execução deste projeto foi realizado um estágio no ACES Loures-Odivelas, nomeadamente na ECCI (Equipa de Cuidados Continuados Integrados), que integra a UCC – Saúde a Seu Lado. A ECCI integra por outro lado a RNCCI e visa prestar cuidados domiciliários de acordo com a avaliação médica, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, entre outras, a pessoas em situação de dependência funcional permanente ou transitória, doença terminal ou em processo de convalescença, bem como aos seus familiares e outros prestadores de cuidados (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho).

Para avaliar as dificuldades dos cuidadores familiares foi aplicado um questionário ao cuidador familiar de caracterização sociodemográfica e do contexto prestação de cuidados e foi utilizado o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI). Foram ainda realizados dois estudos de caso, de forma a efetuar uma abordagem multidimensional e centrada no cuidador familiar, desenvolvendo assim uma enfermagem centrada na pessoa. De acordo com McCormack & McCance (2006) a prestação de cuidados de enfermagem deve ser centrada na pessoa, tendo em conta as suas crenças e valores através de uma relação de parceria. Conhecer a pessoa é um requisito fundamental para este processo, promovendo assim a satisfação e envolvimento nos cuidados, o bem-estar e a criação de um ambiente terapêutico. Segundo Suhonen, Välimäki & Leino-Kilpi (2008) o processo de conhecer a individualidade da pessoa é contínuo e deve recolher informação sobre sentimentos, preferências e perceções.

Este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. Na introdução é realizada a contextualização do projeto e do tema, são apresentados os objetivos e é abordada a estrutura interna do projeto. No segundo capítulo, os cuidadores familiares: uma abordagem em enfermagem comunitária é apresentado o tema e o enquadramento teórico que sustenta o projeto nomeadamente, o papel da família no apoio à pessoa dependente, as consequências do cuidar na saúde, o papel da RNCCI e a promoção do autocuidado do cuidador familiar segundo Orem (2001). A metodologia do planeamento em saúde é apresentada no terceiro capítulo, onde são relatadas as fases do planeamento em saúde, designadamente o diagnóstico de situação, determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, preparação operacional e avaliação. Por fim, na conclusão é realizada uma reflexão do projeto, das limitações e das competências desenvolvidas enquanto enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

A realização deste trabalho seguiu as normas APA para a realização de trabalhos escritos, conforme o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

1. OS CUIDADORES FAMILIARES: UMA ABORDAGEM EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O envelhecimento e o aumento das doenças crónicas levam à perda de autonomia e ao aumento da dependência de terceiros para a satisfação das necessidades diárias básicas e manutenção da qualidade de vida (Sequeira, 2010). Face a uma situação de incapacidade, as pessoas não conseguem realizar tarefas necessárias à sua sobrevivência e ao seu bem-estar físico, emocional e social (WHO, 2002). A dependência pode ser definida como:

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 actividades da vida diária (Decreto Lei 101/2006 de 6 de Junho, p.3857).

Analisando os dados do Eurostat (2015) para Portugal, podemos verificar que a esperança média de vida à nascença aumentou significativamente entre 1980 e 2012, passando de 71,5 anos para 80,6 anos. Em 2011, a esperança média de vida à nascença era 83,8 anos no caso das mulheres e de 77,3 anos no caso dos homens. No entanto, quando analisamos a esperança média de vida sem incapacidade em Portugal, para o ano de 2011, constatamos que as mulheres vivem, em média, 58,6 anos sem limitações na sua atividade, e os homens 60,7 anos.

Segundo os dados do INE (2012), em 2011 cerca de 40,5% das pessoas com idades entre os 15 e os 64 anos apresentavam pelo menos um problema de saúde ou doença prolongados e 17,4% apresentavam pelo menos uma dificuldade na realização de atividades básicas, afetando mais mulheres (19,7%) do que homens (15,0%), e, em maior proporção, as pessoas com 45 e mais anos¹.

Em Portugal, de acordo com os Censos 2011, cerca de 19% da população residente é idosa², dos quais, cerca de 50% tem muita dificuldade ou não consegue realizar pelo menos uma das atividades do dia-a-dia,

¹ Verificou-se ainda que 16% das pessoas nessa faixa etária apresentavam simultaneamente problemas de saúde prolongados e dificuldades na realização de atividades básicas (INE, 2012).

² Sendo aqui considerado como idoso a pessoa com 65 anos ou mais (INE, 2012).

afetando mais mulheres do que homens³. Os dados confirmam que 22% da população idosa com pelo menos uma dificuldade residia sozinha e 34,8% na companhia exclusiva de pessoas também idosas (INE, 2012).

Perante uma situação de dependência na realização das atividades de vida diárias, surge a necessidade de ajuda humana na prestação de cuidados à pessoa dependente.

Existem duas modalidades diferentes de cuidar ou prestar cuidados: informal - em que a pessoa que presta cuidados a outra, o faz numa base de solidariedade, como um voluntário, ou de um sentimento pessoal, como amizade, ou de vínculo de parentesco, como de pais para filhos, sem esperar contrapartidas pecuniárias ou outras. A outra modalidade de cuidar é a formal - em que a pessoa que presta cuidados a outra o faz numa base contratual isto é, neste caso a relação que estabelece com o utente/cliente é profissional e qualificada, comprometendo-se a prestar-lhe cuidados sob obrigações específicas, sob recompensa pecuniária e/ou material pelo exercício da suas funções (Instituto para o Desenvolvimento Social, 2002, p.21).

De acordo com a Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011), p. 138 e 139, o cuidador informal é “aquele que presta cuidados informais. Pode ou não coabitar com a pessoa a quem presta os cuidados”. A prestação de cuidados informais “consiste na ajuda ou supervisão, usualmente não remunerada, que é prestada às pessoas em situações de dependência, pela família, amigos ou vizinhos”.

O cuidar tem estado fortemente associado ao papel familiar. Desde sempre que a família tem sido a principal prestadora de cuidados em situação de dependência dos seus familiares, em que é reconhecida como o principal contexto de promoção e manutenção da independência dos seus membros. (Martín, 2005). A literatura aponta-nos que a maioria dos prestadores de cuidados informais são familiares e a responsabilidade do cuidar ao longo do tempo recai sobre a família (Tjadens, & Colombo, 2011; Sequeira, 2010; WHO 2002; Pego, 2013; Martín, 2005). Neste sentido, a família representa o principal apoio à pessoa em situação de dependência, em que cerca de 80% dos cuidados são prestados por familiares, tanto na Europa como nos Estados Unidos da América (Paúl, 1997).

³ A dificuldade em andar é a principal limitação e afeta 700 987 pessoas idosas (INE, 2012).

Cuidador familiar refere-se a qualquer parente, parceiro, amigo ou vizinho com que existe uma relação pessoal significativa e que providencia um espectro alargado de assistência a uma pessoa idosa ou um adulto com uma condição incapacitante ou crónica (Family Caregiver Alliance, 2006).

Constata-se que a literatura consultada (Sequeira, 2010; Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011; Family Caregiver Alliance, 2006; Tjadens, & Colombo, 2011; WHO 2002; Paúl, 1997; Pego, 2013 e Martín, 2005) faz referência a diferentes conceitos para designar os cuidadores, nomeadamente “cuidador informal”, “cuidador principal”⁴, “cuidador familiar”, entre outros. Uma vez que os familiares são maioritariamente os principais responsáveis pela prestação de cuidados à pessoa dependente, a definição que adoto neste projeto é a definição de cuidador familiar.

O ato de cuidar pode assumir vários significados. Tecnicamente refere-se à realização de atividades a outras pessoas, que não as conseguem realizar sozinhas. No entanto, pode apresentar uma forte componente emocional, com a manifestação de sentimentos de dedicação, reconhecimento, preocupação, responsabilidade, assistência, compaixão e num sentido mais amplo, amor. O ato de cuidar é o processo que sustenta a vida e é em grande parte definido culturalmente, variando consoante os diferentes contextos culturais. Assim, para se descobrir o significado do cuidado num determinado ambiente cultural é necessário ouvir aqueles que estão diretamente envolvidos nele e observar as suas ações (Kleinman & Geest, 2009).

Na maioria das famílias a escolha de um cuidador é feita de forma subtil e é influenciada pelo contexto e pelas características e experiências pessoais de cada membro da família. No caso de um membro da família se encontrar desempregado ou sem atividade pode influenciar na decisão (Sequeira, 2010). Os motivos que levam o cuidador familiar a assumir esse papel estão relacionados com os fatores inerentes à pessoa que cuida, como o estado de saúde e a rejeição da institucionalização, com os fatores relacionados com o próprio cuidador, como o sentimento de obrigação, de gratidão, dependência financeira, grau de parentesco, proximidade física e afetiva, entre outros e com

⁴ O cuidador que assume a maioria da responsabilidade pela prestação de cuidados é designado de cuidador principal ou primário. Este cuidador é quem realiza a maior parte dos cuidados à pessoa dependente (Sequeira, 2010).

os fatores familiares, como a tradição familiar e a ausência de outra resposta (Cruz, Loureiro, Silva & Fernandes, 2010).

As alterações demográficas e da estrutura familiar poderão trazer dificuldades acrescidas e comprometer o suporte familiar e a sustentabilidade do modelo de prestação de cuidados informais. Até 2050 na Europa, prevê-se que a necessidade de cuidados aumente duas vezes mais (Tjadens & Colombo, 2011).

Um estudo realizado na região Norte de Portugal aponta que as famílias com idosos dependentes são maioritariamente famílias nucleares com filhos adultos e famílias envelhecidas, com apoio formal e informal restrito (Araújo, Paúl & Martins, 2010). Os cuidadores familiares são na sua maioria mulheres e frequentemente idosos (Pego, 2013; Lourenço, Figueiredo & Sá, 2015; Paguia, 2014; Moutinho, 2012). Apesar das elevadas taxas de inserção das mulheres portuguesas no mercado de trabalho, estas continuam a exercer um papel fundamental na prestação de cuidados (Pego, 2013). No que diz respeito ao grau de parentesco do cuidador familiar, a figura mais referida é a dos filhos, maioritariamente do sexo feminino (Araújo, et al 2010; Pego, 2013). No entanto, se o cuidador residir com a pessoa dependente, são sobretudo os conjugues que prestam os cuidados (Pego, 2013, Paguia, 2014; Moutinho, 2012), não se verificando nesta situação diferença de género (Pego, 2013).

De acordo com Paúl (1997) a perceção que o cuidador tem do agravamento contínuo da condição do familiar que cuida, a relação prévia com o seu familiar, a inversão de papéis que muitas vezes ocorre, o facto de raramente a prestação de cuidados ser partilhada e o facto de ser cuidador não corresponder a uma escolha assumida, na maioria das vezes, podem levar a uma situação de conflitos.

A prestação de cuidados mais de 20 horas por semana, está associada a 20% de maior prevalência de problemas de saúde mental, a redução do trabalho remunerado e conseqüentemente a um maior risco de pobreza que os não cuidadores. A deterioração do estado de saúde, os problemas financeiros, a falta de informação e de formação são os problemas mais referidos. Conseguir gerir os cuidados e as responsabilidades leva a problemas de

gestão de tempo e de isolamento social. A sobrecarga⁵ associada ao cuidar afeta a qualidade do cuidado, a relação entre o cuidador familiar e a pessoa cuidada e o estado de saúde (Tjadens & Colombo, 2011).

A par com as exigências e com os aspetos técnicos do cuidar, o impacto psicológico da própria experiência de prestar cuidados assume uma grande importância, mediado pela forma como cada prestador de cuidados percebe a sua situação. Assim, a saúde física e mental do prestador de cuidados está diretamente relacionada com o nível de *stress* e com as dificuldades por ele percebidas (Brito, 2002). As dificuldades experienciadas pelo cuidador são as principais responsáveis pelo aparecimento da sobrecarga (Sequeira, 2010).

Têm sido focadas as consequências do cuidar no estado de saúde físico e mental dos cuidadores em função da doença e grau de dependência da pessoa cuidada. O tipo de perturbação e o estado funcional da pessoa dependente podem ter impactos variáveis no cuidador familiar (Paúl, 1997).

Segundo Sequeira (2013), os cuidadores de pessoas com demência experienciam níveis mais altos de sobrecarga, decorrentes de níveis elevados de dificuldades e fontes de satisfação reduzidas. De acordo com Figueiredo & Sousa (2008), a sobrecarga é elevada nos cuidadores de idosos com e sem demência e ambos percebem o seu estado de saúde como fraco. Os cuidadores de idosos sem demência percebem a sua saúde mental melhor que o outro subgrupo. O estudo de Lilly, Robinson, Holtzman & Bottford (2011), aponta por um lado, para a falta de reconhecimento e de apoio pelos serviços de saúde e, por outro lado, para expectativas irrealistas de autocuidado dos cuidadores familiares de idosos com demência no Canadá, que não têm em conta as suas próprias necessidades e são acompanhadas de apoio limitado, contribuindo para o aumento da sobrecarga.

Outra vertente da literatura consultada analisa aspetos da saúde dos cuidadores de pacientes com cancro. Os cuidadores de pacientes com cancro, quando comparados com não cuidadores, relatam prejuízos significativos em todos os resultados de saúde. Os resultados destacam aumento da sobrecarga do cuidador relacionado com comorbilidades de *stress*, maior uso dos serviços

⁵ A sobrecarga refere-se às repercussões pessoais, sociais e económicas resultantes da prestação de cuidados a pessoas dependentes no domicílio (Sequeira, 2010).

de saúde, deterioração da qualidade de vida e redução da produtividade do trabalho (Goren, Gilloteau, Lees & Dibonaventura, 2014). A sobrecarga dos cuidadores, o impacto sobre a saúde, os problemas financeiros e a falta de apoio familiar tem uma influência negativa na qualidade de vida e saúde mental dos cuidadores (Song et al, 2011).

Importa ainda referir os estudos efetuados em cuidadores familiares de doentes com AVC. Estes cuidadores evidenciam diminuição da autoestima, diminuição da capacidade em lidar com o *stress*, deterioração da saúde física e diminuição do bem-estar emocional (McLennon et al, 2014). A idade avançada, a ansiedade experienciada pelos doentes e cuidadores, o elevado grau de dependência da pessoa cuidada e a falta de apoio familiar, constituem fatores de risco para a saúde, que podem ser minimizados pela formação do cuidador (McCullagh, Brigstocke, Donaldson & Kalra, 2005).

Apesar das diferenças apresentadas anteriormente, é importante realçar que a maioria dos estudos, independentemente do diagnóstico médico da pessoa dependente, aponta para uma diminuição da saúde, da qualidade de vida e para um aumento da sobrecarga do cuidador. De acordo com Fuhrmann, Bierhals, Santos & Paskulin (2015) uma menor capacidade funcional da pessoa dependente está associada a uma maior sobrecarga do cuidador familiar.

Segundo Giovannett et al (2011), num estudo realizado nos Estados Unidos da América, as dificuldades dos cuidadores na prestação de cuidados de saúde a idosos com patologia múltipla⁶ estão associadas ao aumento da sobrecarga e da depressão do cuidador. A idade dos cuidadores e a quantidade de tarefas foram associadas ao aumento das dificuldades e, por outro lado, a qualidade de relação entre o cuidador e a pessoa dependente e a autoeficácia⁷ contribuem para minimizar as dificuldades.

O papel de cuidador torna-se bastante limitativo, pois restringe a vida pessoal, familiar e são negligenciadas outras necessidades devido à exclusiva devoção do cuidador à prestação de cuidados ao parente dependente. É um momento de ajuste à dependência de um ente querido, em que o cuidador sente a necessidade de estar sempre presente. É fundamental que os

⁶ As dificuldades de prestação de cuidados de saúde neste estudo englobam dificuldades com a gestão terapêutica, com a alimentação, com a gestão dos gastos de saúde e com a obtenção de serviços de saúde e comunitários (Giovannett et al, 2011).

⁷ Perceção que a pessoa tem de ser capaz de realizar determinada tarefa (Giovannett et al, 2011).

cuidadores consigam atingir um equilíbrio com o seu papel, em que não se sintam exclusivamente um cuidador, mas que entre várias atividades se sintam também um cuidador. É necessário que os cuidadores sejam capazes de se relacionar com os outros, de reorganizarem o seu tempo, se sentirem confortáveis com as suas novas responsabilidades e verem o seu trabalho reconhecido (Pereira & Botelho, 2011).

Tendo em conta que os recursos são limitados, apoiar os cuidadores familiares tráz um ganho triplo. Para os cuidadores, que têm capacidade para cuidar do seu ente querido, para a pessoa cuidada, que pode ser cuidada no seu ambiente e pelo seu familiar e para os governos, devido à diminuição dos custos (Tjadens & Colombo, 2011).

Apoiar os cuidadores familiares implica um conjunto de medidas de suporte tais como informação, formação (Silva, Teixeira, Teixeira & Freitas, 2013; Tjadens & Colombo, 2011), cuidados de repouso e grupos de apoio. (Tjadens & Colombo, 2011). As necessidades dos cuidadores são semelhantes e englobam ainda recursos comunitários e sociais, conhecimentos e competências quer para cuidarem de si mesmos, quer para cuidarem do seu familiar dependente, apoio emocional (Melo, Rua & Santos, 2014), apoio económico (Melo, et al 2014; Silva, et al 2013), apoio jurídico, apoio profissional e uma comunicação mais eficaz com os profissionais de saúde (Silva, et al 2013).

De acordo com Melo, et al (2014) a identificação das necessidades dos cuidadores familiares é fundamental, constituindo a primeira etapa do diagnóstico de situação, para posteriormente se planear as intervenções de enfermagem. A avaliação do cuidador deve ser um processo sistemático e requer a descrição da situação de cuidados e identificação de problemas, necessidades, recursos e pontos fortes do cuidador familiar. Devem ser considerados os seus valores e preferências, o seu bem-estar, as consequências do cuidar, os recursos potenciais que pode escolher usar, as habilidades e os conhecimentos para fornecer os cuidados necessários, o contexto da prestação de cuidados e a perceção que tem da saúde e do estado funcional da pessoa cuidada (Family Caregiver Alliance, 2006).

É imprescindível uma avaliação individual adequada e multidimensional do cuidador, que tenha em conta a natureza dinâmica da prestação de cuidados e as interações complexas entre o cuidador e a pessoa dependente (Brito, 2002). Uma avaliação apropriada deve permitir ao profissional compreender os pontos de vista, sentimentos, competências e limitações do cuidador, para que possa ser alcançada uma decisão conjunta satisfatória em relação às necessidades do cuidador (McKee, et al 2009). É essencial ter em conta o sentido que os cuidadores conferem à sua experiência (relações, opções e estratégias de *coping*), pois só assim podem planificar, desenvolver e avaliar intervenções de enfermagem que respondam de forma eficaz às necessidades dos cuidadores. A ausência de intervenção pode resultar em prejuízos para a saúde tanto do cuidador, como do familiar dependente (Pereira, 2001).

De acordo com Brito (2002) e Sequeira (2010), o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) surge como uma ferramenta útil na avaliação dos cuidadores familiares, tanto no diagnóstico da sobrecarga como na monitorização de repercussões negativas, permitindo ao profissional estabelecer um plano de cuidados que responda às necessidades específicas.

Um estudo realizado por Sequeira (2010) na população portuguesa em que foi utilizado o CADI⁸ demonstrou que os fatores que melhor explicam as dificuldades dos cuidadores que cuidam de idosos dependentes estão relacionados com os problemas relacionais, com as restrições sociais e com as exigências do cuidar. Martins, Corte & Marques (2014) também aplicaram o CADI a 52 cuidadores na Região Centro de Portugal, tendo concluído que as maiores dificuldades percebidas pelos cuidadores estão relacionadas com as exigências do cuidar manifestadas pelo cansaço físico, insónias e diminuição da saúde, seguido das reações à prestação de cuidados relacionadas com a preocupação e o sentimento de impotência do cuidador e das restrições na sua vida social devido à falta de tempo para si.

De acordo com Araújo et al (2010) a rede de apoio é imprescindível para dar resposta às necessidades dos idosos dependentes e suas famílias,

⁸ É um instrumento constituído por trinta potenciais dificuldades dos cuidadores relacionados com o cuidar e que permite identificar fatores que explicam as dificuldades dos cuidadores como os problemas relacionais, as restrições sociais, as exigências ao cuidar, as reações ao cuidar, o apoio familiar e o apoio profissional (Sequeira, 2010).

existindo necessidade de uma maior cooperação entre os diferentes intervenientes do apoio formal e informal no sentido de melhorar o apoio aos idosos dependentes e seus familiares.

1.1. A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

A RNCCI surgiu para dar resposta às necessidades das pessoas idosas e doentes com patologia crónica múltipla com dependência funcional, e de pessoas com doença incurável em estado avançado de vida e visa prestar cuidados continuados integrados de saúde e de apoio social a pessoas, que independentemente da idade se encontrem em situação de dependência.

Tais respostas devem ser ajustadas aos diferentes grupos de pessoas em situação de dependência e aos diferentes momentos e circunstâncias da própria evolução das doenças e situações sociais e, simultaneamente, facilitadoras da autonomia e da participação dos destinatários e do reforço das capacidades e competências das famílias para lidar com essas situações, nomeadamente no que concerne à conciliação das obrigações da vida profissional com o acompanhamento familiar (Decreto-Lei 101/2006 de 6 de Junho, p.3856).

As ECCI e as Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos (ESCP) integram as equipas domiciliárias da RNCCI⁹ e estão enquadradas no âmbito da prestação de cuidados do ACES. Estas prestam cuidados de saúde, de reabilitação, readaptação, de manutenção, de natureza paliativa e de apoio psicossocial adequados, promovendo o envolvimento dos familiares e outros prestadores de cuidados, a pessoas em situação de dependência, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se de forma autónoma (Portaria 174/2014 de 10 de Setembro).

Sendo a dependência um dos critérios de admissão de pessoas/famílias na RNCCI, todos os utentes acompanhados pela ECCI apresentam dependência e necessitam de um cuidador responsável pela prestação de cuidados. Assim, o cuidador poderá estar exposto a situações adversas

⁹ Os cuidados continuados podem ser prestados em unidades de internamento, unidades de ambulatório, equipas hospitalares e equipas domiciliárias prestadoras de cuidados continuados integrados (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados, 2011).

resultantes da prestação de cuidados, podendo comprometer a sua capacidade de autocuidado e de cuidado à pessoa dependente, o que de acordo com o referencial teórico de Dorothea Orem (2001), implica a necessidade de intervenção de enfermagem.

1.2. Cuidadores Familiares: a promoção do autocuidado (Orem, 2001)

Dorothea Orem (2001) desenvolveu a teoria do déficit de autocuidado assente em três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas. A teoria do autocuidado de Orem (2001) é definida como a prática de atividades realizadas pelos indivíduos e da qual resultam benefícios para si mesmo, como a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Orem (2001) defende o indivíduo tem capacidades para promover o autocuidado e responder às suas necessidades.

Para atingir o autocuidado são necessários três requisitos fundamentais: requisitos universais, requisitos de desenvolvimento e requisitos de desvio da saúde. Os requisitos universais são aqueles que são comuns a todas as pessoas e estão relacionados com os processos de manutenção da vida. Os requisitos de desenvolvimento resultam dos requisitos universais particularizados por processos de desenvolvimento e relacionados com a adaptação a alguma situação ou com a mudança. Estes requisitos de desenvolvimento promovem os processos para a vida e para o desenvolvimento em todas as etapas e previnem as condições prejudiciais para o desenvolvimento ou minimizam ou superam as consequências negativas de certas condições. Os requisitos de desvio da saúde são os requisitos exigidos em situações de doença ou lesões, bem como defeitos ou incapacidades e que estão submetidos a diagnóstico e tratamento médico (Orem, 2001).

A teoria do déficit do autocuidado de Orem (2001), defende que a necessidade da intervenção de enfermagem surge quando a pessoa é incapaz de proporcionar cuidado efetivo e regulado a si próprio ou ao seu dependente.

Deve ser determinada a relação entre as capacidades e as necessidades da pessoa com déficit de autocuidado do próprio ou do seu dependente, no entanto e para tal, é necessário determinar cada uma das

capacidades e das necessidades. O cuidado de enfermagem justifica-se quando existe ou quando se prevê que vá existir um desequilíbrio entre as capacidades e as necessidades existentes, ou seja quando as capacidades são menores ou as necessidades são maiores do que aquelas requeridas para atingir o autocuidado. O déficit de autocuidado pode ser permanente ou transitório e é expresso em termos de limitações das pessoas. Essas limitações são guias para definir formas de ajuda e para compreender os papéis do paciente no autocuidado (Orem, 2001).

De acordo com a teoria dos sistemas, a enfermeira planeia o sistema de enfermagem tendo em conta as necessidades de autocuidado e as capacidades do indivíduo para desempenhar o autocuidado. O sistema pode ser totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou sistema apoio-educação. No sistema-apoio educação o indivíduo realiza todo o autocuidado e a intervenção de enfermagem centra-se em ajudar a tomar decisões, a adotar comportamentos saudáveis e benéficos e a adquirir conhecimentos e habilidades, promovendo assim, o indivíduo como um agente no seu autocuidado (Orem, 2001). Segundo Orem (2001, p.56) são identificados cinco métodos de ajuda: agir ou fazer para o outro; orientar o outro; providenciar apoio físico e psicológico; providenciar e manter um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e ensinar o outro.

Neste projeto, pretende-se ajudar os cuidadores familiares capacitando-os para o autocuidado, de forma a minimizar as dificuldades sentidas por eles, através da criação de um sistema apoio-educação. Os métodos de ajuda centram-se em apoiar e ensinar o cuidador num ambiente que fomente o desenvolvimento pessoal, promovendo o autocuidado, tendo em conta as suas necessidades e dificuldades específicas. A identificação das necessidades e dificuldades do cuidador familiar é essencial para que se possa criar o sistema de ajuda adequado e desenvolver intervenções de enfermagem que deem resposta às dificuldades sentidas. Neste sentido, tomamos como referencia a teoria do déficit de autocuidado (Orem, 2001) e utilizamos a metodologia do planeamento em saúde (Tavares, 1991), apresentada no capítulo seguinte.

2. METODOLOGIA: PLANEAMENTO EM SAÚDE

O planeamento em saúde é um “processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a(s) solução(ões) óptima(s) entre várias alternativas; essas escolhas tomam em consideração os constrangimentos actuais ou previsíveis no futuro” (Tavares, 1990, p.29). As fases do planeamento em saúde incluem o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional - programação e a avaliação (Tavares, 1990).

Segundo o regulamento das competências específicas do Enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, este “estabelece com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.2). Desta forma, neste projeto foi utilizada a metodologia do Planeamento em saúde. A população alvo são os cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio que integram a ECCI Odivelas.

A primeira etapa do planeamento em saúde consiste na elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade. Neste, foram identificadas as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares de pessoas dependentes no domicílio que pertencem à ECCI Odivelas. Após a identificação das dificuldades dos cuidadores familiares foram determinadas as prioridades através da técnica de comparação por pares e elaborados os diagnósticos de enfermagem tendo por base o modelo teórico do défice de autocuidado de Dorothea Orem (2001). Em seguida foram formulados objetivos e estratégias face aos problemas priorizados, preparadas e implementadas intervenções e por fim foi realizada a avaliação da intervenção e dos resultados obtidos.

2.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação constitui o primeiro passo do planeamento em saúde e pretende medir o estado de saúde de uma população. Este deve

corresponder às necessidades de saúde da população. “A concordância entre diagnóstico e necessidades determina a pertinência do Plano, Programa, do Projecto, esteja este vocacionado para a resolução ou minimização de problemas de Saúde ou para a otimização ou aumento da eficiência dos Serviços prestadores de cuidados” (Tavares, 1990, p. 51).

No diagnóstico de situação pretende-se identificar os problemas em saúde e determinar necessidades, bem como os serviços e recursos existentes (Tavares, 1990). Assim é fundamental caracterizar a população, o conhecimento das necessidades sentidas e expressas pela população e os serviços e recursos existentes (Imperatori & Girades, 1993). Desta forma, irei apresentar a comunidade (concelho de Odivelas) e a ECCI Odivelas, onde foi realizado este projeto, a população-alvo e amostra, os instrumentos de recolha de dados e os resultados obtidos no diagnóstico de situação, isto é a caracterização sociodemográfica dos cuidadores familiares e do contexto de prestação de cuidados e as suas dificuldades sentidas e expressas.

2.1.1. Caracterização da comunidade: Concelho de Odivelas

O concelho de Odivelas constitui uma sub-região da Grande Lisboa e integra as freguesias de Caneças, Famões, Odivelas, Olival Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião e Ramada. De acordo com os Censos de 2011, atualmente o município de Odivelas conta com 144549 habitantes, o que corresponde a 7% dos residentes da Grande Lisboa, tendo registado um ligeiro aumento populacional nas últimas duas décadas. Apresenta uma densidade populacional de 5424 habitantes/km². A distribuição da população por sexo evidencia um equilíbrio entre homens (47,6%) e mulheres (52,4%) (Câmara Municipal de Odivelas, 2013).

Analisando os censos de 2011, a dimensão média das famílias diminuiu na última década passando de 2,7 para 2,5 no concelho. Verifica-se uma tendência do envelhecimento da população residente, com a estagnação dos jovens até aos 15 anos, com a diminuição dos jovens adultos e com o aumento dos idosos¹⁰. A população jovem representa cerca de 15% da população

¹⁰ Sendo aqui considerado idoso a partir dos 65 anos (Câmara Municipal de Odivelas, 2013).

residente ao passo que a população idosa representa 16%. Constatase que o índice de envelhecimento do concelho agravou de 81 em 2001 para 107 em 2011, o que significa que existem 107 idosos por cada 100 jovens (Câmara Municipal de Odivelas, 2013).

No que diz respeito às qualificações académicas mais de metade da população residente possui apenas o ensino básico (51,2%) e mais de metade da população residente é ativa (52,5%), o que representa uma das taxas mais elevadas de atividade do país (Câmara Municipal de Odivelas, 2013).

De acordo com os Censos de 2011, as principais incapacidades sentidas pela população são ver (8,1%) e subir degraus (7,7%). Cerca de 47% da população residente com 65 ou mais anos, apresenta pelo menos uma dificuldade, sendo a principal dificuldade andar ou subir degraus (31,7%) e ver (24,7) (Câmara Municipal de Odivelas, 2013).

2.1.2. Caracterização da ECCI Odivelas

A ECCI Odivelas foi criada em Outubro de 1997, face à necessidade de prestar cuidados de saúde no domicílio aos residentes que se encontravam em situação de dependência temporária ou definitiva, designando-se FORCCI (Famões, Odivelas e Ramada, Cuidados Continuados Integrados). Em 2000 o projeto passou a abranger toda a área de influência do Centro de Saúde de Odivelas - freguesia de Odivelas, união das freguesias de Ramada e Caneças e união das freguesias de Povoia de Santo Adrião e Olival Basto, passando a designar-se de ECCI. Em 2006 a ECCI passa a integrar a RNCCI e em Novembro de 2010 integra a UCC- Saúde a Seu Lado.

A ECCI Odivelas tem um horário de funcionamento de segunda a sábado, incluindo feriados e aos domingos para utentes programados. Os recursos humanos incluem 2 médicos em tempo parcial, 7 enfermeiros, 1 psicóloga em tempo parcial, 1 fisioterapeuta em tempo parcial, 1 técnica superior de serviço social em tempo parcial, 2 assistentes operacionais e uma assistente técnica. Os parceiros da comunidade incluem o Centro de Saúde e Hospital da área; segurança social, Município de Odivelas e Juntas de Freguesia de Odivelas e Ramada, IPSS's, paróquias e as famílias.

O enfermeiro tem um papel preponderante na equipa e enquanto gestor de caso é responsável pelo acolhimento do utente e família, pelo levantamento das necessidades e estabelecimento de um plano de intervenção em articulação com os profissionais da equipa multidisciplinar. A equipa intervém junto de pessoas com dependência transitória ou permanente e presta cuidados em três tipologias diferentes: cuidados de reabilitação, cuidados geriátricos e cuidados paliativos.

2.1.3. População alvo e amostra

A população alvo deste projeto são os cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio que pertencem à ECCI Odivelas. Os critérios de inclusão são: ser cuidador familiar de pessoa dependente; ser cuidador principal; a pessoa cuidada ter idade igual ou superior a 18 anos; pertencer à área de influência da ECCI Odivelas e o gestor de caso ser o Enfermeiro. Dos 82 cuidadores familiares que integram a população alvo, foi seleccionada uma amostra de 25 cuidadores familiares por amostragem de conveniência. Os 25 cuidadores familiares que integram a amostra aceitaram participar no estudo.

2.1.4. Instrumentos de colheita de dados

Os instrumentos de colheita de dados utilizados no diagnóstico de situação foram um questionário aplicado aos cuidadores familiares (Apêndice I), composto por um grupo de caracterização sociodemográfica do cuidador familiar e por outro grupo de caracterização do contexto da prestação de cuidados. Foi utilizado o Índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI), o índice de Katz para avaliar a dependência da pessoa cuidada, recolha de informação do processo clínico para determinar a idade e sexo da pessoa dependente e foram ainda realizados dois estudos de caso.

As dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares foram avaliadas através do Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) (Anexo I). O CADI - *Carer's Assessment of Difficulties Index* foi desenvolvido em 1998 por

Nolan et al, foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por João Barreto e Luisa Brito (Brito, 2002) e validado para a população portuguesa por Sequeira (2007, 2010 e 2013). Para utilizar o índice de avaliação das dificuldades do cuidador como instrumento de colheita de dados foi pedida autorização ao autor que validou a escala para a população portuguesa (Apêndice II). Importa salientar que após a sua autorização foram respeitadas todas as condições de utilização do referido instrumento.

Para caracterizar o utente dependente foram recolhidos dados sobre a idade e o sexo, nos processos clínicos e foi determinado o grau de dependência funcional nas atividades básicas de vida diárias através da aplicação do índice de Katz (Anexo II).

Para aprofundar o conhecimento sobre a situação vivida pelos cuidadores familiares e compreender dimensões que não estão abrangidas pelos questionários, foram realizados dois estudos de caso. Esta abordagem metodológica permite uma ampla compreensão dos diversos fatores envolvidos na prestação de cuidados. Para realizar os estudos de caso foi efetuada uma entrevista semiestruturada e foi pedido o respetivo consentimento informado livre e esclarecido, por escrito (Apêndice III) e foram realizadas notas de campo. De acordo com Sanjek (1990), as notas de campo englobam os registos produzidos acerca de uma ocorrência, que permanecem imutáveis, escritos no papel. Constituem uma ajuda à memória, que estimulam a recriação e a renovação de coisas que se passaram.

A recolha de dados foi realizada no domicílio dos cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência que pertencem à ECCI Odivelas entre os dias 29 de Maio e 26 de Junho de 2015. Importa referir que ao longo da realização deste projeto esteve sempre presente a preocupação com os aspetos éticos e deontológicos inerentes à prática de enfermagem e ao processo de investigação.

2.1.5. Aspetos éticos

Para realizar a recolha de dados foi pedida autorização à direção do ACES Loures-Odivelas, a qual foi concedida a partir do dia 28/05/2015. Foi

ainda pedida autorização para identificar o ACES Loures-Odivelas neste relatório. Ambas as autorizações foram concedidas e encontram-se no apêndice IV.

A aplicação dos instrumentos de recolha de dados aos cuidadores familiares implicou que assinassem previamente um consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice V), de forma a ser obtida a sua autorização legal para participarem no estudo. Os participantes foram devidamente informados e esclarecidos dos objetivos e finalidade do projeto de intervenção comunitária.

A realização dos procedimentos deste estudo seguiu rigorosamente o Código Deontológico do enfermeiro, e importa realçar o artigo 80º do dever para com a comunidade, em que o enfermeiro deve conhecer as necessidades da população e da comunidade em que está inserido, participar na orientação da comunidade, colaborar com outros profissionais para resolver os problemas detetados e responder às necessidades identificadas. Pode-se destacar ainda o artigo 81º dos valores humanos, o artigo 84º do dever à informação, nomeadamente: “Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado”, o artigo 85º do dever de sigilo, em que o enfermeiro é obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

2.2. Diagnóstico de situação: apresentação e análise dos dados

2.2.1. Caracterização sociodemográfica do cuidador familiar

Para efetuar a caracterização sociodemográfica dos cuidadores familiares foi realizado um questionário (apêndice I), estando os dados apresentados no Apêndice VI. Os cuidadores familiares enquadram maioritariamente as faixas etárias acima dos 65 anos (14) e os restantes (11) integram a faixa etária dos 41 aos 65 anos. Os cuidadores familiares são maioritariamente do sexo feminino (20). Todos os cuidadores são de nacionalidade Portuguesa e com naturalidades provenientes de diversos distritos do país, com alguma predominância para o distrito de Lisboa (8). No

que diz respeito ao estado civil quase todos os cuidadores são casados ou estão em união de facto (23).

Analisando a escolaridade dos cuidadores familiares, a grande parte tem o ensino primário de escolaridade (11), seguido do 6º ano de escolaridade (5) e do ensino superior (5). Os restantes cuidadores têm 9 anos de escolaridade (2), 12 anos de escolaridade (1) e apenas um cuidador não tem escolaridade.

No que concerne à situação profissional, dez cuidadores familiares encontram-se reformados por tempo de serviço, oito cuidadoras são domésticas, três cuidadores estão ativos a tempo inteiro, três estão desempregados e um cuidador encontra-se reformado por invalidez. As profissões exercidas pelos cuidadores são variáveis, sendo que oito cuidadores são ou eram trabalhadores não qualificados e um dos cuidadores enquadra os quadros superiores da administração pública e empresas e dirigentes.

A maioria dos cuidadores familiares não tem dependentes a seu cargo (16), no entanto seis cuidadores têm como dependentes a pessoa que cuidam, quatro cuidadores têm filhos dependentes e um cuidador tem os netos como dependentes.

2.2.2. Caracterização do contexto da prestação de cuidados

A caracterização da prestação de cuidados foi realizada através do questionário aplicado aos cuidadores familiares (apêndice I), estando os dados apresentados nos quadros 1 e 2. Importa salientar que todos os cuidadores residem com a pessoa que cuidam, 13 cuidadores são esposos (as) e nove são filhos. Estes resultados corroboram com os apresentados por Pego (2013), em que nas situações em que os cuidadores residem com a pessoa que cuidam, o grau de parentesco predominante é de esposa(o). A maioria dos cuidadores familiares (17) são os únicos cuidadores e catorze pagam pelas ajudas que têm. Apesar de catorze cuidadores considerarem as ajudas suficientes, onze referem que precisavam de mais ajudas para cuidar. A grande maioria presta cuidados mais de 17 horas por dia (21), sendo que os restantes quatro prestam cuidados entre 8 a 16 horas por dia. A maioria (18) está a prestar cuidados pela primeira vez e 16 nunca receberam formação para cuidar.

Quadro 1 – Caracterização do contexto da prestação de cuidados

Caracterização da prestação de cuidados		Nº de cuidadores		
Grau de parentesco com a pessoa que cuida	Esposo (a)	13		
	Pai/mãe	1		
	Filho (a)	9		
	Genro/nora	2		
Coabita com a pessoa de quem cuida	Sim	25		
Mais alguém co-habita?	Sim	13		
	Não	12		
É único cuidador	Sim	17		
	Não	8		
Tipos de apoio	Apoio familiar	13		
	Amigos	0		
	Instituições sociais – cuidados de higiene	1x dia	7	
		2x dia	5	
	Instituições de saúde	25		
	Apoio monetário	3		
	Empregada particular	3		
Pagamento pela colaboração	Sim	14		
	Não	11		
Considera as ajudas suficientes	Sim		14	
	Não	Ajuda no levantar	3	
		Ajuda na higiene	1	
		Ajuda monetária	1	
		Apoio ao fim-de-semana	1	
		Apoio mais vezes ao dia	2	
		Não especificado	4	
		Apoio psicológico	1	
		Dias de descanso	1	
Há quanto tempo presta cuidados	Menos de 3 meses	2		
	De 3 meses a 1 ano	6		
	De 1 a 3 anos	6		
	De 3 a 6 anos	3		
	Mais de 6 anos	8		
Quantas horas por dia presta cuidados	De 8 a 16 horas	4		
	Mais de 17 horas	21		

Quadro 2 - Caracterização do contexto da prestação de cuidados (Continuação)

Caracterização da prestação de cuidados		Nº de cuidadores	
Que tipo de cuidados presta	Higiene pessoal	23	
	Alimentação	24	
	Mobilidade	23	
	Toma da medicação	24	
	Gerir o dinheiro	21	
	Ir às compras	21	
	Atividades de lazer	9	
	Ajuda na lida da casa	21	
É a primeira vez que presta cuidados?	Sim		18
	Não	Âmbito profissional	3
		Cuidou de outros familiares	4
Já recebeu formação para cuidar?	Sim	Alimentação por sonda nasogástrica	1
		Âmbito profissional	3
		Formações pontuais	2
		Prevenção de úlceras de pressão	2
		Prevenção de quedas	1
	Não		16
	E gostava de receber algum tipo de formação?	Sim – Temas de interesse referidos	Não específica
Úlceras de pressão			1
Convulsões			1
Cuidados respiratórios			1
Traqueostomia			1
Diabetes + insulina + hipoglicémias		1	
Não		9	
Não sei		7	

2.2.3. Caracterização do utente dependente

No que concerne ao utente dependente, a maioria tem mais de 76 anos, destes, oito encontram-se na faixa etária dos 76 aos 85 anos e nove tem mais de 85 anos. Apenas um tem menos de 65 anos, encontrando-se na faixa etária dos 41 aos 65 anos e os restantes sete utentes encontram-se entre os 66 e aos 75 anos. Relativamente ao sexo verifica-se um equilíbrio, em que treze dos utentes dependentes são do sexo masculino e doze são do sexo feminino. A maioria dos utentes dependentes são totalmente dependentes (19) segundo o grau de dependência avaliado pelo Índice de Katz e os restantes seis são parcialmente dependentes (apêndice VII).

2.2.4. As dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares

Para avaliar as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares foi utilizado o CADI, que é um instrumento constituído por 30 itens que correspondem a potenciais dificuldades e permitem identificar 6 fatores que explicam as dificuldades dos cuidadores: “problemas relacionais”, as “restrições sociais”, as “exigências ao cuidar”, as “reações ao cuidar”, o “apoio familiar” e o “apoio profissional”. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta: “não acontece no meu caso”, “isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba”, “isto acontece no meu caso e sinto que causa alguma perturbação” e “isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito”. A identificação das dificuldades dos cuidadores relacionadas com o cuidar irá permitir adequar as respostas formais às dificuldades encontradas (Sequeira, 2010).

Na avaliação realizada aos 25 cuidadores familiares foram encontradas dificuldades em todos os itens e conseqüentemente em todos os fatores do CADI: “problemas relacionais”, “restrições sociais”, “exigências ao cuidar”, “reações ao cuidar”, “apoio familiar” e “apoio profissional” (apêndice VIII).

No fator “restrições sociais”, as principais dificuldades dos cuidadores são: “Não tenho tempo suficiente para mim próprio” (17 cuidadores), “afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto” (15 cuidadores) e “Não consigo ter um tempo de descanso nem fazer uns dias de

férias” (16 cuidadores), em que a maioria dos cuidadores refere que causa alguma ou muita perturbação (apêndice VIII).

Analisando o fator “exigências do cuidar”, a maioria dos cuidadores referiu dificuldades em todos os itens, causando alguma ou muita perturbação. A dificuldade mais referida foi “deixa-me muito cansado fisicamente” (19 cuidadores), seguida de “a pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar” (16 cuidadores), “a pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais” (16 cuidadores), “ a pessoa de quem cuido sofre de incontinência” (15 cuidadores), “ando a dormir pior por causa desta situação” (14 cuidadores), “a minha saúde ficou abalada” (13 cuidadores) e “esta situação está a transtornar-me os nervos” (13 cuidadores) (apêndice VIII).

No fator “reações ao cuidar” as principais dificuldades encontradas são: “Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar” (14 cuidadores) e “Por vezes, sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação (15 cuidadores), em que a maioria afirma que causa alguma ou muita perturbação (apêndice VIII).

Nos fatores “problemas relacionais” e “apoio profissional”, apesar de terem sido referidas dificuldades em todos os itens a maioria dos cuidadores refere que não acontece no seu caso (apêndice VIII). No fator do apoio familiar apesar de não terem sido identificadas dificuldades pela maioria dos cuidadores importa referir que 10 cuidadores assumem como dificuldades que “alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam” e 11 cuidadores referem como dificuldade que “as pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria” (apêndice VIII).

Analisando as frequências relativas dos fatores CADI (apêndice IX) e o somatório das frequências relativas nos fatores do CADI: “Isto acontece no meu caso e sinto que: causa alguma perturbação” e “perturba-me muito” (apêndice X) constata-se que as dificuldades mais sentidas pelos cuidadores familiares foram as exigências do cuidar (61%), seguido das restrições sociais (51%), falta de apoio familiar (42%), reações ao cuidar (41%), falta de apoio profissional (30%) e problemas relacionais com a pessoa que cuida (24%).

Os resultados obtidos comprovam que, a maioria dos cuidadores incluídos na amostra estão expostos a múltiplas dificuldades, têm uma idade

avançada (mais de 65 anos) e cuidam muito mais do que 20 horas por semana, de familiares com um elevado grau de dependência. De acordo com a literatura consultada (McCullagh, et al 2005; Fuhrmann, et al 2015; Paúl, 1997; Tjadens & Colombo, 2011; Sequeira, 2010) estes fatores constituem um risco para a saúde do cuidador, comprometendo a sua capacidade de autocuidado, justificando-se assim, a necessidade de intervenção de enfermagem, de acordo com Orem (2001).

2.2.5. Estudos de caso: Luísa e Teresa

A realização de dois estudos de caso permitem conhecer em maior profundidade a situação vivida pelos cuidadores familiares. Assim é possível realizar uma abordagem multidimensional, pensando numa enfermagem centrada na pessoa. Os estudos de caso permitem o conhecimento da situação vivida atualmente e da sua história de vida. De forma a garantir o anonimato das cuidadoras, foram utilizados pseudónimos.

Teresa: Uma filha que cuida de um pai

A Teresa é uma senhora de 57 anos, natural de Lisboa. Estudou até ao 9º ano de escolaridade, altura em que começou a trabalhar. O pai de Teresa saiu de casa quando ela tinha 17 anos, “abandonou-me a mim, à minha mãe e à minha irmã e nunca nos ajudou em nada”. Teresa foi mãe pela primeira vez aos 15 anos, tendo casado nessa altura. Teve 3 filhos e tem sete netos, a mais velha com 21 anos e a mais nova com 5 meses. Teresa começou a cuidar aos 20 anos de idade, quando trabalhou numa casa particular a cuidar de dois idosos. Trabalhava cerca de 8 horas por dia e foi aí que aprendeu a cuidar. Salaria que quem a ensinou a cuidar foram as enfermeiras que iam a casa dos senhores que ela cuidava: “as enfermeiras ensinaram-me muita coisa e o resto também fui aprendendo com a prática”. Depois disso sempre trabalhou a cuidar dos outros, exerceu funções tanto em lares como em casas particulares: “sempre cuidei dos outros, é uma coisa que gosto de fazer”, refere Teresa.

O pai de Teresa teve um AVC hemorrágico em 2012, altura em que ficou totalmente dependente nas atividades de vida diárias. Esteve internado até Janeiro de 2013, altura em que regressou para casa da mãe da Teresa. Teresa refere que foi uma situação muito complicada, pois a sua mãe não o queria lá em casa, por ele os ter abandonado. Foi assim que Teresa regressou para casa da sua mãe, um apartamento remodelado com elevador no centro de Odivelas, e começou a cuidar do seu pai: “comecei a cuidar dele porque ele não tinha mais ninguém, foi esse o motivo”, “os meus filhos e a minha mãe não queriam que eu tratasse dele, mas eu não o podia abandonar”.

A mãe de Teresa faleceu em Abril deste ano com um Acidente Vascular Cerebral. Teresa conta que foi uma morte súbita durante a noite e que se sente culpabilizada por isso, pois estava lá em casa e não conseguiu fazer nada para o evitar. Por outro lado, afirma que por cuidar do seu pai negligenciou os cuidados à sua mãe. Teresa refere que é uma situação que também lhe tem causado muito sofrimento. Na mesma altura em que a mãe de Teresa faleceu, o seu marido saiu de casa. Teresa refere: “o meu marido foi-se embora na altura em que mais necessitava dele, fez-me a mim o mesmo que o meu pai fez à minha mãe”, “Agora fiquei sozinha com o meu pai, somos só os dois”.

Teresa deixou de trabalhar em janeiro de 2013, altura em que começou a cuidar do seu pai, foi morar com ele e cuida dele 24 horas por dia, todos os dias, sem férias, nem fins-de-semana, nem um único dia de descanso. É a única cuidadora e assume toda a responsabilidade pelo cuidar. Dispõem de apoio da ECCI Odivelas. Teresa refere que ter o apoio dos enfermeiros da ECCI é fundamental, que sem esse apoio se sentia completamente sozinha. Realça a importância da ECCI disponibilizar um telefone de urgência das 8h às 20h todos os dias, e quando é necessário tanto os enfermeiros como os outros profissionais da equipa se deslocam a sua casa. Teresa refere que houve uma altura em que a ECCI deu alta ao seu pai, por já não necessitar dos cuidados de enfermagem e afirma que foi muito complicado, pois não dispunha de nenhum tipo de assistência para cuidar do seu pai. Entretanto foi readmitido por apresentar uma úlcera de pressão no calcâneo e atualmente apresenta uma úlcera de pressão na região intranadegueira. Teresa refere que se sente apoiada por poder ligar a qualquer altura.

Teresa dispõe de apoio monetário. Recebe cerca de 180 euros de complemento de dependência do seu pai e cerca de 400 euros da reforma dele. A irmã de Teresa tem uma filha pequena e não tem disponibilidade para cuidar do seu pai, mas ajuda financeiramente com cerca de 200 euros por semana: “a minha irmã não deixa que nada falte”. Apesar deste apoio monetário, não pode comprar coisas para ela como fazia antes, pois as despesas com o pai são muito grandes.

Teresa presta todos os cuidados ao seu pai: higiene pessoal, alimentação por PEG, ajuda na mobilidade, toma da medicação, cuidados à traqueostomia e aspiração de secreções, trata da lida da casa e da roupa e vai às compras ao sábado com a sua irmã. A sua rotina diária começa às 9h00, altura em que dá o pequeno-almoço e a medicação ao seu pai e lhe muda a fralda. Entretanto toma o seu pequeno-almoço e trata da limpeza da casa e da roupa. Refere que o seu pai gosta de dormir de manhã e por volta das 11h30 é que lhe presta os cuidados de higiene. Três vezes por semana lava-lhe o cabelo e corta-lhe a barba. Após os cuidados de higiene começa a preparar o almoço, dá o almoço ao seu pai e almoça também. Por volta das 14h30, após arrumar a cozinha, senta-se no cadeirão ao lado do seu pai. Teresa refere que se ele estiver calmo, ainda consegue descansar um bocadinho e que é o único momento e a única coisa que a alivia da tarefa de cuidar, mas nem sempre. Por vezes ele está muito inquieto e apelativo e não a deixa descansar. Diz ainda que há dias em que ele apresenta muitas secreções na traqueostomia e que tem de as aspirar frequentemente. Por volta das 17h00 muda-lhe a fralda, posiciona-o e dá-lhe o lanche. De seguida, começa a preparar o jantar e por volta das 20h troca-lhe a fralda e dá-lhe o jantar. Às 20h30 janta e arruma a cozinha. Às 22h00 posiciona-o, muda a fralda e dá-lhe a ceia, à meia-noite dá-lhe a medicação para dormir e depois vai-se deitar. Durante a noite tem de se levantar frequentemente para aspirar as secreções. Teresa afirma que não há uma noite em que dorme descansada, diz que às vezes ele não está a fazer barulho, mas que tem a sensação que o ouve. A Teresa respondeu no CADI “não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar, isto acontece no meu caso e perturba-me muito” e “ando a dormir pior por causa desta situação, isto acontece no meu caso e perturba-me muito”.

Teresa refere que os cuidados que tem mais dificuldade a prestar é levantar o seu pai para o cadeirão, por ser uma carga física muito grande. Por outro lado, a dor ciática que tem está a agravar devido aos esforços que faz. Ao responder no CADI a Teresa afirma que “a pessoa de quem eu cuido depende de mim para se movimentar, isto acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação”, devido à dor ciática que está a agravar e “deixa-me muito cansado fisicamente, isto acontece no meu caso e perturba-me muito”.

Teresa afirma que a sua vida quotidiana mudou muito, pois não pode sair de casa, não pode tratar de si, nem ir a consultas médicas. Teresa define o seu estado de saúde como: “não muito bom”. Refere dores lombares frequentes e um problema na tiroide, que toma medicação, mas não vigia. Afirma que não vai a nenhuma consulta médica porque não tem tempo. No CADI, Teresa afirma que “a minha saúde ficou abalada, isto acontece no meu caso e perturba-me muito”.

Teresa diz-me com tristeza: “se me conhecesse há um tempo atrás, eu não era nada assim, andava sempre bem arranjada, ia todas as semanas ao cabeleireiro, mas agora já não posso”. Agora quando precisa de comprar alguma coisa pede às amigas para lhe comprarem, porque não pode sair de casa, diz que tem uma amiga que ainda a ajuda bastante. Teresa conta que quando foi o funeral da sua mãe, pagou 50 euros a uma senhora para ficar com o seu pai. Foi a única altura em que deixou o seu pai a cargo de alguém, mas refere que a senhora não lhe prestou cuidados, apenas o vigiou. O seu neto fez 21 anos no dia 26 de Abril e não pode ir festejar o aniversário dele, Teresa exprime-o com uma tristeza profunda, pois não ver nem estar com os seus netos afeta-a muito. No CADI Teresa afirma que: “não tenho tempo suficiente para mim próprio, isto acontece no meu caso e perturba-me muito”, “traz-me problemas de dinheiro, isto acontece no meu caso e perturba-me muito”, pois deixou de comprar coisas para ela e “não consigo ter um tempo de descanso nem fazer uns dias de férias, isto acontece no meu caso e perturba-me muito”

Ao questionar Teresa, o que era para ela cuidar, ela responde-me com convicção: “É um ato de amor, gosto, é cuidar bem de uma pessoa e é uma coisa que gosto de fazer”. As palavras da Teresa vão de encontro ao defendido

por Kleinman & Geest, (2009) de que a prestação de cuidados implica sentimentos de preocupação, compaixão e amor.

Quando pergunto à Teresa o que sente perante esta situação, ela responde-me que sente que o seu pai nunca fez nada por ela, que a abandonou e que nunca quis saber e agora ela tem de fazer tudo por ele. Afirma que: “o meu pai tem muita sorte em eu e a minha irmã sermos tão boas para ele, porque apesar da minha irmã não cuidar dele diretamente, disponibiliza uma grande ajuda monetária.”

Teresa refere que os seus filhos não concordam com o facto de estar a cuidar do pai, visto ter sido abandonada por ele. Dizem que ela está nesta situação porque quer. Teresa afirma que “é muito duro ouvir estas palavras”. No CADI, a Teresa respondeu: “As pessoas da família não dão tanta atenção como eu gostaria, isto acontece no meu caso e perturba-me muito” e “alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam, isto acontece no meu caso e perturba-me muito”.

Teresa confia-me que o seu pai não dá valor ao que ela faz por ele e que por vezes ainda a trata mal, o que a magoa muito. Teresa sente-se revoltada porque ele está sempre a reclamar, nunca está satisfeito com nada, exigindo demasiado dela. No CADI Teresa afirma que: “por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim, isto acontece no meu caso e perturba-me muito” e “a pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que eu faço, isto acontece no meu caso e causa-me alguma perturbação”.

Ao questionar Teresa do que a poderia ajudar a cuidar do seu familiar, ela fica a pensar na resposta, acabando por afirmar que seria ter alguém em quem pudesse confiar para cuidar do seu pai durante algum tempo, para aliviar da tarefa. Para a Teresa os enfermeiros ajudam-na a cuidar do seu pai, por constituírem um apoio muito grande e sem o qual se sente abandonada.

Luísa: Uma mãe que cuida do filho

A Luísa é uma senhora de 83 anos de idade, é de nacionalidade portuguesa e natural de Lisboa. Cuida do seu filho que tem 55 anos de idade e que está dependente há 6 anos por Esclerose Lateral Amiotrófica.

O pai de Luísa era uma pessoa muito autoritária e a sua mãe faleceu muito cedo, pelo que foi criada pela madrasta. Refere ter tido uma educação muito rígida, nunca podia falar e tinha muito medo de ambos. Conta que ainda hoje tem dificuldade em ter um discurso fluente devido há educação que teve. Estudou durante 6 anos e trabalhou maioritariamente como empregada de balcão durante a sua vida. Agora encontra-se reformada por tempo de serviço.

Luísa é viúva há 5 anos. Casou com 22 anos de idade e esteve casada cerca de 55 anos. Conta que foi um casamento arranjado pelo seu pai e que nunca foi feliz. O seu marido nunca cuidou da saúde, era diabético, tinha problemas cardíacos e tinha hábitos alcoólicos marcados. Muitas vezes agredia-a verbalmente. Luísa tem dois filhos, o filho que está dependente dela e um outro filho que tem uma vida independente e que a relação é mais afastada. Luísa confia que o filho que está a cuidar “era um grande amigo que perdi”, o outro filho é mais afastado.

Luísa mora apenas com o seu filho e é a única cuidadora. Cuida 24 horas por dia, durante todos os dias. Dispõe de apoio do lar de Odivelas, que prestam os cuidados de higiene duas vezes por dia e pelos quais tem de pagar e da ECCI. Luísa refere que as ajudas não são suficientes, mas que também é complicado, porque não consegue delegar a tarefa de cuidar do seu filho a outras pessoas. Conta que chegou a ter empregadas em casa para cuidar do seu filho, mas que a roubavam e que por isso prefere não ter ajuda. Refere que o seu filho já esteve internado numa unidade para descanso do cuidador e que ela não conseguiu terminar o tempo do internamento e o seu filho regressou para casa mais cedo do que o previsto. Quando esteve internado ia visita-lo todos os dias, passando lá grande parte do seu tempo.

Luísa começou a cuidar pela primeira vez quando o seu filho começou a ficar mais dependente, há 6 anos atrás. Cuida dele porque é seu filho, “cuido porque gosto, adoro o meu filho”. Atualmente é totalmente dependente e apresenta uma úlcera de pressão na região sagrada. Luísa presta todo o tipo de cuidados: higiene pessoal, alimentação, mobilidade, medicação subcutânea, gere o dinheiro, vai às compras e trata da casa e da roupa. O seu dia começa às 7h30 quando se levanta e dá a medicação ao filho. Às 8h30 dá-lhe o pequeno-almoço, posiciona-o e muda-lhe a fralda. Depois começa a tratar da

casa e vai ao supermercado. Por volta das 12h00 é quando vêm prestar os cuidados de higiene do apoio social. Depois almoça e se tiver tempo descansa um bocadinho. Durante o seu dia vai gerindo os cuidados ao seu filho e a lida da casa. Durante a noite muitas vezes o seu filho não dorme e ela também não. Diz que não existe nada que a alivie da tarefa de cuidar. No CADI responde que “não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar, isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito” e “ando a dormir pior por causa desta situação, isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito”.

Luísa percebe o seu estado de saúde como mais ou menos. Tem reumatismo e não sabe como é que consegue ter força para cuidar dele, pois posiciona-o sozinha de 2 em 2 horas e ele pesa cerca de 90kg. No CADI afirma que “a minha saúde ficou abalada, isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito”. Os cuidados que tem mais dificuldade a prestar são “lavá-lo e vesti-lo”. No CADI a Luísa refere que “A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais, isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito”, “A pessoa de quem cuido sofre de incontinência, isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito”.

Luísa menciona que não consegue descansar de noite porque tem medo que lhe aconteça alguma coisa. Desde que cuida do filho, a vida quotidiana mudou. Deixou de passear e de ter férias. No CADI responde: “Não consigo ter um tempo de descanso nem fazer uns dias de férias, isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito” e “Não tenho tempo suficiente para mim próprio, isto acontece no meu caso e sinto que perturba-me muito”. Luísa refere que a estratégia que utiliza para lidar com as alterações é pedir a Deus que lhe coragem “e ele ouve-me”.

Para Luísa cuidar “é o amor”. Aprendeu a cuidar por instinto. Quando a questioneei sobre o que sente perante esta situação, responde que sente “desgosto”. “Tem-me deitado muito abaixo, estou metade daquilo que era, tenho chorado muito, parece que já não tenho lágrimas e quando ele esteve internado ainda me senti pior”. Ao perguntar o que a poderia ajudar a cuidar do seu familiar, Luísa responde que acredita que um milagre podia acontecer, “nada é impossível, sei que é uma palermice, mas é o que me faz andar para a

frente”. Para Luísa os enfermeiros são muito importantes e ajudam-na a cuidar do seu filho: “são muito carinhosos e dão-me muito carinho”.

Teresa e Luísa: uma reflexão

Estes dois estudos de caso, permitem-nos compreender mais profundamente as duas situações de cuidar distintas, fornecendo-nos uma perceção mais ampla de aspetos que as escalas não revelam. Em ambas as situações depreendemos através do estudo de caso que as cuidadoras, apesar das grandes dificuldades que sentem ao cuidar dos seus familiares “gostam de cuidar” e não conseguem delegar a tarefa de cuidar a outras pessoas. Teresa cuida porque cuidar é uma coisa que gosta de fazer, mas refere que gostaria de ter alguém em quem confiasse para a ajudar a cuidar do seu pai, pois só houve uma vez, no funeral da sua mãe, que delegou a tarefa de cuidar do seu pai a outra pessoa. Luísa cuida do seu filho por amor, mas sente que as ajudas não são suficientes, no entanto também não consegue delegar a tarefa de cuidar do seu filho a outras pessoas.

Luísa ao cuidar do seu filho, muitos são os momentos de tristeza e de angústia que sente, apoiando-se nas suas crenças religiosas para a ajudar a cuidar do seu filho. Teresa cuida do pai que a abandonou aos 17 anos, contra a vontade da sua família, porque ele não tem mais ninguém e sente que não o pode abandonar. Culpabiliza-se pela morte da mãe, pois esta era contra ela estar a cuidar do seu pai, e sente que por estar a cuidar do pai, não conseguiu ajudar a sua mãe na hora em que faleceu. Ficou sozinha com o pai após o marido a ter deixado, deixou de trabalhar e vive exclusivamente para cuidar do seu pai, tendo abdicado da sua vida pessoal, familiar e social, negligenciando ainda a sua saúde e bem-estar.

2.3. Determinação de Prioridades

Nesta etapa do planeamento da saúde serão hierarquizados os problemas identificados no diagnóstico de situação, recorrendo-se à utilização de critérios, através dos quais, os problemas são ordenados em prioridades.

Não existem critérios universais, a aplicação de uns ou outros critérios depende do contexto em que são aplicados. (Tavares, 1990). Assim, tendo por base os problemas identificados no diagnóstico de situação foram selecionadas as dez dificuldades mais referidas pelos cuidadores familiares, ou seja, as dez afirmações do CADI em que mais cuidadores referiram que acontecia no seu caso e que causava alguma ou muita perturbação (Apêndice XI).

Considerando as dez dificuldades mais sentidas pelos cuidadores familiares foram elaborados os respetivos diagnósticos de enfermagem (Quadro 3) tendo por base a teoria do défice de autocuidado de Dorothea Orem. Tal como já foi atrás referido, o défice de autocuidado ocorre quando a pessoa é incapaz de proporcionar cuidado efetivo e regulado a si próprio ou ao seu dependente. A intervenção de enfermagem é necessária quando existe ou se prevê que ocorrer um desequilíbrio entre as capacidades e necessidades, requeridas para atingir o autocuidado (Orem, 2001).

Quadro 3- Diagnósticos de Enfermagem

Diagnósticos de Enfermagem
Défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com as exigências dos cuidados a prestar, manifestado pelo cansaço físico.
Défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com a restrição da vida social manifestado pela falta de tempo para si próprio, para ir de férias e para conviver com os outros
Risco de défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com as exigências dos cuidados a prestar, manifestado pela dependência da pessoa cuidada para se movimentar, nos cuidados pessoais e por sofrer de incontinência.
Défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com a reação à prestação de cuidados manifestado por se sentir de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação.
Défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com a exigência dos cuidados a prestar manifestado por andar a dormir pior.
Défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com a reação à prestação de cuidados manifestado por não conseguir sossegar devido à preocupação com os cuidados a prestar.

A determinação de prioridades constitui a segunda fase do planeamento em saúde, em que há uma tomada de decisão face aos problemas identificados e se selecionam prioridades. Para priorizar os problemas de acordo com os diagnósticos identificados, foi selecionada a técnica de comparação por pares, em que cada problema é comparado sistematicamente

a cada um dos outros, escolhendo-se o mais importante em cada comparação. É selecionado o problema escolhido mais vezes (Tavares, 1990).

Apesar de todos os problemas selecionados representarem dificuldades para os cuidadores, a sua intensidade difere de problema para problema. Desta forma, quando se compara um problema com o outro, prevalece o problema em que mais cuidadores referiram que acontecia no seu caso, e que causava “alguma” ou “muita perturbação”. Quando se compara problemas em que o número de cuidadores que refere que acontecia no seu caso é igual, prevalece o problema em mais cuidadores referiram que acontecia no seu caso e causava muita perturbação (Quadro 4). No quadro 4 os problemas selecionados encontram-se destacados a cor vermelha.

Quadro 4 - Definição de prioridades dos problemas identificados através da técnica de comparação por pares

Problemas identificados	Comparação	Valor final	Ordem final
P1. Défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com as exigências dos cuidados a prestar, manifestado pelo cansaço físico.	1 1 1 1 1 2 3 4 5 6	P1=5	1º
P2. Défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com a restrição da vida social manifestado pela falta de tempo para si próprio, para ir de férias e para conviver com os outros	2 2 2 2 2 1 3 4 5 6	P2=4	2º
P3. Risco de Défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com as exigências dos cuidados a prestar, manifestado pela dependência da pessoa cuidada para se movimentar, nos cuidados pessoais e por sofrer de incontinência.	3 3 3 3 3 1 2 4 5 6	P3=3	3º
P4. Défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com a reação à prestação de cuidados manifestado por se sentir de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação.	4 4 4 4 4 1 2 3 5 6	P4=2	4º
P5. Défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com a reação à prestação de cuidados manifestado por não conseguir sossegar devido à preocupação com os cuidados a prestar.	5 5 5 5 5 1 2 3 4 6	P5=1	5º
P6. Défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com a exigência dos cuidados a prestar manifestado por andar a dormir pior.	6 6 6 6 6 1 2 3 4 5	P6=0	6º

Neste projeto, foram selecionados três problemas prioritários nos quais se vai intervir, de acordo com a técnica utilizada, tendo em conta a limitação temporal da intervenção. Assim, através da técnica de comparação por pares foram selecionados como prioritários os seguintes problemas: défice de

autocuidado do cuidador familiar relacionado com as exigências dos cuidados a prestar, manifestado pelo cansaço físico; défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com a restrição da vida social manifestado pela falta de tempo para si próprio, para ir de férias e para conviver com os outros e risco de défice de autocuidado do cuidador familiar relacionado com as exigências dos cuidados a prestar, manifestado pela dependência da pessoa cuidada para se movimentar, nos cuidados pessoais e por sofrer de incontinência.

2.4. Fixação de Objetivos

A fixação de objetivos constitui a terceira fase do planeamento em saúde. Os objetivos devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. É importante que os objetivos sejam interdependentes e sequenciais, através da formulação de objetivos gerais e específicos (Tavares, 1990).

Importa desde já salientar que durante a execução do projeto a população-alvo sofreu alterações constantes desde o diagnóstico de situação até à intervenção, devido a altas, internamentos, óbitos e admissões dos utentes dependentes. Em Outubro de 2015, a população alvo passou a ser constituída por 51 cuidadores familiares e em Janeiro de 2016 a população alvo sofreu novamente alterações e passa a ser constituída por 41 cuidadores familiares de pessoas dependentes no domicílio. Desta forma, foram definidos objetivos para este projeto face aos problemas prioritários (quadro 5).

Quadro 5 - Objetivos fixados

Objetivo Geral	Capacitar os cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio a desenvolverem estratégias que contribuam para minimizar as dificuldades sentidas e conseqüentemente melhorarem o seu autocuidado.
Objetivos Específicos	Incentivar pelo menos 10 cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio a integrar o Grupo de Ajuda Mútua e a partilhar pelo menos uma dificuldade/problema no cuidar do seu Familiar Dependente, ou uma dica/estratégia para lidar com as dificuldades.
	Capacitar pelo menos 10 cuidadores familiares a utilizarem métodos de relaxamento e/ou outras atividades que promovam o bem-estar, como estratégia de autocuidado, para aliviar o <i>stress</i> e minimizar o cansaço físico.
	Capacitar pelo menos 10 cuidadores familiares a desenvolverem estratégias para diminuir as dificuldades na mobilização do seu familiar dependente.
	Realizar e distribuir um guia de apoio a pelo menos 2/3 dos cuidadores familiares.

2.5. Seleção de Estratégias

A seleção de estratégias pretende alcançar a forma mais adequada de reduzir os problemas de saúde prioritários, atingindo os objetivos fixados. Podem ser possíveis diferentes abordagens para os problemas em causa, no entanto é necessário compará-las e analisar o custo-benefício ou os recursos disponíveis (Tavares, 1990). Nesta fase, foi avaliada a disponibilidade de recursos materiais e humanos para implementar as intervenções em conjunto com a enfermeira orientadora e com a enfermeira coordenadora da ECCI.

As estratégias selecionadas centram-se na constituição de um Grupo de Ajuda Mútua (GAM) para cuidadores familiares de pessoas dependentes no domicílio e na Educação para a Saúde (EpS). Estas estratégias visam a promoção do autocuidado do cuidador familiar e a minimização dos problemas de saúde diagnosticados, isto é, das dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares, através da criação do sistema apoio-educação (Orem, 2001). Neste sistema a intervenção de enfermagem visa ajudar a tomar decisões, a adquirir comportamentos saudáveis e conhecimentos e habilidades para o autocuidado do cuidador e para cuidar da pessoa dependente.

2.5.1. Constituição de um GAM para cuidadores familiares

A auto ajuda ou ajuda mútua refere-se a um grupo de duas ou mais pessoas que se juntam e compartilham experiências, problemas ou preocupações, tentando resolver os seus problemas e proporcionar mudança através do apoio mútuo e ação colaborativa e cooperativa (Self-help Resource Centre, 2007). Os GAM¹¹ podem ser formados espontaneamente entre pessoas que se sentem identificadas por determinadas características semelhantes entre si e que têm condições de se ajudarem mutuamente ou por algum profissional com participação não diretiva, em que está presente mas não assume a liderança do grupo (Zimmerman & Osorio, 1997).

¹¹ É feita uma distinção “académica” entre Grupos de Ajuda Mútua/ Autoajuda e Grupos de Suporte. Esta reside no facto dos grupos de suporte serem liderados por um profissional enquanto os Grupos de Autoajuda/Ajuda Mútua são liderados pelos seus membros. Apesar desta distinção de semântica, importa salientar que muitos grupos de ajuda mútua/autoajuda se intitulam como Grupos de Suporte. Desta forma, a diferença na classificação é ténue e primordialmente académica (Munn-Gidding & McVicar, 2006).

Segundo Zimerman & Osorio (1997) os GAM são grupos psicoeducativos (apoio mútuo e educacional) e homogêneos, uma vez que os participantes partilham problemas semelhantes¹². De acordo com Zukerfeld (1992), citado por Zimerman & Osorio (1997) p.108, “O compartilhar experiências comuns proporciona aos seus integrantes uma enorme energia que pode ser destinada para as exigências da vida, a ressocialização e a recuperação”. “A partir das semelhanças se gera a esperança e aumento da confiança dos indivíduos nas suas próprias capacidades”.

O funcionamento de autoajuda pode ser compreendido por três hipóteses: de homogeneidade, em que ocorre coesão grupal devido a mecanismos de identificação, a de modelização, em que “o mecanismo de autoajuda será mais eficaz quanto maior for o compromisso emocional com paradigmas ou propostas explícitas de mudança ou de alguma ação determinada”. A terceira hipótese diz respeito à confrontação, em que os seus membros confrontam a sua subjetividade com dados objetivos provenientes da realidade (Zukerfeld, 1992 citado por Zimerman & Osorio, 1997, p.108).

Os principais objetivos do GAM consistem em promover a partilha de sentimentos, ideias, opiniões e experiências, promover a autoestima, autoconfiança, estabilidade emocional, a intercomunicação e o estabelecimento de relações de suporte positivas¹³. Os valores e princípios do GAM assentam no respeito pela diversidade das pessoas e pelas capacidades individuais, na identificação de problemas comuns, na criação de recursos adequados e na confidencialidade (Maia, Vasques, Vieira, Reto, & Lourenço, 2002).

O profissional pode ter um papel relevante no GAM. Este fornece informações e pareceres, mas não lidera nem toma decisões, respeitando a autonomia do GAM. O profissional garante que a sua intervenção é de complementaridade com o grupo e atua como mediador/facilitador¹⁴ (Maia, et al 2002).

¹²A participação dos membros é voluntária, sem interesses financeiros ou lucrativos, confidencial e anónimo e com o objetivo do crescimento pessoal dos membros (Zimerman & Osorio, 1997).

¹³ Os GAM fornecem apoio, encorajamento, informação e estratégias de *coping*. As reuniões do GAM são periódicas (semanais, quinzenais ou mensais), gratuitas, a liderança muitas vezes é partilhada entre os seus membros, o funcionamento do grupo é definido por todos e as decisões são democráticas (Maia, et al 2002).

¹⁴ Direciona as atividades para os objetivos estabelecidos, inicia atividades, lida com situações de conflito, enfatiza os aspetos positivos do grupo, encoraja os membros do grupo a identificarem e a avaliarem as alternativas para a resolução dos seus problemas, garante o bem-estar do grupo e valoriza e respeita cada membro individualmente.

O desenvolvimento de um grupo passa por várias fases. A fase de formação, em que as pessoas procuram outras pessoas que partilhem os seus problemas e preocupações, a fase de normalização, em que o grupo começa a relacionar-se com outros grupos e com outras estruturas de apoio da comunidade. As rotinas das reuniões estabelecem-se e forma-se amizades. Pode surgir a fase de tempestade, quando surgem desacordos no grupo. É um período de questionamento. E por fim ocorre a fase de execução, em que há uma maior estabilidade, com regras definidas e tarefas divididas. Há uma maior confiança no grupo, são claras as expectativas, os objetivos e as atividades. Os conflitos tendem a diminuir (Maia, et al 2002).

Segundo Self-help Resource Centre (2007) os cuidadores que participam em grupos de autoajuda relatam maior conhecimento sobre os recursos da comunidade, maior capacidade em lidar com os problemas relacionados com o cuidar e melhoria do relacionamento com a pessoa cuidada. Estes resultados são melhores em cuidadores que participam em grupos de suporte moderados por profissionais em comparação com os que não são moderados por profissionais (Department of Health, 2007).

A investigação realizada por Munn-Gidding & McVicar (2006)¹⁵, enfatizou ganhos pessoais dos membros dos grupos no que concerne a empatia, *coping* emocional, conhecimento da experiência e informações práticas baseados na reciprocidade do apoio dos pares, incluindo conhecimento prático sobre fontes de ajuda e estratégias de *coping*. As relações estabelecidas com os pares foram altamente valorizadas, é construída a confiança dentro do grupo ao longo do tempo e os cuidadores sentem-se mais confiantes em utilizar os recursos disponíveis. Estes grupos oferecem um espaço adicional que permite aos seus membros transcenderem o seu papel tradicional. Assim os grupos de ajuda mútua baseados no apoio recíproco dos pares constituem um recurso valioso na comunidade que não é replicável em relações profissional-cliente (Munn-Gidding & McVicar, 2006).

¹⁵ Investigação desenvolvida no âmbito de um doutoramento com dois grupos de autoajuda/ajuda mútua para cuidadores na zona sul de Inglaterra em que foram analisadas as motivações dos cuidadores para se juntarem a um grupo de apoio, os ganhos pessoais em frequentar o grupo e o contraste dos grupos de ajuda mútua face aos serviços profissionalizados. Neste estudo, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas a 15 cuidadores. Os principais motivos que levam os cuidadores a integrar um grupo de apoio consistem na solidão percebida, no insuficiente apoio nas redes sociais habituais, na necessidade de conhecer pessoas em circunstâncias semelhantes e na crença e na expectativa de que existe algo especial em estar com outras pessoas que se encontram na mesma situação.

Desta forma, a ajuda mútua promove a partilha, a autoconfiança, a autoestima, o estabelecimento de relações de suporte positivas, um maior conhecimento acerca dos recursos da comunidade e uma maior capacidade para lidar com os problemas, contribuindo para a promoção do cuidador como agente no seu autocuidado. A par com esta estratégia foi adotada a estratégia da EpS, complementado assim a intervenção de enfermagem na promoção da autonomia e capacitação do cuidador familiar.

2.5.2. Educação para a saúde

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998, p.4) a EpS compreende oportunidades de aprendizagem conscientemente construídas, que envolvem uma comunicação que visa melhorar a literacia em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e desenvolvimento de habilidades para a vida que favorecem a saúde individual e comunitária.

A EpS não pretende apenas a comunicação de informações, mas também fomentar a motivação, aptidões e confiança necessárias para tomar medidas que melhorem a saúde. Inclui a comunicação de informações relativas às condições sociais, económicas e ambientais com impacto sobre a saúde, bem como fatores de risco individuais, comportamentos de risco e utilização dos serviços de saúde (WHO, 1998, p.4)

Desta forma, a EpS constitui uma estratégia que permite capacitar os cuidadores familiares a tomarem medidas e adquirirem comportamentos que promovam a sua saúde e minimizem as dificuldades sentidas. Para implementar e otimizar as estratégias de educação para saúde e da constituição do GAM, é necessário mobilizar os recursos disponíveis na comunidade, constituindo assim a outra estratégia selecionada.

2.5.3. Mobilização de Recursos da comunidade

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária desenvolve programas e projetos de intervenção que visam a capacitação das comunidades, “(...) estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo

uma prática de complementaridade com o de outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político.” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.1)

Assim, uma das outras estratégias selecionadas foi o estabelecimento de uma parceria com o Gabinete de Saúde e Igualdade da Camara Municipal de Odivelas no sentido de divulgar o projeto e obter apoio para a realização de atividades no âmbito do mesmo. Foi realizada reunião com o Arquiteto António Monteiro no dia 09/12/2015 às 12h00 no Gabinete de Saúde e Igualdade em que estiveram presentes para além de mim, o Sr. Arquiteto António Monteiro e a Sr.^a Enfermeira Orientadora Fátima Cruz. Da reunião ficou acordada a parceria no sentido de providenciar transporte municipal para atividades, cedência de espaços para realizar atividades, articulação com o Instituto do Desporto e com o Instituto de Superior de Ciências Educativas, para realização de atividades e organização de uma visita à quinta agrícola D. Dinis e ao Núcleo Museológico na Pontinha. Esta parceria foi estabelecida para a continuidade do projeto e devido ao tempo limitado do estágio, não foi possível desenvolver atividades no tempo de estágio.

Para além desta parceria, foi estabelecida articulação com o Centro Paroquial e Comunitário da Ramada, para solicitar espaço físico e material para a sessão de EpS e com a USF do Cruzeiro (Centro de Odivelas), para solicitar espaço físico e material para a realização dos encontros do GAM. Importa ainda salientar a articulação com os outros profissionais da equipa multidisciplinar, nomeadamente com a fisioterapeuta e com a assistente social. Após a seleção de estratégias que visam atingir os objetivos fixados, procedeu-se à preparação operacional das atividades a realizar.

2.6. Preparação Operacional

Nesta etapa pretende-se planear operacionalmente a execução do projeto. Assim, devem ser especificadas as atividades que constituem o projeto, definidas de forma a satisfazer os objetivos estabelecidos. Cada atividade deve ser especificada de acordo com os seguintes parâmetros: o que deve ser feito, quem deve fazer, quando deve fazer, onde deve ser feito, como

deve ser feito, avaliação da atividade, o objetivo a atingir e eventual custo da atividade (Tavares, 1990).

Assim, foram planeadas as atividades a concretizar, de acordo com os objetivos e as estratégias selecionadas. O planeamento das atividades foi previamente discutido e aprovado com a Docente Orientadora, com a Enf.^a Orientadora do local de estágio e com a Enf.^a Coordenadora da ECCL. Foi realizada também uma reunião com a fisioterapeuta para discutir os temas abordados na sessão de EpS e com a assistente social acerca dos recursos da comunidade a abordar no manual de apoio ao cuidador familiar.

O planeamento das atividades teve em conta as características sociodemográficas e a disponibilidade da população-alvo, pelo que o horário das atividades foi adequado a essa disponibilidade, uma vez que a maioria dos cuidadores apenas tem disponibilidade entre as 14h00 e as 16h00.

O plano da sessão de EpS “mobilização: posicionamentos e transferências de pessoas dependentes no domicílio” encontra-se no apêndice XII. Foi divulgada a sessão em visita domiciliária e por contacto telefónico a todos os cuidadores familiares e entregue convite (apêndice XIII). Foi pedida colaboração ao Centro Comunitário e Paroquial da Ramada para cedência de espaço físico e material de apoio. Foi elaborada a apresentação *powerpoint* (apêndice XVI) e um folheto informativo de apoio à sessão (apêndice XV), que foi distribuído a todos os cuidadores que assistiram à sessão. Para avaliar a sessão foi realizada uma grelha de avaliação da sessão (apêndice XVI) e um questionário de satisfação (apêndice XVII).

A preparação operacional da constituição do GAM para cuidadores familiares encontra-se especificada no apêndice XVIII. O plano dos encontros do GAM encontra-se no apêndice XIX. Foram entregues convites a todos os cuidadores familiares interessados em frequentar o GAM (apêndice XIII). Foi elaborado um Kit de acolhimento aos membros do GAM composto por um cartão de identificação de membro do grupo (apêndice XX) e por um folheto com informação alusiva ao GAM (apêndice XXI). Foi ainda elaborado um questionário de satisfação (apêndice XVII), uma folha de presenças do encontro do GAM (apêndice XXII) e o manual “Cuidar de mim”: guia de apoio aos cuidadores familiares de pessoas dependentes – dicas e estratégias para

lidar com as dificuldades, para o 2º encontro do GAM. Este manual está incluído na 2ª parte do manual de apoio ao cuidador familiar (apêndice XXIII).

O manual de apoio ao cuidador familiar de pessoas dependentes no domicílio (apêndice XXIII) foi entregue durante a visita domiciliária aos cuidadores familiares em Janeiro de 2016.

2.7.Avaliação

A avaliação é a sexta epata do Planeamento em Saúde e pretende “determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas”, confrontando os objetivos com as estratégias implementadas (Tavares, 1990, p.205).

De acordo com Tavares (1990), os indicadores são fundamentais na avaliação. Os dois tipos de indicadores mais utilizados na avaliação são os de impacto ou resultado, que medem o estado de saúde, e os indicadores de atividade ou execução, que medem a prestação de cuidados de saúde.

A realização deste projeto decorreu num período de tempo curto e limitado, inviabilizando a utilização de indicadores de resultado ou impacto para avaliar o projeto. O projeto centrou-se na capacitação dos cuidadores familiares para o autocuidado, o que implica uma mudança de comportamento, que só seria possível avaliar num período de tempo mais alargado. Assim, apenas foram tidos em conta os indicadores de processo ou de atividade na avaliação.

Por outro lado, também não foi possível aplicar novamente o CADI aos cuidadores familiares, que tinha sido aplicado no diagnóstico de situação, uma vez que a população-alvo sofreu grandes alterações durante a implementação do projeto, devido a altas, óbitos, internamentos e novas admissões de utentes dependentes. Neste sentido, a maioria da amostra a que foi aplicada o CADI, já não se encontrava disponível.

No diagnóstico de situação, a população-alvo era constituída por 82 cuidadores familiares, tendo sido aplicado o CADI a uma amostra de 25 cuidadores. Em Outubro de 2015, a população alvo sofrera alterações pelos motivos já apontados e passou a ser constituída por 51 cuidadores familiares. Em Janeiro de 2016 a população alvo sofreu novamente alterações devido à saída de 15 cuidadores familiares por alta, óbito ou internamento da pessoa

dependente e à admissão de 5 cuidadores familiares. Desta forma a população-alvo passou a ser constituída por 41 cuidadores familiares.

Neste sentido, para avaliar este projeto recorreu-se à avaliação dos objetivos propostos, dos indicadores de atividade, à avaliação da satisfação das atividades realizadas, através um questionário de satisfação e à avaliação subjetiva através de uma entrevista aberta final com os cuidadores familiares que participaram em pelo menos duas das atividades concretizadas. O número de cuidadores que participaram na intervenção é de 20, sendo que desses, dez cuidadores familiares participaram em pelo menos duas intervenções.

A sessão de EpS “mobilização: posicionamentos e transferências de pessoas dependentes no domicílio”, realizou-se no dia 10 de Novembro de 2015 e foi assistida por 14 cuidadores familiares. Durante a sessão houve demonstração das técnicas de posicionamento e transferência por mim e pelos cuidadores, demonstração dos exercícios de alongamento e relaxamento por mim e pelos cuidadores, partilha sentimentos e experiências, reflexão, aquisição de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas.

Dos cuidadores presentes 13 consideraram importante mobilizar frequentemente o seu familiar e um cuidador não se manifestou, todos os cuidadores identificaram corretamente 3 posturas biomecânicas corretas, um posicionamento e um procedimento correto na transferência cama-cadeira/cadeira-cama. Todos os cuidadores presentes participaram nos exercícios de alongamento e relaxamento, demonstrando pelo menos um exercício de alongamento e/ ou relaxamento. Desta forma, foi possível capacitar os cuidadores familiares a desenvolverem estratégias para diminuir as dificuldades na mobilização do seu familiar dependente e capacitá-los a utilizarem métodos de relaxamento, como estratégia de autocuidado, para prevenir lesões músculo-esqueléticas e minimizar o cansaço físico.

Relativamente à constituição do GAM para cuidadores familiares de pessoas dependentes no domicílio, foram contactados os 51 cuidadores familiares que integravam a população-alvo, sendo que 26 cuidadores demonstraram-se interessados e motivados em integrar o GAM. Para integrar o GAM foram ainda convidados dois cuidadores, cujos familiares de quem cuidavam tinham falecido, mas que mantinham contacto com a equipa de

enfermagem da ECCI e que se demonstraram interessados e motivados para integrar o GAM e poderem ajudar outros cuidadores. Os objetivos propostos para os encontros do GAM foram atingidos.

O primeiro encontro do GAM foi realizado no dia 17 de Novembro de 2015 e foi frequentado por 12 cuidadores, sendo que dois dos cuidadores os seus familiares já tinham falecido. Houve uma apresentação de todos os cuidadores e profissionais presentes, bem como uma apresentação e introdução do GAM. Após a apresentação todos os cuidadores partilharam problemas, dificuldades, sentimentos, ideias e experiências, que passam pelo cansaço físico, por dormirem mal, por sentimentos de depressão e tristeza, por não conseguirem aguentar mais a situação, dificuldades económicas, pelo isolamento que sentem, em que uma cuidadora referiu que “isto é um bom convívio, porque me sinto muito isolada”, duas cuidadoras partilharam com o grupo o sentimento de culpa por terem institucionalizado os seus familiares, uma cuidadora abordou o agravamento do seu estado de saúde, por cuidar sozinha do seu familiar. Outra cuidadora partilhou a necessidade que teve de pedir ajuda, pois se não o tivesse feito, não conseguiria aguentar: “não estou maluca, preciso de ajuda”. Um cuidador partilhou ainda: “nunca me passou pela cabeça o que era uma pessoa acamada. A minha esposa tem medo da noite, tem medo que eu saia de casa, estou a ver até onde vou, colocá-la ou não num lar”.

Estas e muitas outras dificuldades, problemas e sentimentos foram partilhados entre os cuidadores. Foram ainda abordadas as dificuldades identificadas no diagnóstico de situação, as quais foram validadas por todos os cuidadores presentes, referindo: “são essas dificuldades todas que eu sinto”. Foram esclarecidas as dúvidas que surgiram durante o encontro. Este encontro foi mais logo que o previsto, devido à apresentação de cada cuidador ter sido demorada, bem como o momento da partilha. No final do encontro foi sugerido aos cuidadores que pensassem em estratégias para lidar com as dificuldades sentidas, para apresentar no encontro seguinte. Foi questionado ainda aos cuidadores, o que gostariam de fazer nos próximos encontros. Dez cuidadores referiram que gostavam do convívio e dois cuidadores referiram que gostariam

de realizar atividades de relaxamento. No final deste encontro e dos seguintes realizou-se um lanche partilhado com um pequeno convívio entre todos.

O segundo encontro do GAM decorreu no dia 16 de Dezembro de 2015 e contou com a presença de 7 cuidadores, sendo que um dos cuidadores presentes, o seu familiar já tinha falecido. Dos cuidadores presentes neste encontro, quatro eram novos membros no GAM e três tinham estado presentes no encontro anterior. Tendo em conta a presença de novos membros, procedeu-se à apresentação dos cuidadores e profissionais presentes, bem como a uma apresentação e introdução do GAM. Após a apresentação todos os cuidadores partilharam problemas, dificuldades, sentimentos, ideias, experiências e/ou estratégias para lidar com as dificuldades. Importa realçar algumas das dificuldades/ sentimentos partilhados. Uma cuidadora partilhou que: “sinto-me presa em casa e custa-me ter uma companhia e ao mesmo tempo não ter”; outra cuidadora partilhou que: “perdi a alegria, perdi tudo, eu era uma pessoa muito alegre, mas agora sofro muito, a minha vida é tratar do meu marido. Tenho medo de sair de casa e que lhe aconteça alguma coisa”; Outra cuidadora partilhou que: “Quando a minha mãe esteve internada despacharam-me para casa, mas não me disseram como cuidar dela, pois ela estava com sonda nasogástrica e oxigénio e eu sem saber como lidar com isso. Dei um mau jeito à coluna. Tive de esquecer tudo o que fazia antes para cuidar dela.”; Outra cuidadora partilhou que: “o que me custa mais é ela não falar comigo, não saber se me conhece ou não, a minha mãe de dia para dia está pior e eu sinto-me muito em baixo”; outra cuidadora partilhou que “para tratar da minha mãe preciso de estar bem, por isso vou beber um café todos os dias à rua, tenho de sair de casa e é preciso uns dias fora de Odivelas para se ganhar forças para continuar a cuidar”.

Neste encontro foi realizado um *brainstorming* sobre estratégias para lidar com as dificuldades. As estratégias mais debatidas neste encontro para lidar com as dificuldades foi a importância de sair todos os dias um bocadinho de casa, ter férias, pedir ajuda e não fazer tudo sozinho, ter apoio nos cuidados de higiene e conforto, manter a vigilância médica e foi ainda debatida a importância de adquirir uma cama articulada elétrica, bem como as formas menos dispendiosas de se adquirir uma dessas camas. Foram esclarecidas as

dúvidas que foram surgindo e no final da sessão foi realizado um momento de relaxamento com exercícios de automassagem, em que todos os cuidadores participaram e realizaram os exercícios de automassagem como estratégia de autocuidado. Os cuidadores referiram que conseguiram relaxar e que eram exercícios simples que poderiam fazer em casa. Foi sugerido aos cuidadores que escolhessem uma estratégia para tentarem implementar no sentido de minimizar as dificuldades.

O terceiro encontro do GAM decorreu no dia 13 de Janeiro de 2016 e estiveram presentes cinco cuidadores familiares, sendo que dois dos cuidadores presentes, os seus familiares tinham falecido e um deles tinha falecido recentemente há cerca de um mês. Uma cuidadora esteve presente pela primeira vez no encontro e os restantes cuidadores já tinham estado presentes em encontros anteriores. A cuidadora que esteve presente pela primeira vez, não conseguiu permanecer no encontro até ao fim, pois não se recordava se tinha deixado o fogão aceso e estava preocupada com o seu filho do qual cuida, que estava sozinho em casa e estava com receio que lhe acontecesse alguma coisa. Esta cuidadora é a D. Luísa (nome pseudónimo) do estudo caso apresentado no diagnóstico de situação. Este facto vem realçar as dificuldades da cuidadora já identificadas no estudo de caso, em sair de casa por estar preocupada que aconteça alguma coisa ao seu filho, e por outro lado refere que não confia em ninguém para ficar a cuidar do seu filho, para poder sair de casa. A D. Luísa referiu que no próximo encontro iria tentar ficar até ao fim, pois era importante para ela sair de casa e vir a estas reuniões.

Neste encontro procedeu-se à visualização de um filme lúdico como estratégia de autocuidado, para aliviar o *stress* e promover o bem-estar físico e emocional. Todos os cuidadores referiram que a visualização do filme permitiu que descontraíssem e que se “esquecessem” por momentos dos problemas que tinham. Após a visualização do filme foram partilhados aspetos da história de vida dos cuidadores, inclusive dois cuidadores presentes viveram em Moçambique e partilharam também as suas experiências. Como já foi referido anteriormente, o GAM proporciona a partilha de experiências comuns entre os seus membros, esperança e confiança para lidar com os problemas (Zukerfeld, 1992, citado por Zimerman & Osorio, 1997).

O manual de apoio ao cuidador familiar foi realizado e distribuído nos domicílios dos 41 cuidadores familiares que integravam a população alvo em Janeiro de 2016.

Os indicadores de processo das atividades desenvolvidas estão especificados no apêndice XXIV. Importa salientar que em todas as atividades realizadas foram convidados todos os cuidadores previstos convidar, sendo o indicador de processo 100%. No que diz respeito ao nº de cuidadores presentes face aos previstos estar presentes, o indicador de processo é de 77,7% na sessão de EpS e no 2º encontro do GAM, 86% no 1º encontro do GAM e 62,5% no 3º encontro do GAM. Foram entregues os manuais do cuidador previstos entregar. Todas as atividades planeadas foram concretizadas, sendo o indicador de processo correspondente de 100%.

A avaliação da satisfação dos cuidadores familiares face às intervenções realizadas encontra-se no apêndice XXV. No que concerne à satisfação geral, na sessão de EpS 10 cuidadores demonstraram estar totalmente satisfeitos, 2 muitos satisfeitos, 1 satisfeito e 1 não respondeu. No 1º Encontro do GAM 10 cuidadores demonstraram estar totalmente satisfeitos e 2 não responderam. No 2º encontro do GAM 4 cuidadores demonstraram estar totalmente satisfeitos e os restantes 3 muito satisfeitos. No 3º encontro do GAM 2 cuidadores demonstraram estar totalmente satisfeitos, 2 muito satisfeitos e 1 não respondeu. Neste sentido, considera-se a avaliação da satisfação pelos cuidadores familiares muito satisfatória.

Por ultimo, após as intervenções realizadas, foi realizada uma entrevista aberta em visita domiciliária aos cuidadores familiares que participaram em pelo menos duas intervenções. Assim, foi pedido aos cuidadores familiares que descrevessem a utilidade das intervenções em que participaram para a sua vida quotidiana, enquanto cuidadores. No quadro 6, encontram-se descritas as principais considerações relatadas pelos cuidadores. Foram utilizados pseudónimos, no sentido de garantir o anonimato dos cuidadores.

Quadro 6 - Narrativa dos cuidadores relativamente à utilidade das intervenções em que participaram para a sua vida quotidiana.

Maria	“Nunca tinha lidado com uma situação destas, foi útil em tudo, aprendi muito e conheci novas pessoas. São duas horas que sabe bem estar ali e sair de casa. A parte final do relaxamento foi fantástica, porque entro em parafuso com muita facilidade e isso ajuda-me muito. Nas reuniões percebi que não posso abdicar de tudo, tenho de pedir ajuda e tenho também que sair de casa”.
Ana	“Foi muito importante. Gostei imenso. Aprendi imenso. Foi muito gratificante. O relaxamento é ótimo porque acalma e tenho feito alguns exercícios em casa que me têm ajudado. Sinto-me mais aliviada, menos tensa, sinto menos peso. Descobri que moro perto de duas senhoras que também foram às reuniões e já me encontrei com elas. O apoio mútuo é muito benéfico. Quero continuar no grupo”.
Joaquina	“No dia do filme esqueci-me um bocadinho do meu marido. Já pedi aos meus filhos para me arranjam filmes para eu ver, porque ajuda-me muito a distrair. No grupo as pessoas podem conversar e desabafar faz muito bem”.
Isabel	“Foi extraordinário. Gostei muito da partilha, da troca de experiências. As reuniões foram um refúgio muito grande para a minha parte emocional. Eu descarreguei a parte psicológica ao falar da minha situação e da minha história de vida. As reuniões foram muito bem conduzidas. Também gostei muito de ouvir os outros. Nunca tinha tido uma oportunidade destas, porque em casa eu não tenho ninguém com quem falar. Eu poder desabafar ajudou-me muito, foi muito importante. Senti muito carinho.”
Fátima	“Foi importante porque alertam para pormenores que as pessoas não se lembram. As pessoas com a experiência dos outros também aprendem. Trocar conhecimentos é produtivo porque há coisas que falta saber.”
Rita	“Gostei de tudo, foi tudo bem feito. Gostei das ideias todas que me deram. É indispensável na vida da gente. O grupo é ótimo, aprendemos muito uns com os outros”.
Dulce	“Foi uma contribuição espetacular. Não tenho palavras para agradecer o apoio por parte de todos. Quero continuar nas reuniões porque é uma mais-valia. As reuniões e as atividades em grupo ajudaram-me em todos os sentidos. Nem sequer imaginava que existia este apoio da vossa parte.”
Amélia	“Aprendi algumas coisas. Sinto-me mais aliviada, mais alegre. Vinha de lá sempre melhor do que o que ia. Gostei muito de ouvir as outras pessoas contarem os problemas delas, porque eu posso vir a ter os mesmos problemas e assim já sei como atuar.”
Fernanda	“O que me fez bem foi a formação, fez-me muito bem às minhas costas, dei-me muito bem com a ginástica para a minhas costas, porque eu tenho problemas nas costas (...) Deu-me umas ajudas para tratar da minha mãe.”
Alice	“Ajudou-me porque havia coisas que eu não sabia. Ouvei as opiniões e as experiências dos outros, percebi que não era só eu, que não estava sozinha. Foi muito bom para mim”.

Analisando os resultados obtidos é possível afirmar que os objetivos foram atingidos na generalidade. Estes resultados sugerem uma intenção de mudança de comportamento dos cuidadores para se autocuidarem. No entanto, importa salientar que o período de tempo limitado da implementação do projeto não possibilita avaliar mudanças de comportamento e só uma intervenção mais alargada no tempo permitiria a avaliação da capacitação dos cuidadores para o autocuidado e conseqüentemente a minimização das dificuldades sentidas.

3. CONCLUSÃO

Face a uma realidade em que o envelhecimento e o aumento das doenças crônicas incapacitantes levam a uma maior dependência para a realização das atividades de vida diárias é iminente apoiar os cuidadores familiares, para que estes se sintam capazes de desempenhar o papel de cuidadores. Os cuidadores enfrentam necessidades e dificuldades específicas que comprometem o seu autocuidado e conseqüentemente a sua saúde e bem-estar. Ao identificar as dificuldades dos cuidadores e intervir no sentido de minimizá-las, capacitando-os para o autocuidado, estamos por um lado, a promover a sua saúde e qualidade de vida e por outro lado, a estimular a sua autonomia e capacidade para lidar com as dificuldades e problemas. Apoiar os cuidadores familiares é fundamental e traz benefícios para o cuidador, para a pessoa cuidada e para toda a sociedade, resultando em ganhos em saúde.

O enfermeiro tem um papel relevante na saúde da comunidade, nomeadamente no apoio aos cuidadores familiares de pessoas dependentes, sendo muitas vezes o profissional de saúde que contacta primeiramente com a situação de prestação de cuidados no domicílio, devendo identificar as necessidades e dificuldades, no sentido de minimizá-las. Neste projeto foi utilizada a metodologia do planeamento em saúde, que possibilitou por um lado, a identificação das dificuldades e necessidades dos cuidadores familiares e por outro lado, intervir em concordância com os problemas identificados, no sentido de minimizá-los, avaliando sistematicamente as intervenções efetuadas. Esta avaliação permite reformular os objetivos e selecionar novas estratégias de intervenção, caso seja necessário. A articulação com a equipa multidisciplinar e com os parceiros da comunidade contribuiu significativamente para o sucesso da intervenção.

Com a realização deste projeto de intervenção comunitária tive a oportunidade de conhecer de perto a realidade e o dia-a-dia destes cuidadores nos seus domicílios, que enfrentam muitas dificuldades e que são incansáveis no cuidar do outro, dando o melhor de si e abdicando muitas vezes da sua vida pessoal, familiar e profissional em prol do seu familiar doente. Esta proximidade com os cuidadores familiares em contexto domiciliário constituiu para mim, uma

oportunidade de conhecer e compreender melhor as suas dificuldades, em comparação com o contexto hospitalar onde presto cuidados. No meio hospitalar não é possível esta proximidade com os cuidadores, pois o contacto é superficial, limitado e fora do meio em que vivem, não refletindo a realidade e o ambiente onde estão inseridos. Assim, o contexto domiciliário constitui o meio privilegiado para observar e compreender as suas reais necessidades.

Os cuidadores familiares incluídos na amostra do diagnóstico de situação são maioritariamente do sexo feminino, tal como nos aponta a literatura consultada, cuidam do seu familiar mais de oito horas por dia e a maioria presta cuidados mais de 17 horas por dia. Todos vivem com o familiar que cuidam e quanto ao grau de parentesco, a maioria são conjugues, seguido de filhos. Foram identificadas dificuldades em todos os fatores do CADI, no entanto os fatores em que as dificuldades são mais sentidas são as “exigências do cuidar”, manifestadas pelo cansaço físico e pela dependência da pessoa cuidada nos cuidados pessoais, na mobilidade e por sofrer de incontinência. As “restrições sociais” também são sentidas pela maioria dos cuidadores familiares, manifestadas pela falta de tempo para si próprios, para conviver com outros, fazerem coisas de que gostam, para descansar e fazer férias.

A realização de dois estudos de caso permitiu-me conhecer mais aprofundadamente a situação vivida pelos cuidadores, a sua história de vida e as suas dificuldades, compreendendo que apesar das grandes dificuldades que sentem ao cuidar dos seus familiares, “gostam de cuidar” e não conseguem delegar a tarefa de cuidar a outras pessoas. Os estudos de caso permitiram-me uma avaliação individual e centrada no cuidador familiar, possibilitando desenvolver uma enfermagem centrada na pessoa, compreendendo a importância deste tipo de abordagem. Assim, a realização deste projeto proporcionou-me a oportunidade de aprender e sobretudo de refletir sobre as dificuldades dos cuidadores familiares, que sendo tão reais, são muitas vezes deixadas para segundo plano, por diversos contextos.

Tendo em conta os resultados obtidos no diagnóstico de situação e o referencial teórico de Dorothea Orem (2001) tornou-se evidente a necessidade de intervenção de enfermagem, uma vez que existe défice e risco de défice de autocuidado do cuidador familiar.

As estratégias implementadas constituíram sobretudo um espaço de partilha de sentimentos, experiências e problemas com os seus pares e com os profissionais de saúde, possibilitando a interação com pessoas que estão a passar por problemas semelhantes, alívio do isolamento, aquisição de novos conhecimentos e de estratégias para lidar com as dificuldades. Os resultados obtidos permitem-me afirmar que existe uma intenção clara de mudança de comportamento, o que sugere que uma intervenção mais alargada no tempo levará a mudanças significativas de comportamento para o autocuidado dos cuidadores, resultando em maiores ganhos em saúde. Importa salientar que este projeto integra os projetos da UCC Saúde a Seu Lado, nomeadamente o projeto “Capacitar para Cuidar” e que será dada continuidade ao projeto pela equipa da ECCI Odívelas.

Os objetivos deste projeto foram atingidos, no entanto a limitação temporal da sua execução e as variações constantes sofridas pela população-alvo desde o diagnóstico de situação até à etapa da avaliação, devido a óbitos, internamentos, altas e admissões dos utentes dependentes, não permitiram uma avaliação sistemática da capacitação dos cuidadores familiares para o autocuidado. Esta capacitação implica uma mudança de comportamento, que só é possível ser avaliada num período de tempo mais alargado. Assim, estes resultados vêm reforçar a necessidade de mais estudos neste campo.

Tal como já foi referido anteriormente, importa salientar que no decorrer deste projeto foram garantidas todas as questões éticas inerentes ao processo de investigação e à prática de enfermagem, tendo sido cumprido rigorosamente o Código Deontológico do Enfermeiro.

A realização deste projeto constituiu um grande desafio à capacidade de reflexão e à construção de um pensamento crítico. O percurso académico desenvolvido permitiu-me a aquisição de conhecimentos teóricos e a mobilização dos mesmos no contexto de estágio de intervenção comunitária. Considero ainda, que este foi um processo de aprendizagem dinâmico, contribuindo para a capacitação de um grupo, os cuidadores familiares, permitindo-me a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas inerentes a uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Araújo, I.; Paúl, C. & Martins, M. (2010 Dez.). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: A sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série (2), 45-53.

Brito, L. (2002). *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto.

Câmara Municipal de Odivelas (2013). *Caracterização sociodemográfica do município de Odivelas – Análise dos Censos de 2011*. Acedido a 26-06-2015. Disponível em: http://www.cm-odivelas.pt/extras/pdm/anexos/Censos_definitivos_2011.pdf

Colombo, F. & Mercier, J. (2011). Balancing fair protection and financial sustainability in long-term care. *EuroHealth, Aging and long-term care*. Vol. 17 (2-3), 3-6. Acedido a 27-06-2015. Disponível em: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf>

Cruz, D.; Loureiro, H.; Silva, M.; Fernandes, M. (2010 Dez.). As vivências do cuidador informal do idoso dependente. *Revista de Enfermagem Referência*. III série (2), 127-136. Acedido a 08-04-2015. Disponível em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n2/v3n2a14>

Decreto-Lei 101/2006 nº 109 de 6 de Junho. Diário da Republica. I série A. Acedido a 25/03/2015. Disponível em: https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf

Decreto-Lei 22/2011 de 10 fevereiro. Diário da Republica I série, nº29. Acedido a 4/03/2016. Disponível em: <http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/0071600723.pdf>

Department of Health (2007). *Research Evidence on the effectiveness of Self Care Support* (Work in Progress 2005-07). United Kingdom. Acedido a 18/10/2015. Disponível em:

<http://www.bmsu.ac.ir/UserFiles/self%20care%20suport%20resaerch.pdf>

Eurostat (2015). *Mortality and life expectancy statistics*. Acedido a 28/03/2015.

Disponível em: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics#Life_expectancy_is_increasing

Expoente (2007). *Métodos, Técnicas e Jogos Pedagógicos – Recurso Didático para Formadores*. Expoente: Braga Acedido a 15/11/2015. Disponível em:

<http://opac.iefp.pt:8080/images/winlibimg.aspx?skey=&doc=42183&img=201>

Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*. Report from a National Consensus Development Conference (Vol. I). San Francisco: Author. Acedido a 30/05/2015. Disponível em:

https://caregiver.org/sites/caregiver.org/files/pdfs/v1_consensus.pdf.

Figueiredo, D. & Sousa, L. (2008). Percepção do estado de saúde e sobrecarga em cuidadores familiares de idosos dependentes com e sem demência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol. 26 (1) Janeiro/Junho, 15-24.

Fuhrmann, A.; Bierhals, C.; Santos, N. & Paskulin, L. (2015 Mar). Associação entre a capacidade funcional de idosos dependentes e a sobrecarga do cuidador familiar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 36 (1): 14-20.

Giovannetti, E.; Wolff, J.; Xue, Q.; Weiss, C.; Leff, B.; Boulton, C. ... Boyd, C. (2011). Difficulty Assisting with Health Care Tasks Among Caregivers of Multimorbid Older Adults. *J Gen Intern Med*. 27 (1): 37-44. DOI: 10.1007/s11606-011-1831-5.

Goren, A.; Gilloteau, I.; Lees, M.; DiBonaventura, M. (2014). Quantifying the burden of informal caregiving for patients with cancer in Europe. *Support Care Cancer*. 22: 1637-1646. DOI: 10.1007/s00520-014-2122-6.

INE (2012). Dia Internacional das Pessoas com Deficiência – 3 de dezembro. *Saúde e incapacidades*. Destaque à comunicação social. Acedido a 25-03-2015. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=149162513&DESTAQUESmodo=2

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento em saúde. Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª Edição. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa: Edições de Saúde.

Instituto para o Desenvolvimento Social (2002). *Prevenção da violência institucional perante as pessoas idosas e pessoas em situação de dependência*. Acedido a 09/03/2016. Disponível em: <https://www.advita.pt/userfiles/file/Violencia.pdf>.

Jagger, C.; Matthews, R.; Lindesay, J. & Brayne, C. (2011) The impact of changing patterns of disease on disability and the need for long-term care. *EuroHealth, Aging and long-term care*. Vol. 17. (2-3), 7-9. Acedido a 27-06-2015. Disponível em: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf>

Kleinman, A. & Geest, S. (2009) 'Care' in health care. Remaking the moral world of medicine. *Medische Antropologie* 21 (1). Acedido a 2/04/2015. Disponível em: <http://dare.uva.nl/document/2/78106>.

Lilly, M.; Robinson, C.; Holtzman, S. & Bottorff, J. (2012). Can we move beyond burden and burnout to support the health and wellness of family

caregivers to persons with dementia? Evidence from British Columbia, Canada. *Health and Social Care in the Community*. 20(1), 103-112. **DOI:** 10.1111/j.1365-2524.2011.01025.x.

Lourenço, T.; Figueiredo, R. & Sá, L. (2015). Cuidadores Informais: o estado da arte em Portugal. *Nursing*. Acedido a 04/03/2016. Disponível em: <http://www.nursing.pt/cuidadores-informais-estado-da-arte-em-portugal/>.

Maia, H.; Vasques, M.; Vieira, J.; Reto, F. & Lourenço, V. (2002) – *Manual de ajuda mútua*. Lisboa: Secretariado Nacional para a reabilitação e integração de pessoas com deficiência.

Martín, I. (2005). O cuidado informal no âmbito social. In C. Paúl & A. Fonseca (coordenadores). *Envelhecer em Portugal*. 179-229. Lisboa: Climepsi Editores.

Martins, C.; Corte, A. & Marques, E. (2014). As dificuldades do Cuidador Informal na Prestação de Cuidados ao Idoso. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicologia* 2 (1), 174-184.

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 56(5), 472-479. **DOI:** 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x.

McCullagh, E.; Brigstocke, G.; Donaldson, N.; Kalra, L. (2005). Determinants of Caregiving Burden and Quality of Life in Caregivers of Stroke Patients. *Stroke*. 35: 2181-2186. **DOI:** 10.1161/01.STR.0000181755.23914.53.

McKee, K.; Spazzafumo, L.; Nolan, M.; Wojszel, B.; Lamura, G. & Bien, B. (2009). Components of the difficulties, satisfactions and management strategies of carers of older people: A principal component analysis of

CADI-CASI-CAMI, *Aging & Mental Health*, 13:2, 255-264. **DOI:** 10.1080/13607860802342219

McLennon, S.; Bakas, T.; Jessup, N.; Habermann, B. & Weaver, M. (2014 Dez). Task Difficulty and Life Changes among Stroke Family Caregivers: Relationship to Depressive Symptoms. *Arch Phys Med Rehabil.* 95 (12): 2484-2490. **DOI:** 10.1016/j.apmr.2014.04.028.

Melo, R.; Rua, M.; Santos, C. (2014). Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência. Série IV* (2), 143-151. Acedido a 06/04/2015. Disponível em: http://esenfc.pt/rr/65atz65.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2455&id_revista=24&id_edicao=66

Moutinho, M. L. B. C. M. (2012). *Dificuldades sentidas pelos cuidadores principais: um projeto de intervenção em enfermagem comunitária no centro de saúde de Sines.* (Tese de Mestrado, Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Munn-Gidding, C. & McVicar, A. (2006). Self-help groups as mutual support: What do carers value?. *Health and Social Care in Community* 15 (1), 26-34. **DOI:** 10.1111/j.1365-2524.2006.00660.x

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Código Deontológico* (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro). Acedido a 23 de Junho de 2015. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigoodeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.* Acedido a 23 de Junho de 2015. Disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/66atz66lação/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6th ed. United States of America: Mosby, Inc.

Paguia, A. M. S. M. (2014). *A saúde dos cuidadores familiares de idosos dependentes: um projeto em enfermagem comunitária* (Tese de Mestrado, Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Paúl, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

Pego, M. (2013). *Cuidados Informais: Os Idosos em Situação de Dependência em Portugal*. Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa. Acedido a 07-04-2015. Disponível em: <http://run.unl.pt/handle/10362/10752>

Pereira, H. & Botelho, M. (2011). Sudden informal caregivers: the lived experience of informal caregivers after an unexpected event. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2448-2457. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2010.03644.x

Pereira, H. (2011). *Subitamente cuidadores informais. A experiência de transição para o papel de cuidador informal a partir de um evento inesperado*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa. Acedido a 07-04-2015. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3916/1/ulsd61020_td_Helder_Pereira.pdf

Sanjek, R. (1990). A Vocabulary for Fieldnotes, in R. Sanjek (ed.) *Fieldnotes: The Makings of Anthropology*, 92–121. Ithaca, NY: Cornell University Press.

Self-help Resource Centre (2007). *Review of Select Literature on Self-help/ Mutual Aid*. Canada. Acedido a 18/10/2015. Disponível em: <http://www.selfhelp.on.ca/resource/LitReview.pdf>

Sequeira C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: quarteto editora

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.

Sequeira, C. (2013). Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers, *Journal of Clinical Nursing* 22, 3-4: 491 – 500. **DOI:**10.1111/jocn.12108

Silva, A.; Teixeira, H.; Teixeira, J. & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 27, 792-803. **DOI:** 10.1111/scs.12019.

Song, J.; Shin, D.; Choi, J.; Kang, J.; Baik, Y.; Mo, H. ... Kim, E. (2011). Quality of life and mental health in family caregivers of patients with terminal cancer. *Support Care Cancer*. 19: 1519-1526. **DOI:** 10.1007/s00520-010-0977-8.

Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2008). A review of outcomes of individualised nursing interventions on adult patients. *Journal of Clinical Nursing*. 17, 843-860. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde, Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

The Alzheimer Society of PEI (s.d.) *Support Group Facilitation Training Manual*.
Acedido a 25/10/2015. Disponível em:
<http://www.alzheimer.ca/pei/~media/Files/pei/Training%20Manual.pdf>

Tjadens, F. & Colombo, F. (2011) Long-term care: valuing care providers.
EuroHealth, Aging and long-term care. Vol. 17. Nº2-3, 13-17. Acedido a
27-06-2015. Disponível em:
<http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf>

Trigg, L. (2011) The demand for long-term care for older people. *EuroHealth, Aging and long-term care*. Vol. 17. Nº2-3, 1-2. Acedido a 27-06-2015.
Disponível em: <http://www.sespas.es/adminweb/uploads/docs/Eurohealth-Vol17-No-2-3-Web.pdf>

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados (2011). *Manual do Prestador. Recomendações para a melhoria contínua*. Lisboa: Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. Acedido a 09/03/2016,
disponível em: http://www.seg-social.pt/documents/10152/3735071/Man_Prestador_UMCCI-RNCCI/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5/fe2e98b2-35ba-4a7a-9eb9-d3bba713e7b5.

WHO (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.
Acedido a 2/01/2016. Disponível em:
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

WHO (2002). *Current and Future Long-Term Care Needs*. An analysis based on the 1990 WHO study The Global Burden of Disease and the Internacional Classification of Functioning, Disability and Health. Acedido a 25/03/2015.
Disponível em:
http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_needs.pdf

Zimerman, D. & Osorio, L. C. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. São Paulo: Editora Artes Médicas Sul.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Questionário aplicado aos cuidadores familiares

QUESTIONÁRIO APLICADO AOS CUIDADORES FAMILIARES

I – Caracterização sociodemográfica do cuidador familiar

1. Idade:

Menos de 25 anos.....

De 25 a 40 anos.....

41 a 65 anos.....

De 66 a 75 anos.....

De 76 anos a 85 anos.....

Mais de 85 anos.....

2. Sexo: M F

3. Naturalidade: _____

4. Nacionalidade: _____

5. Estado civil:

Solteiro.....

Casado/ união de facto.....

Divorciado.....

Viúvo.....

Outro.....

Qual? _____

6. Escolaridade:

Sem escolaridade.....

2 anos de escolaridade.....

6 anos de escolaridade.....

9 anos de escolaridade.....

Ensino Secundário.....

Ensino Superior.....

Outro: _____

7. Situação profissional:

Ativo a tempo inteiro.....

Ativo a tempo parcial.....

Desempregado.....

Reformado.....

Doméstica.....

7.1. Se reformado, qual o motivo – Invalidez..... Tempo de serviço.....

Outra situação _____

7.2. Profissão atual ou anterior:

Quadros superiores da administração pública
e empresas e dirigentes.....

Profissões intelectuais e científicas.....

Técnicos e profissionais de nível intermédio.....

Pessoal administrativo e similares.....

Pessoal dos serviços e vendedores.....

Agricultores e trabalhadores qualificados
da agricultura e pesca.....

Operários, artificies e similares.....

Operadores de instalações e máquinas
e trabalhadores da montagem.....

Trabalhadores não qualificados.....

8. Existência de dependentes a cargo? Sim Não

8.1. Se sim, quem? Filhos... Netos.... Pessoa de quem cuida.. Outro...

II – Caraterização da prestação de cuidados

1. Grau de parentesco com a pessoa que cuida:

Esposo(a).....

Pai/mãe.....

Filho(a).....

Genro/nora.....

Outro..... Qual? _____

2. Co-habita com a pessoa que cuida?

Sim Não

2.1. Se não, a que distância física habita?

- Mesma rua/bairro...
- Mesma localidade...
- Mesma cidade.....
- Menos de 30 Km.....
- Mais de 30 Km.....

2.2. Qual o meio de transporte?

- Viatura própria.....
- Transportes públicos.....
- A pé.....
- Outro..... _____

2.3. Quanto tempo demora no transporte?

- Menos de 30 minutos....
- 30 minutos a 1 hora.....
- Mais de 1 hora.....

2.4. Há mais alguém a co-habitar? Sim..... Não.....

3. É o único cuidador?

Sim Não

Se não, quem mais? _____

4. Que tipo de ajudas dispõe para cuidar? Especifique.

- Apoio familiar..... _____
- Apoio de amigos..... _____
- Apoio de instituições sociais..... _____
- Apoio monetário..... _____
- Apoio de instituições de saúde..... _____
- Outros recursos..... _____

4.1. Tem de pagar por essas ajudas? Sim Não

4.2. Considera as ajudas suficientes? Sim Não

Se não, de que outras ajudas precisa?

5. Há quanto tempo presta cuidados? _____

Menos de 3 meses.....

De 3 meses a 1 ano.....

De 1 a 3 anos.....

De 3 a 6 anos.....

Mais de 6 anos.....

6. Quantas horas por dia presta cuidados?

Menos de 8 horas.....

De 9 a 16 horas.....

De 17 a 24 horas.....

7. Que tipo de cuidados presta?

Higiene pessoal.....

Alimentação.....

Mobilidade.....

Tomar a medicação.....

Gerir o dinheiro.....

Ir às compras.....

Atividades de lazer.....

Ajuda na lida da casa...

Outro _____

8. É a primeira vez que presta cuidados?

Sim Não

Se não, especifique: _____

9. Já recebeu algum tipo de formação para cuidar do seu familiar?

Sim Não

9.1. Se sim, que formação?




10. E gostava de receber? Sim Não

10.1 Se sim, sobre que temas?

**APÊNDICE II – Autorização para utilizar o Índice de Avaliação
das Dificuldades do Cuidador (CADI)**

Pedido de autorização para utilizar o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI)

Pedido de autorização para utilizar o CADI Caixa de entrada x  

 **DANIELA MARGARIDA DOS SANTOS FERREIRA** <dmsf@campus.esel.pt> 7/05 ☆  
para carlossequeira ▾

Caro Sr. Professor Doutor Carlos Sequeira,

Encontro-me a frequentar o mestrado e pós-licenciatura de especialização em enfermagem comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Irei realizar o meu projeto de intervenção comunitária na área dos cuidadores familiares, cujo objetivo é conhecer as dificuldades dos cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio que pertencem à Equipa de Cuidados Continuados Integrados da UCC de Odivelas.

Neste âmbito, venho pedir-lhe autorização para utilizar o índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI), validado pelo Sr. Professor Doutor para a população portuguesa. Gostaria de saber se considera permitente a sua aplicação aos cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio e alguma sugestão que considere permitente para o meu projeto.

Grata pela atenção dispendida
Atenciosamente

...

 **Carlos Sequeira** <carlossequeira@esenf.pt>  7/05 ☆  
para mim ▾

Exma. Daniela Ferreira,

Conforme solicitado, informo que está autorizada a utilizar o índice de avaliação das dificuldades do cuidador (CADI), para avaliar as dificuldades dos cuidadores familiares de pessoas dependentes, no âmbito do seu projeto de intervenção comunitária.

O instrumento deve ser utilizado na íntegra e não pode ser adulterado.

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

<http://www.mundolivro.net/v1/detalhe01.php?id=60646&classificar=s>

<http://www.fnac.pt/Cuidar-Idosos-com-Dependencia-Fisica-e-Mental-Carlos-Sequeira/a324180>

<http://www.bertrand.pt/ficha/cuidar-de-idosos?id=9631738>

No entanto, se persistir alguma dúvida não hesite em contactar-me.

APÊNDICE III – Guião da entrevista semiestruturada e consentimento informado para a realização da entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

I – Práticas do cuidar

11. Quando foi a primeira vez que começou a cuidar?
12. Porque começou a cuidar do seu familiar?
13. A sua vida quotidiana mudou?
14. Se a sua vida quotidiana mudou, que estratégias/recursos utiliza para lidar com as alterações que surgiram?
15. Como perceciona (define) o seu estado de saúde?

II – Noções de cuidar

16. O que é para si cuidar?
17. Como aprendeu a cuidar? Onde?
18. Quais são os cuidados que tem mais dificuldade a prestar?
19. Fale-me da sua rotina diária
20. Há alguma coisa que o(a) alivie da tarefa de cuidar?
21. O que sente perante esta situação?
22. O que poderia ajudá-lo (a) a cuidar do seu familiar?
23. Os enfermeiros ajudam-no a cuidar do seu familiar? Como?

Consentimento Informado

Declaro que aceito participar no projeto de intervenção comunitária do Mestrado e pós-licenciatura de especialização em Enfermagem Comunitária a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que está a ser realizado pela mestrandia Daniela Ferreira e que tem como objetivo conhecer as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares. A realização deste projeto requer a minha colaboração para responder a uma entrevista semiestruturada. Fui informado(a) e compreendi que:

É garantida a absoluta confidencialidade e anonimato dos dados;

Os procedimentos destes questionários para este projeto não têm qualquer risco para mim;

A minha participação é voluntária e sei que posso cancelar a participação neste projeto a qualquer momento, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo ou consequência para mim.

O participante

Data ___/___/___

Declaro que obtive, voluntariamente, o consentimento livre e esclarecido desta pessoa para participar neste projeto

O entrevistador

Data ___/___/___

APÊNDICE IV – Autorização do ACES Loures-Odivelas

Pedido autorização à direção do ACES Loures-Odivelas para implementação do projeto:

Para : Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES Loures-Odivelas, Sra. Dra. Ileine Lopes

CC: Sra. Enf^a Cristina Brás(Enf^a Vogal do Conselho Clínico do ACES Loures-Odivelas; Sra. Enf^a Deolinda Rosado (Enf^a Chefe do Centro de Saúde Odivelas - Pontinha); Sra. Enf^a Isabel Nunes (Enf^a Coordenadora da UCC Saúde a Seu Lado de Odivelas); Sra. Enf^a Fátima Ferreira (Enf.^a Coordenadora da ECCI de Odivelas)

Assunto: Informação relativa à implementação do projeto de estágio na UCC Saúde a Seu Lado

12 de Maio de 2015


Eu, Daniela Margarida dos Santos Ferreira, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem, área de especialização Enfermagem Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a realizar o estágio na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Unidade de Cuidados na Comunidade Saúde a Seu Lado, do ACES Loures Odivelas, orientado academicamente pela Sr.^a Professora Doutora Maria Manuel Quintela e no contexto pela Sra. Enf.^a Fátima Cruz.

Nesta fase, estou a desenvolver um projeto no âmbito dos cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio, que pertencem à área de intervenção da ECCI de Odivelas e que compreende duas etapas: o diagnóstico da situação (que se realizará no período compreendido entre Maio e Junho do presente ano letivo) e a intervenção de enfermagem (que se realizará entre Outubro e Fevereiro do próximo ano letivo). A concretização deste estágio na UCC de Odivelas já se encontra autorizado pela ARS LVT.

A realização deste projeto tem como principal objetivo conhecer as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio. A sua implementação implica a realização de uma entrevista semi-estruturada, com o objetivo de caracterizar os cuidadores e a aplicação de um índice de avaliação das dificuldades do cuidador já validado para a população portuguesa. A entrevista semi-estruturada foi revista pela professora orientadora, pela enfermeira coordenadora da UCC – Saúde a Seu Lado de Odivelas, pela enfermeira coordenadora da ECCI de Odivelas e pela Enfermeira Orientadora. A entrevista semi-estruturada e o índice de avaliação das dificuldades do cuidador encontram-se em anexo.

A participação dos cuidadores neste projeto será voluntária e após consentimento livre e esclarecido dos mesmos por escrito. Será garantida o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos e assegurados os Princípios Éticos inerentes a este trabalho, ao longo de todo o processo.

Agradecendo desde já a vossa disponibilidade, atenciosamente,
Daniela Ferreira

 **Deolinda Rosado** <deolinda.rosado@cssacavem.min-saude.pt> 28/05/15 ☆


para mim ▾

Bom dia Daniela,

Como o trabalho é no âmbito académico, não há necessidade de autorização da Directora Executiva, só teria necessidade se cumulativamente a Daniela fosse nossa profissional.
Pode avançar com o projecto.

Com os melhores cumprimentos

Deolinda Rosado
Enfermeira Chefe



Direção do Agrupamento Loures - Odivelas
Urbanização Terraços da Ponte, 2685-101 Sacavém
Tel: 21 9492415 Fax: 21 9492414

Pedido de autorização para identificar o ACES Loures-Odivelas neste relatório:

Para : Exma. Sra. Diretora Executiva do ACES Loures-Odivelas, Sra. Dra. Ileine Lopes

CC: Sra. Enf^a Cristina Brás(Enf^a Vogal do Conselho Clínico do ACES Loures-Odivelas; Sra. Enf^a Deolinda Rosado (Enf^a Chefe do Centro de Saúde Odivelas - Pontinha); Sra. Enf^a Isabel Nunes (Enf^a Coordenadora da UCC Saúde a Seu Lado de Odivelas); Sra. Enf^a Fátima Ferreira (Enf^a Coordenadora da ECCI de Odivelas)

Assunto: Pedido de autorização relativo à identificação do ACES Loures-Odivelas do relatório de estágio realizado na UCC "Saúde a Seu Lado".

15 de Fevereiro, 2016

Eu, Daniela Margarida dos Santos Ferreira, no âmbito do Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, realizei o estágio de intervenção comunitária na Equipa de Cuidados Continuados Integrados da UCC "Saúde a Seu Lado", do ACES Loures-Odivelas, orientado academicamente pela Sr.^a Professora Doutora Maria Manuel Quintela e no contexto inicialmente pela Sr.^a Enf.^a Fátima Cruz e posteriormente pela Sr.^a Enf.^a Isabel Nunes.

Neste contexto, foi desenvolvido um projeto de intervenção em enfermagem comunitária, cujo objetivo foi conhecer as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio acompanhados pela ECCI Odivelas, com a finalidade de capacitá-los para desenvolverem estratégias de autocuidado que contribuam para minimizar as dificuldades sentidas.

O estágio terminou no dia 12/02/2016 e nesta fase encontro-me a redigir o relatório de estágio. Desta forma, venho por este meio solicitar autorização para identificar o ACES Loures-Odivelas, a UCC "Saúde a Seu Lado" e a ECCI Odivelas no relatório de estágio.

Agradecendo desde já a vossa disponibilidade, atenciosamente,

Daniela Ferreira

 **Cristina Alexandra Garcia Albuquerque Bras (UAG_VOG_ENF)** 09:53 (há 6 horas) ☆ ↶ ↷

para mim ▾

Bom dia
Uma vez que o ensino clínico foi realizado na UCC do ACES Loures Odivelas, não há qualquer inconveniente em nomeá-los no relatório.
Atenciosamente

Cristina Brás (Enf^a Chefe)
Vogal do Conselho Clínico de Saúde
ACES VII - Loures Odivelas



Urbanização Terraços da Ponte, 2685-101 Sacavém
Mail: cristina.bras@cssacavem.min-saude.pt
Telf.: 219492403
Fax: 219492414

   Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I.P.
Av. Estados Unidos da América, 75-77
1749-096 Lisboa | Portugal

APÊNDICE V – Consentimento informado para aplicar os instrumentos de colheita de dados aos cuidadores familiares

Consentimento Informado

Declaro que aceito participar no projeto de intervenção comunitária do Mestrado e pós-licenciatura de especialização em Enfermagem Comunitária a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que está a ser realizado pela mestrandia Daniela Ferreira e que tem como objetivo conhecer as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares. A realização deste projeto requer a minha colaboração para responder a um questionário sobre a caracterização e as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares. Fui informado(a) e compreendi que:

- É garantida a absoluta confidencialidade e anonimato dos dados;
- Os procedimentos destes questionários para este projeto não têm qualquer risco para mim;
- A minha participação é voluntária e sei que posso cancelar a participação neste projeto a qualquer momento, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo ou consequência para mim;

O participante

Data ___/___/___

Declaro que obtive, voluntariamente, o consentimento livre e esclarecido desta pessoa para participar neste projeto

O entrevistador

Data ___/___/___

APÊNDICE VI – Caracterização sociodemográfica dos cuidadores familiares

Caracterização sociodemográfica do cuidador familiar		Nº de cuidadores
Idade	De 41 a 65 anos	11
	De 66 a 75 anos	7
	De 76 a 85 anos	5
	Mais de 85 anos	2
Sexo	Feminino	20
	Masculino	5
Nacionalidade	Portuguesa	25
Naturalidade	Lisboa	8
	Guarda	1
	Santarém	3
	Leiria	1
	Castelo Branco	3
	Viseu	1
	Braga	2
	Bragança	1
	Vila Real	1
	Aveiro	1
	Beja	1
	Cabo Verde	2
Estado civil	Casado(a) / união de facto	23
	Solteiro (a)	1
	Viúvo(a)	1
Escolaridade	Sem escolaridade	1
	4 anos	11
	6 anos	5
	9 anos	2
	12 anos	1
	Ensino superior	5
Situação profissional	Ativo a tempo inteiro	3
	Desempregado	3
	Reformado por invalidez	1
	Reformado por tempo de serviço	10
	Doméstica	8

Caracterização sociodemográfica do cuidador familiar		Nº de cuidadores		
Profissão atual ou anterior	Quadros superiores da administração pública e empresas e dirigentes	1		
	Profissões intelectuais e científicas	3		
	Técnicos e profissionais de nível intermédio	1		
	Pessoal administrativo e similares	3		
	Pessoal dos serviços e vendedores	3		
	Operários, artifices e similares	3		
	Operadores de instalações, máquinas e trabalhadores de montagens	3		
	Trabalhadores não qualificados	8		
	Existência de dependentes a cargo	Sim	Filhos	4
			Pessoa de quem cuida	6
Outros			1	
Não		16		

APÊNDICE VII – Caracterização do utente dependente

Caracterização do utente dependente		Nº de utentes	Frequência relativa
Idade	De 41 a 65 anos	1	4%
	De 66 a 75 anos	7	28%
	De 76 a 85 anos	8	32%
	Mais de 85 anos	9	36%
Sexo	Feminino	12	48%
	Masculino	13	52%
Grau de dependência (Índice de Katz)	Independente	0	0%
	Parcialmente dependente	6	24%
	Totalmente dependente	19	76%

**APÊNDICE VIII – Tabelas dos fatores das dificuldades sentidas
pelos cuidadores familiares, avaliadas pelo CADI**

RESTRIÇÕES SOCIAIS – CADI	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
Não tenho tempo suficiente para mim próprio	6	2	9	8
Não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família	10	4	4	7
Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de que gosto	6	4	6	9
Chega a transtornar as minhas relações familiares	19	0	4	2
Não estou com os meus amigos tanto quanto gostaria	7	6	6	6
Não consigo ter um tempo de descanso nem fazer uns dias de férias	0	9	6	10

EXIGÊNCIAS DO CUIDAR – CADI	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	0	9	8	8
A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	1	8	8	8
A pessoa de quem cuido sofre de incontinência	3	7	6	9
Deixa-me muito cansado(a) fisicamente	3	3	11	8
Ando a dormir pior por causa desta situação	9	2	5	9
A minha saúde ficou abalada	11	1	5	8
Esta situação está a transtornar-me os nervos	11	1	8	5

PROBLEMAS RELACIONAIS – CADI	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
A pessoa de quem cuido nem sempre dá valor ao que faço	16	1	4	4
Por vezes a pessoa de quem estou a cuidar exige demasiado de mim	14	3	4	4
A pessoa de quem cuido chega a pôr-me fora de mim	18	0	6	1
A pessoa de quem cuido nem sempre ajuda tanto quanto poderia	16	3	6	0
Cuidar desta pessoa não me dá qualquer satisfação	19	2	4	0
O comportamento da pessoa de quem cuido causa problemas	21	2	1	1
Deixou de haver o sentimento que havia na minha relação com pessoa de quem cuido	19	1	3	2
Esta situação faz-me sentir irritado	15	2	6	2

REAÇÕES AO CUIDAR – CADI	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
Traz-me problemas de dinheiro	14	1	3	7
Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	9	2	4	10
Por vezes, sinto-me “de mãos atadas” / sem poder fazer nada para dominar a situação	9	1	6	9
Esta situação faz-me sentir culpado	23	0	1	1

APOIO FAMILIAR – CADI	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
Alguns familiares não ajudam tanto quanto poderiam	12	3	3	7
As pessoas família não dão tanta atenção como eu gostaria	13	1	5	6

APOIO PROFISSIONAL – CADI	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
Não recebo apoio suficiente dos serviços de saúde e dos serviços sociais	16	1	4	4
Parece-me que os técnicos de saúde não fazem ideia dos problemas que os prestadores de cuidados enfrentam	17	1	5	2

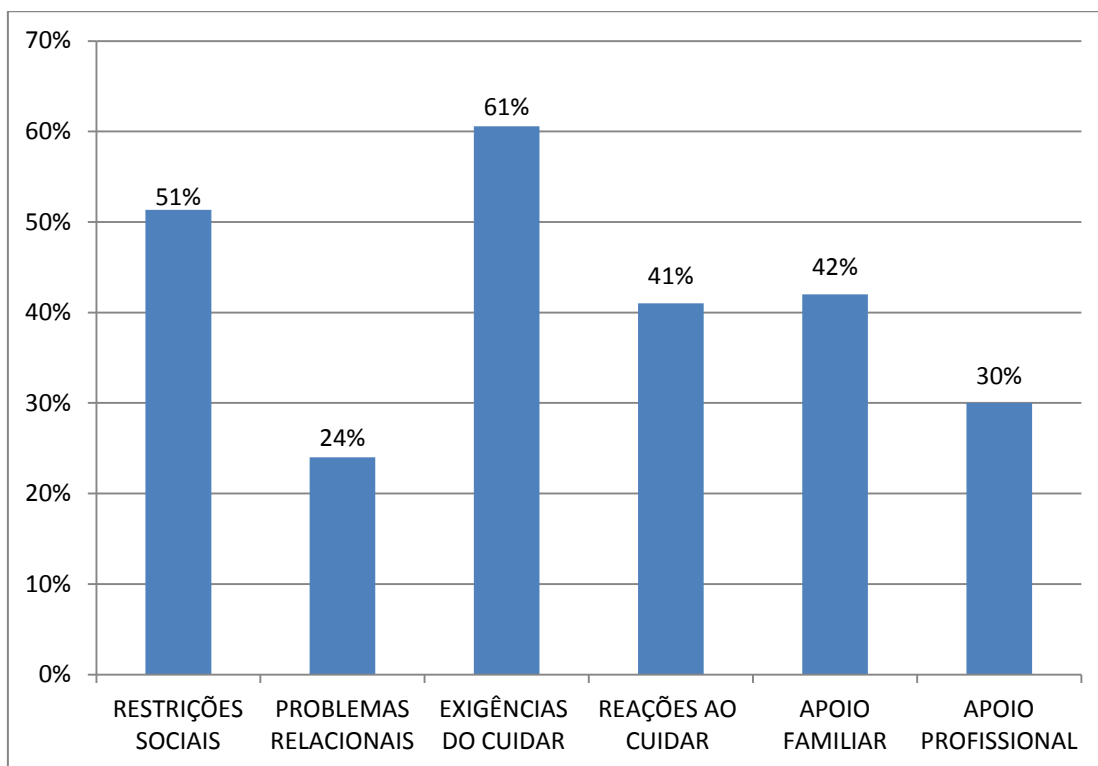
**APÊNDICE IX – Distribuição das frequências relativas dos
fatores do CADI avaliadas**

Distribuição das Frequências Relativas dos Fatores do CADI avaliadas

Dimensão CADI	Não acontece no meu caso	Isto acontece no meu caso e sinto que:		
		Não me perturba	Causa alguma perturbação	Perturba-me muito
Restrições sociais	32%	17%	23%	28%
Problemas relacionais	69%	7%	17%	7%
Exigências do cuidar	22%	18%	29%	31%
Reações ao cuidar	55%	4%	14%	27%
Apoio familiar	50%	8%	16%	26%
Apoio profissional	66%	4%	18%	12%

APÊNDICE X – Somatório das frequências relativas nos fatores do CADI: “Isto acontece no meu caso e sinto que: causa alguma perturbação” e “perturba-me muito”

Somatório das Frequências Relativas nos Fatores do CADI: “Isto acontece no meu caso e sinto que: causa alguma perturbação” e “perturba-me muito”



**APÊNDICE XI – As dez dificuldades mais referidas pelos
cuidadores familiares**

As dez dificuldades mais referidas pelos cuidadores familiares

Dificuldades mais referidas	Categoria	Acontece no meu caso e sinto que:		Nº total: causa alguma perturbação e perturba muito
		Causa alguma perturbação	Perturba muito	
Deixa-me muito cansado fisicamente	Exigências do cuidar	11	8	19
Não tenho tempo suficiente para mim próprio	Restrições sociais	9	8	17
A pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	Exigências do cuidar	8	8	16
A pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais	Exigências do cuidar	8	8	16
Não consigo ter um tempo de descanso nem fazer uns dias de férias	Restrições sociais	6	10	16
Afasta-me do convívio com outras pessoas e de outras coisas de gosto	Restrições sociais	6	9	15
A pessoa de quem cuido sofre de incontinência	Exigências do cuidar	6	9	15
Sinto-me de mãos atadas sem poder fazer nada para dominar a situação	Reações ao cuidar	6	9	15
Ando a dormir pior por causa desta situação	Exigências do cuidar	5	9	14
Não consigo sossegar por estar preocupado com os cuidados a prestar	Reações ao cuidar	4	10	14

**APÊNDICE XII – Plano da Sessão de Educação Para a Saúde:
“Mobilização: Posicionamentos e Transferências de Pessoas
Dependentes no Domicilio”**

Tema da sessão: “Mobilização: Posicionamentos e Transferências de Pessoas Dependentes no Domicílio”			
Nº da sessão: 1	Data: 10 de Novembro de 2015	Duração: 1h30	Horário: Das 14h00 às 15h30
Formadora: Mestranda Daniela Ferreira		Enf.ª Orientadora: Enf.ª Fátima Cruz	
Local: Centro Comunitário e Paroquial da Ramada		Docente Orientadora: Professora Doutora Maria Manuel Quintela	
Destinatários: cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio		Método: expositivo, demonstrativo e participativo	
Objetivos: capacitar os cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio a desenvolverem estratégias para diminuir as dificuldades na mobilização do seu familiar dependente; capacitar os cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio a utilizarem métodos de relaxamento, como estratégia de autocuidado, para aliviar o <i>stress</i> e minimizar o cansaço físico			
Atividades	Metas	Recursos Didáticos	Avaliação
Exposição teórica com apresentação PowerPoint Demonstração das técnicas de posicionamento e transferência pela formadora Demonstração por parte dos cuidadores das técnicas de posicionamento e transferência Demonstração pela formadora de exercícios de alongamento e relaxamento Demonstração por parte dos cuidadores de exercícios de alongamento e relaxamento	Que pelo menos 10 cuidadores familiares: -Considerem importante mobilizar frequentemente o seu familiar; -Identifiquem corretamente 3 posturas biomecânicas corretas; -Identifiquem corretamente um posicionamento; -Identifiquem um procedimento correto na transferência cama-cadeira/ cadeira-cama; -Demonstrem pelo menos um exercício de alongamento e/ ou relaxamento;	Convites aos cuidadores Computador Projeter Cama articulada/ marquesa Cadeirão/ cadeira de rodas Almofadas Bola insuflável para exercícios Folheto de apoio à sessão	Aplicação de um questionário no fim da sessão: ❖ Nº de cuidadores que consideram importante mobilizar frequentemente o seu familiar a fim de prevenir complicações de saúde ❖ Nº de cuidadores que identificam corretamente 3 posturas biomecânicas corretas (costas direitas, fletir os joelhos, fazer força nos membros inferiores) ❖ Nº de cuidadores que identificam corretamente um posicionamento de pessoas dependentes ❖ Nº de cuidadores que identificam um procedimento correto na transferência cama-cadeira/ cadeira-cama Nº de cuidadores presentes que demonstra pelo menos um exercício de alongamento e/ ou relaxamento; Avaliação da satisfação através de um questionário de satisfação

APÊNDICE XIII – Convites aos cuidadores familiares



Convite



Convite



Daniela Ferreira, enfermeira e estudante do Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária da ESEL, a estagiar na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Odivelas, sob orientação clínica da Sra. Enf.^a Fátima Cruz; venho por este meio convidar V. Exa. a participar na Sessão de Educação para a Saúde:

“Mobilização: Posicionamentos e transferências de pessoas dependentes”

a realizar no dia 4 de Novembro de 2015, das 14h00h às 15h30, no Centro Comunitário Paroquial da Ramada (junto à igreja da Ramada).

Agradeço desde já a sua participação
e conto com a sua presença!

Daniela Ferreira, Mestranda com Especialização em Enfermagem Comunitária da ESEL, a estagiar na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Odivelas, sob orientação clínica da Sra. Enf.^a Fátima Cruz; venho por este meio convidar V. Exa. a integrar o Grupo de Ajuda Mútua/ Auto Ajuda:

“Cuidador Cuidado”

Cujo primeiro encontro se realiza no dia 17 de Novembro de 2015, das 14h30h às 16h00, na USF Cruzeiro (local do antigo CATUS – Avenida Professor Augusto Abreu Lopes, nº36, 2675-297, Odivelas)

Agradeço desde já a sua participação
e conto com a sua presença!



Convite

Daniela Ferreira, Mestranda com Especialização em Enfermagem Comunitária da ESEL, a estagiar na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Odivelas, sob orientação clínica da Sra. Enf.^a Fátima Cruz; venho por este meio convidar V. Exa. a participar no segundo encontro do Grupo de Ajuda Mútua (GAM)/ Auto Ajuda:

“Cuidador Cuidado”

Que se realiza no dia 16 de Dezembro de 2015, das 14h00h às 16h00, na USF Cruzeiro (local do antigo CATUS – Avenida Professor Augusto Abreu Lopes, nº36, 2675-297, Odivelas).

Agradeço desde já a sua participação
e conto com a sua presença!



Convite

Daniela Ferreira, Mestranda com Especialização em Enfermagem Comunitária da ESEL, a estagiar na Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) do Centro de Saúde de Odivelas, sob orientação clínica da Sra. Enf.^a Isabel Nunes; venho por este meio convidar V. Exa. a participar no segundo encontro do Grupo de Ajuda Mútua (GAM)/ Auto Ajuda:

“Cuidador Cuidado”

Que se realiza no dia 13 de Janeiro de 2016, das 14h00h às 16h00, na USF Cruzeiro (local do antigo CATUS – Avenida Professor Augusto Abreu Lopes, nº36, 2675-297, Odivelas).

Agradeço desde já a sua participação
e conto com a sua presença!

**APÊNDICE XIV - Apresentação *Power-point* da Sessão de
Educação para a Saúde**

Mobilização de Pessoas Dependentes no Domicílio

Posicionamentos e Transferências



Mestranda: Daniela Ferreira
Enf.ª Orientadora: Fátima Cruz
Docente Orientadora: Prof.ª Doutora Mª Manuel Quintela

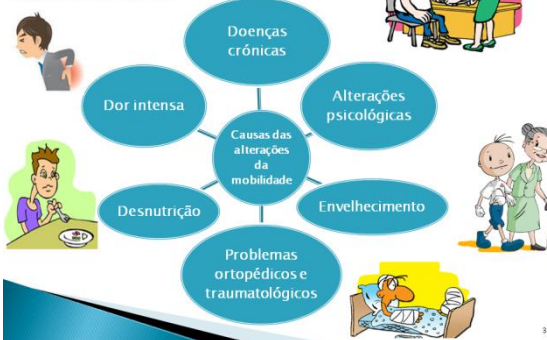
10 de Novembro de 2015

O que é a mobilidade?

- É o meio pelo qual nos movemos de forma a interagir diariamente com a família e a sociedade;
- É sermos capazes de mover o nosso corpo de forma independente e conseguirmos realizar as tarefas do dia-a-dia.



O que leva à alteração da mobilidade?



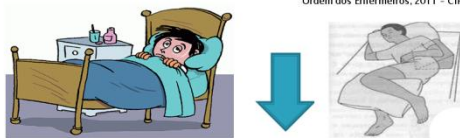
Quais são as complicações da imobilidade?

- Aumenta as secreções e infeções respiratórias
- Úlceras de pressão
- Problemas de coração
- Depressão, insónia
- Perda de massa muscular, Osteoporose, Fraturas
- Perda de apetite
- Dificuldade em evacuar, fezes duras
- Infeções urinárias

O que é o Posicionamento e para que serve?

“Posicionar é colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição”

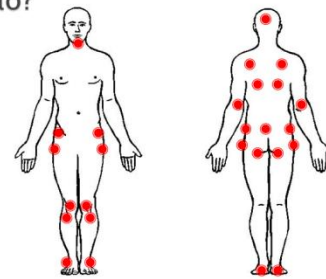
Ordem dos Enfermeiros, 2011 - CIPE versão 2



Previne as complicações da falta de mobilidade

O que são e quais são as zonas de maior pressão?

São os locais do corpo que estão sujeitos a maior pressão devido à imobilidade, e onde podem surgir as úlceras de pressão (escaras)



Consoante o posicionamento há zonas do corpo sujeitas a maior pressão do que outras

IMPORTANTE ALTERNAR POSICIONAMENTOS

Quais são os tipos de Posicionamento mais utilizados em casa?

- Decúbito dorsal (barriga para cima)
- Decúbito semidorsal (direito ou esquerdo)
- Decúbito lateral (lado direito ou esquerdo)
- Posição de Fowler (sentado)

Que postura devo adotar quando posiciono o meu familiar?

Postura correta previne lesões músculo-esqueléticas

- Manter as costas direitas (região dorso-lombar)
- Fletir (dobrar) os joelhos
- Evitar a inclinação do tronco para a frente
- Colocar a força nos membros inferiores



Não se esqueça de verificar as condições do piso!!!!

Que postura devo adotar quando posiciono o meu familiar?

- ▶ Manter a posição dos pés na direção do movimento a realizar;
- ▶ Puxar, empurrar, deslizar ou girar em vez de elevar;
- ▶ Ao levantar a pessoa, colocá-la o mais próximo possível do corpo e manter os membros superiores junto ao corpo;



9

O que preciso para posicionar o meu familiar?

- ▶ Colocar todo o material junto da cama (ex. almofadas)
- ▶ Nivelar a cama se possível à altura da bacia e na horizontal;
- ▶ Solicitar ajuda se possível/necessário
- ▶ Solicitar a colaboração da pessoa dentro das suas capacidades;
- ▶ Utilizar resguardo preferencialmente (enrolado junto ao corpo para facilitar)



Cuidado com os tubos (oxigénio, sonda nasogástrica, algália e/ou outros)

10

Como mobilizo o meu familiar na cama?

Realizado por duas pessoas:

- ▶ Com resguardo:
- ▶ uma pessoa de cada lado, enrolar o resguardo junto ao corpo do utente e mover na direção pretendida;
- ▶ Sem resguardo:



Se quiser mover o seu familiar no sentido da largura da cama (para a esquerda ou direita), ambas as pessoas devem colocar-se do lado para o qual vão mobilizar o familiar dependente.

11

Como mobilizo o meu familiar na cama?

Realizado por duas pessoas:

- ▶ Sem resguardo:
- ▶ Se quiser mover o seu familiar para cima ou para baixo na cama, devem colocar-se um de cada lado da pessoa;
- ▶ Uma pessoa coloca os antebraços debaixo dos ombros e debaixo da cintura, e outra pessoa coloca os antebraços debaixo das costas e debaixo dos joelhos;
- ▶ Uma perna fica mais à frente e outra mais atrás;
- ▶ Movimento coordenado de uma só vez;
- ▶ Verificar se a Pessoa fica confortável;



Evitar que a Pessoa fique em contacto direto com tubos (como a sonda nasogástrica e a algália).

12

Como mobilizo o meu familiar na cama?

▶ Realizado por uma pessoa:

- ▶ Colocar-se do lado para o qual vai mover o seu familiar;
- ▶ Mover em primeiro lugar a parte superior do corpo (antebraços debaixo dos ombros e das costas)
- ▶ e só depois a parte inferior do corpo (antebraço debaixo da cintura e membros inferiores)



13

Decúbito Dorsal (Barriga para cima)



- ▶ Braços ao longo do corpo
- ▶ Palmas das mãos apoiadas numa almofada ou na barriga
- ▶ Colocar almofada por baixo das pernas para que os calcanhares fiquem elevados
- ▶ Pés em ângulo reto (auxílio de almofadas)

14

Decúbito lateral (lado direito ou lado esquerdo)

- ▶ O braço do lado contrário para o qual se está a virar fica apoiado numa almofada, ombro e cotovelo formam um ângulo de 90 graus;
- ▶ O Braço do lado para o qual se está a virar fica apoiado na cama, com cotovelo ligeiramente fletido;
- ▶ A perna do lado contrário para o qual se está a virar fica apoiada sobre uma almofada (garantir que o pé também fica apoiado na almofada), anca e joelho formam um ângulo de aproximadamente 90 graus.



15

Decúbito semidorsal



- ▶ Braço do lado para o qual se vira, apoiado na cama ;
- ▶ Braço do lado contrário para o qual se vira apoiado numa almofada;
- ▶ Perna do lado para o qual se vira ao longo da cama, ligeiramente fletida;
- ▶ Perna do lado contrário ao que se vira toda apoiada numa almofada (estendida ou ligeiramente fletida).

16

Posição Fowler (sentado)



- Partindo do decúbito dorsal, elevar a cabeceira 30 ou 60 graus;
- Cotovelos fletidos, punho estendido (almofada é facultativo)
- Joelhos fletidos (almofada é facultativo)
- O uso de almofadas depende da maior ou menor dependência da Pessoa
- Pés em ângulo reto (auxílio de almofadas)

17

O que são transferências?

- Transferência diz respeito a movimentar uma pessoa de uma superfície para a outra
- A pessoa pode transferir-se da cama para a cadeira, da cama para a sanita ou banheira, e vice-versa.



18

Quais são as vantagens de mobilizar/ levantar o meu familiar?

- Previne as complicações da imobilidade
- Treinar o equilíbrio
- Promover as capacidades da Pessoa
- Preparar para o treino da marcha quando a Pessoa tem condições para o fazer



19

Transferência cama – cadeira

Se for só uma pessoa:

- Preparar a cadeira (travada, próximo ao leito);
- A Pessoa de barriga para cima e joelhos fletidos;
- Colocar a pessoa de lado: colocar uma mão ao nível do ombro e outra nos joelhos e rodar a Pessoa para o lado para o qual se vai levantar;
- Com uma mão levantar o tronco e com a outra puxar as pernas na direção do chão, de forma a que fique sentada;
- Quando a Pessoa está sentada, verificar se fica bem-disposta.



20

Transferência cama – cadeira

Quando é efetuado por duas pessoas (preferencial):

- As duas pessoas colocam-se do mesmo lado;
- Deslocar o familiar para a extremidade da cama;
- Uma das pessoas coloca os braços sob as axilas da pessoa de modo a segurá-lo os antebraços junto ao corpo (com a mão direita segura o antebraço esquerdo e com a mão esquerda segura o antebraço direito)
- A outra pessoa coloca os antebraços sob os membros inferiores
- A transferência é feita num movimento único de uma só vez



22

Transferência cama – cadeira

- Assegurar que a pessoa está calçada
- As meias podem escorregar
- Assegurar que existem condições ambientais (p. ex. chão seco)
- Transferir a Pessoa colocando as mãos na região das costas
- Pode-se utilizar um cinto largo ou uma faixa, justo à cintura da pessoa a transferir, conforme a figura



21

Transferência cadeira – cama

- Procedimento inverso



23

Exercícios de alongamento e relaxamento



(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

24

Exercícios de alongamento e relaxamento



(Ordem dos Enfermeiros, 2013)

25

Síntese

- A mobilização da Pessoa dependente melhora a saúde e o conforto;
- Adotar posturas corretas quando mobiliza a Pessoa dependente previne lesões nos seus músculos e ossos;
- Não exija demasiado de si mesmo. Faça aquilo que é capaz ou então peça ajuda!



26

Qual destas afirmações está **Correta**?

1. É importante mobilizar frequentemente o meu familiar dependente, para prevenir úlceras de pressão e outras complicações para a saúde.
2. Não é aconselhado mobilizar o meu familiar dependente com frequência, porque isso traz problemas de saúde.

27

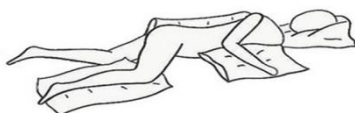
Qual destas posturas está **Errada**, quando mobilizo o meu familiar?

Costas direitas
Pernas fletidas
Fazer força nos membros inferiores

Costas inclinadas
Pernas direitas
Fazer força com as costas

28

Qual destes posicionamentos está **Correto**?



29

Qual destas afirmações é **Verdadeira**?

1. Quando estou a transferir sozinho(a) o meu familiar da cama para a cadeira devo puxá-lo pelo braço.
2. Quando estou a transferir sozinho(a) o meu familiar da cama para a cadeira devo colocar as mãos nas suas costas.

30

MUITO OBRIGADO PELA VOSSA PRESENÇA



31

Referências Bibliográficas

- ACSS (2011). *Manual de Normas de Enfermagem, Procedimentos Técnicos*. 2ª edição. Lisboa. Consultado a 12-10-2015. Disponível em: http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf
- Ordem dos enfermeiros (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão 2* (H. Castro, Trad.). (ICNP version 2 - International Classification for Nursing Practice, 2010, Genebra: International Council of Nurses)
- Ordem dos Enfermeiros (2013) - *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade - posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Guia orientador de boa prática, Cadernos OE, Série 1, n.º7

32

**APÊNDICE XV – Folheto informativo de apoio à Sessão de
Educação para a Saúde**

Transferência cama—cadeira com uma pessoa:

- ⇒ Preparar a cadeira (verificar se está travada)
- ⇒ Colocar a Pessoa de barriga para cima e joelhos fletidos
- ⇒ Coloca-se se a pessoa de lado: colocar uma mão ao nível do ombro e outra nos joelhos e rodar a pessoa para o lado que se vai levantar
- ⇒ Com uma mão levantar o tronco e com a outra puxar as pernas na direção do chão, de forma a que fique sentada
- ⇒ Assegurar que a pessoa está calçada
- ⇒ Transferir a pessoa passando as mãos por baixos dos braços até à região das costas



Assegurar-se que a pessoa fica bem-disposta quando fica sentada
Verificar condições do piso
Atenção aos fios do oxigénio, algália, e outros.

Transferência cama—cadeira com duas pessoas:

- ⇒ Uma pessoa coloca os braços conforme a figura
- ⇒ A outra pessoa coloca os antebraços sob os membros inferiores
- ⇒ A transferência é feita em conjunto de uma só vez



Transferência cadeira—cama:

- ⇒ Procedimento inverso

Síntese:

- ⇒ A mobilização da Pessoa Dependente melhora a sua saúde e conforto;
- ⇒ Adotar posturas corretas quando mobiliza a pessoa dependente previne lesões nos seus músculos e ossos
- ⇒ Não exija demasiado de si, faça aquilo que é capaz, ou então peça ajuda

Caso tenha alguma dúvida fale com o seu Enfermeiro de referência

Mestranda: Daniela Ferreira
Enf.ª Orientadora: Fátima Cruz
Docente Orientadora: Prof.ª Doutora Mª Manuel Quintela

Mobilização de Pessoas Dependentes no Domicílio

Posicionamentos e Transferências



10 de Novembro de 2015

Mobilidade o que é ?

É sermos capazes de mover o nosso corpo de forma independente e conseguirmos realizar as tarefas do dia-a-dia.

Complicações da imobilidade

- ⇒ Aumenta as secreções e infecções respiratórias;
- ⇒ Problemas de coração;
- ⇒ Perda de apetite
- ⇒ Prisão de ventre, fezes muito duras
- ⇒ Infecções urinárias
- ⇒ Perda de massa muscular, osteoporose, fraturas
- ⇒ Depressão, insônia
- ⇒ Úlceras de pressão

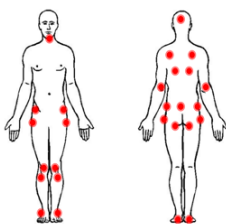


Posicionar é colocar alguém ou alguma coisa em determinada posição

Transferir é movimentar uma pessoa de uma superfície para outra (cama—cadeira/santita/ banheira ou vice-versa)

Previne as complicações da imobilidade

Quais as zonas do corpo sujeitas a maior pressão?



Conforme o posicionamento há zonas do corpo sujeitas a maior pressão do que outras ;

IMPORTANTE ALTERNAR POSICIONAMENTOS

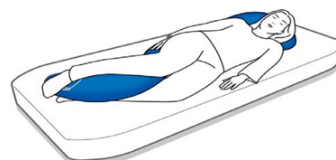
Como posso posicionar o meu familiar?



Decúbito dorsal (barriga para cima)



Decúbito lateral (direito ou esquerdo)



Decúbito semi-dorsal

Flowler (sentado)



- ⇒ Colocar todo o material necessário junto à cama (almofadas, etc.)
- ⇒ Nivelar a cama à altura da bacia do cuidador e na horizontal (se possível)
- ⇒ Colocar-se do lado para o qual vai efetuar o movimento
- ⇒ Solicitar a colaboração da pessoa

Adote uma postura correta quando posiciona o seu familiar, pois previne lesões nos músculos e ossos

- ⇒ Costas direitas
- ⇒ Fletir os joelhos
- ⇒ Evitar a inclinação do tronco para a frente
- ⇒ Pés afastados à altura dos ombros
- ⇒ Colocar a força nos membros inferiores



Posicionar com duas pessoas:

- ⇒ Utilizar resguardo (enrolado junto ao corpo do utente)
- ⇒ Se não usar resguardo colocar os antebraços debaixo dos ombros, da região dorsal, da cintura e membros inferiores
- ⇒ Movimento de uma só vez



Posicionar com uma pessoa:

- 1º Mover em primeiro lugar a parte superior do corpo (antebraços debaixo dos ombros e costas)
- 2º Só depois mover a parte inferior do corpo (antebraços debaixo da cintura e membros inferiores)



**APÊNDICE XVI – Grelha de avaliação da Sessão de Educação
para a Saúde**



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

TEMA: “Mobilizações: Posicionamentos e Transferências de Pessoas Dependentes no Domicílio”

Nº de cuidadores presentes na sessão: _____

Nº de cuidadores que demonstram pelo menos um exercício de alongamento e relaxamento: _____

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Questão	Número de respostas certas	Número de respostas erradas	Não respondida
<p>Qual das seguintes afirmações está CORRETA?</p> <p>1. É importante mobilizar frequentemente o meu familiar dependente, para prevenir úlceras de pressão e outras complicações para a saúde.</p> <p>2. Não é aconselhado mobilizar o meu familiar dependente com frequência, porque isso traz problemas de saúde.</p>			
<p>Qual das seguintes posturas está ERRADA quando mobilizo o meu familiar?</p> <p>1. Costas direitas, Pernas fletidas, Fazer força nos membros inferiores.</p> <p>2. Costas inclinadas, Pernas direitas, Fazer força com as costas.</p>			
<p>Qual dos seguintes posicionamentos está CORRETO?</p> <p>1. </p> <p>2. </p>			
<p>Qual das seguintes afirmações é VERDADEIRA?</p> <p>1. Quando estou a transferir sozinho(a) o meu familiar da cama para a cadeira devo puxá-lo pelo braço.</p> <p>2. Quando estou a transferir sozinho(a) o meu familiar da cama para a cadeira devo colocar as mãos nas suas costas.</p>			

APÊNDICE XVII – Questionários de satisfação

Questionário de Satisfação

A sua opinião é muito importante para nós, pelo que gostaríamos de avaliar a sua satisfação em relação à Sessão de Educação para a Saúde que assistiu. Assinale com uma cruz (X) o quadrado respetivo a cada frase de acordo com a sua satisfação (nada satisfeito, pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito ou totalmente satisfeito).

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
Seleção dos temas apresentados					
Domínio dos conhecimentos do formador					
Adequação da linguagem					
Utilidade dos temas abordados					
Adequação dos recursos didáticos					
Adequação das instalações					
Tempo de duração da sessão					
Satisfação geral com a Sessão de Educação para a Saúde					

Sugestões/ Críticas/ Comentários

Obrigado pela colaboração

Questionário de Satisfação

A sua opinião é muito importante para nós, pelo que gostaríamos de avaliar a sua satisfação em relação ao primeiro encontro do Grupo de Ajuda Mútua que participou. Assinale com uma cruz (X) o quadrado respetivo a cada frase de acordo com a sua satisfação (nada satisfeito, pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito ou totalmente satisfeito).

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
Formação do Grupo de Ajuda Mútua para Cuidadores Familiares de Pessoas Dependentes					
Local do encontro do Grupo de Ajuda Mútua					
Adequação da linguagem					
Utilidade do Grupo de Ajuda Mútua para si					
Apresentação do Grupo de Ajuda Mútua					
Estruturação do encontro do Grupo de Ajuda Mútua					
Satisfação geral com o Grupo de Ajuda Mútua para Cuidadores Familiares de Pessoas Dependentes					

Sugestões/ Críticas/ Comentários

Obrigado pela colaboração

Questionário de Satisfação

A sua opinião é muito importante para nós, pelo que gostaríamos de avaliar a sua satisfação em relação ao segundo encontro do Grupo de Ajuda Mútua que participou. Assinale com uma cruz (X) o quadrado respetivo a cada frase de acordo com a sua satisfação (nada satisfeito, pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito ou totalmente satisfeito).

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
Divulgação do Grupo de Ajuda Mútua para Cuidadores Familiares de Pessoas Dependentes					
Local do encontro do Grupo de Ajuda Mútua					
Adequação da linguagem					
Utilidade do Grupo de Ajuda Mútua para si					
Estruturação do encontro do Grupo de Ajuda Mútua					
Satisfação geral com o Grupo de Ajuda Mútua para Cuidadores Familiares de Pessoas Dependentes no Domicílio					

Sugestões/ Críticas/ Comentários

Obrigado pela colaboração

Questionário de Satisfação

A sua opinião é muito importante para nós, pelo que gostaríamos de avaliar a sua satisfação em relação ao terceiro encontro do Grupo de Ajuda Mútua que participou. Assinale com uma cruz (X) o quadrado respetivo a cada frase de acordo com a sua satisfação (nada satisfeito, pouco satisfeito, satisfeito, muito satisfeito ou totalmente satisfeito).

	Nada satisfeito	Pouco satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	Totalmente satisfeito
Divulgação do Grupo de Ajuda Mútua para Cuidadores Familiares de Pessoas Dependentes					
Local do encontro do Grupo de Ajuda Mútua					
Adequação da linguagem					
Utilidade do Grupo de Ajuda Mútua para si					
Estruturação do encontro do Grupo de Ajuda Mútua					
Visualização de um filme lúdico					
Satisfação geral com o Grupo de Ajuda Mútua para Cuidadores Familiares de Pessoas Dependentes no Domicílio					

Sugestões/ Críticas/ Comentários

Obrigado pela colaboração

**APÊNDICE XVIII – Preparação operacional da constituição do
GAM para cuidadores familiares**

Preparação operacional da constituição do GAM para cuidadores familiares de pessoas dependentes no domicílio

Problemática	Dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares de pessoas em situação de dependência no domicílio
Pesquisa de modelos existentes	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Consulta de peritos: <ul style="list-style-type: none"> - Reunião dia 3/10/2015 com a Dr.^a Ana Paiva, psicóloga dinamizadora do GAM para cuidadores de doentes de Alzheimer em Lisboa; - Contacto por correio eletrónico com a Professora Doutora Zaida Charepe que desenvolveu o modelo de intervenção em ajuda mútua em pais de crianças com doenças crónicas; ✓ Pesquisa Bibliográfica;
Definição dos critérios de abrangência do GAM	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ser cuidador familiar de pessoa em situação de dependência no domicílio; ✓ A pessoa cuidada ter idade igual ou superior a 18 anos; ✓ Pessoas motivadas/interessadas em integrar o GAM; ✓ Pessoas motivadas para interagirem em grupo;
Divulgação do GAM	<p>A divulgação do grupo é um aspeto chave para o recrutamento de novos membros. É importante ir ao encontro de possíveis interessados que correspondam às características definidas para o grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Divulgação da formação do GAM para cuidadores familiares nos domicílios dos cuidadores e telefonicamente; ✓ Criação e distribuição de folhetos com informação alusiva ao GAM; ✓ Divulgação do GAM pelos membros aos seus pares; ✓ Divulgação do GAM através dos profissionais da ECCI; ✓ Divulgação do GAM através da parceria estabelecida com a Câmara Municipal de Odivelas.
Reunião com as pessoas interessadas em formar o GAM:	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reunião prévia com os cuidadores nos seus domicílios; ✓ Informar da constituição do grupo e da sua pertinência; ✓ Confirmar o interesse/motivação em integrar o grupo; ✓ Antes do encontro sugerir aos cuidadores que pensem nas suas expectativas face ao grupo e no que seria mais importante para estes partilharem.
Definição de um local para os encontros	<p>USF Cruzeiro – situado no centro de Odivelas, constitui um local com maior acessibilidade para a maioria dos cuidadores, tanto em transportes como em distância.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pedido de colaboração à USF Cruzeiro para cedência de espaço.
Definição da periodicidade dos encontros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Uma vez por mês

<p>Ambiente físico dos encontros</p>	<p>O ambiente físico das reuniões tem um papel importante no que diz respeito à forma como as pessoas se poderão sentir confortáveis e seguras. Assim, deve-se optar por um espaço com as seguintes características:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Local com conforto físico adequado, uma vez que salas demasiado frias, quentes ou húmidas levam a uma maior distração; ✓ Não existir elementos decorativos que possam fomentar a distração; ✓ As cadeiras devem estar dispostas em círculo ou à volta de uma mesa, pois favorece as trocas mútuas, ao passo que as disposições que fazem sobressair o líder promovem a dependência e os participantes têm tendência a dialogar apenas através dele; ✓ Equipamentos de comunicação desativados, a fim de evitar interrupções.
<p>Papel do Facilitador do GAM</p>	<p>Facilitador: Mestranda Daniela Ferreira</p> <p>O papel do facilitador do grupo de ajuda mútua passa motivar e incentivar os membros do grupo a sentirem-se confortáveis com o seu papel de cuidadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Incentivar a inclusão dos membros no grupo; ✓ Manter um ambiente seguro, amigável e acolhedor que incentive o apoio mútuo e a oportunidade de falar; ✓ Facilitar uma partilha equilibrada (deve conduzir a partilha e não dominá-la); ✓ Ser um ouvinte ativo; ✓ Implementar as regras e mediar conflitos; ✓ Manter a confidencialidade e estimular os membros do grupo a manterem a confidencialidade; ✓ Ser honesto, quando não souber uma resposta compromete-se a descobrir; ✓ Reconhecer quando as capacidades de ajuda do grupo ficam aquém das necessidades de ajuda de um membro;
<p>Papel do membro do GAM</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ajudar os membros a sentirem-se confortáveis e a conhecerem-se uns aos outros; ✓ Aceitar as diferenças dos outros; ✓ Ser honesto; ✓ Participar nas discussões; ✓ Promover comentários positivos e novos pontos de vista; ✓ Ser um bom ouvinte; ✓ Dar espaço para que todos os elementos do grupo participem;
<p>Regras base para a partilha</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Todos têm a oportunidade de falar; ✓ Fala um de cada vez, sem interrupção; ✓ No momento da partilha, quem quiser tem o direito de não se manifestar. O silêncio é permitido; ✓ Sentir-se chateado ou triste é válido e permitido. As lágrimas são aceites; ✓ Respeitar as diferenças dos outros; ✓ Confidencialidade.

<p>Como tornar o GAM mais efetivo</p>	<p><u>Abordagem centrada na solução:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Passo 1: Definir claramente a situação; ✓ Passo 2: <i>Brainstorm</i>: convidar membros do grupo para chegar a uma lista de estratégias que podem funcionar para superar o desafio; ✓ Passo 3: Testar as soluções: sugerir que cada membro do grupo que partilha o desafio ou um problema semelhante, seleccione uma das soluções para testar nas próximas semanas; ✓ Passo 4: Avaliar os resultados: na próxima reunião são avaliados os resultados. O facto de funcionar esta semana, pode não funcionar na próxima e vice-versa. ✓ Passo 5: Tentar outra solução; ✓ Passo 6: Recomeçar; ✓ Passo 7: Ser honesto, o que pode não ser resolvido hoje, pode ser resolvido depois.
<p>Superar desafios</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Progressão da doença/dependência: Cada pessoa tem necessidades diferentes e todas são válidas. Encorajar os que estão mais renitentes a exprimir-se; ✓ Presenças: o grupo é composto por dois ou mais elementos. Altos e baixos na frequência do grupo são normais; ✓ Morte: a perda de um ente querido pode ser uma situação extremamente emocional. Informar os membros do grupo e convidá-los a ser solidários;
<p>O que fazer se o GAM estiver a “perder a força”</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Convidar um perito; ✓ Vídeos educativos; ✓ Demonstrar uma estratégia de <i> coping </i>, para que possa ser colocada em prática; ✓ Programar uma visita a um local estratégico para espairer; ✓ Realizar um evento social uma vez por ano; ✓ Perguntar aos membros do grupo o que gostariam de fazer.

(Adaptado de Maia, Vasques, Vieira, Reto & Lourenço, 2002 e The Alzheimer Society of PEI, s.d.)

APÊNDICE XIX - Plano dos encontros do GAM

Primeiro encontro do GAM	
Data: 17 de Novembro de 2015 das 14h30 às 16h00	
Local: sala de reuniões da USF Cruzeiro	
Objetivo	Incentivar pelo menos 10 cuidadores familiares a integrar o GAM e a partilhar pelo menos uma dificuldade no cuidar do seu familiar dependente, ou uma dica/ estratégia para lidar com as dificuldades.
Material de apoio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Convites aos cuidadores familiares; ✓ Folha de presença; ✓ Bola para apresentação; ✓ Kit de acolhimento: cartão de identificação de membro do GAM e folheto com informação alusiva ao GAM;
Apresentação e Introdução	<p>O facilitador do grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Saúda todos os cuidadores presentes; ✓ Transmite as boas-vindas; ✓ Agradece a todos os cuidadores a sua presença no encontro; ✓ Apresenta-se; ✓ Apresenta os profissionais presentes; ✓ Promove a apresentação dos cuidadores presentes através da técnica de apresentação “passagem de testemunho”: Com as cadeiras dispostas em círculo, dar a um dos membros uma bola. Este membro apresenta-se e atira a bola a outro membro e assim sucessivamente. No fim da última pessoa se apresentar deve referir o nome de um dos membros e atira-lhe a bola. Quem recebe a bola diz o nome de quem atirou a bola e para quem vai passar (Expoente, 2007). ✓ Orienta os cuidadores a expressarem as suas expetativas e desejos face ao GAM; ✓ Regista os nomes e contactos dos cuidadores presentes na reunião; ✓ Apresenta o GAM: como surgiu, a sua constituição, objetivos, finalidade, papel dos intervenientes, regras e vantagens e desvantagens.
Partilha	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Para motivar o debate, o facilitador seleciona uma ou mais questões para discussão e convida os membros a expressar os seus pensamentos, opiniões e ideias. Também pode motivar o debate ao convidar os membros a começar uma discussão sobre uma preocupação que tenham: motivar o debate a partir das dificuldades dos cuidadores familiares identificadas no diagnóstico de situação; ✓ Apenas fala uma pessoa de cada vez; ✓ Garantir que todos os cuidadores têm oportunidade de partilhar as suas experiências/necessidades; ✓ Promover o levantamento e o esclarecimento de dúvidas.
Estabelecer metas/ expetativas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Podem ser estabelecidas metas/expetativas pessoais para a próxima reunião: pensar em estratégias para lidar com as dificuldades.
Encerramento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar a síntese do ocorrido no encontro; ✓ Negociar/ adequar a regularidade dos encontros no futuro (local, frequência e duração). Sugere-se a realização dos encontros uma vez por mês com a duração de 2 horas na sala de reuniões da USF Cruzeiro; ✓ Relembrar a data, hora e local do próximo encontro; ✓ Fomentar o convívio entre cuidadores e entre cuidadores e

	profissionais. Sugere-se um lanche partilhado.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nº de cuidadores que integram o GAM; ✓ Nº de cuidadores que partilham pelo menos uma dificuldade no cuidar do seu familiar dependente, ou uma dica/estratégia para lidar com as dificuldades; ✓ Avaliação da satisfação através de um questionário de satisfação.

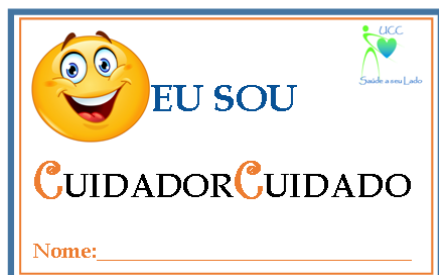
Segundo encontro do GAM	
Data e hora: 16 de Dezembro de 2015 das 14h00 às 16h00	
Local: sala de reuniões da USF do Cruzeiro	
Objetivos	Incentivar os cuidadores familiares a integrar o GAM e a partilhar pelo menos uma dificuldade no cuidar do seu familiar dependente, ou uma dica/ estratégia para lidar com as dificuldades; Capacitar os cuidadores familiares a utilizarem métodos de relaxamento, como estratégia de autocuidado, para aliviar o <i>stress</i> e minimizar o cansaço físico; Realizar e distribuir um guia de apoio aos cuidadores familiares;
Material de apoio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Convites aos cuidadores familiares; ✓ Kit de acolhimento para novos membros: cartão de identificação e folheto com informação alusiva ao grupo; ✓ Folha de presença; ✓ Bolas “tipo de ténis” para exercícios de automassagem; ✓ Manual “Cuidar de mim”: guia de apoio aos cuidadores familiares de pessoas dependentes no domicílio – dicas e estratégias para lidar com as dificuldades.
Apresentação e Introdução	<p>O facilitador do grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Saúda todos os cuidadores presentes; ✓ Transmite as boas-vindas; ✓ Agradece a todos os cuidadores a sua presença no encontro; ✓ Apresenta-se e apresenta os profissionais presentes (Se houverem novos membros); ✓ Apresentar o GAM se existirem novos membros; ✓ Promove a apresentação dos cuidadores presentes (se houverem novos membros); ✓ Orientar novos membros (se houverem) a expressarem as suas expetativas e desejos face ao grupo; ✓ Regista os nomes e contactos dos cuidadores presentes na reunião.
Tratar de questões não respondidas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar prioridade a questões não respondidas no encontro anterior. O facilitador do grupo deve fornecer atualizações ou comentários sobre questões/preocupações não respondidas no encontro anterior.
Partilha	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar <i>brainstorming</i> sobre estratégias para lidar com as dificuldades: <p>De acordo com Expoente (2007), o <i>brainstorming</i> permite identificar problemas e produzir ideias sobre as suas causas e soluções, promovendo a coesão do grupo e a criatividade.</p> <p>Em 1º lugar é necessário definir o problema a resolver. Trabalhando em círculo num clima informal são produzidas e registadas as ideias que surgem. As ideias devem ser selecionadas tendo em conta se vão resolver o problema e se são viáveis de implementar. Após a</p>

	<p>seleção das ideias estas devem ser enriquecidas (Expoente 2007).</p> <p>No <i>brainstorming</i> todas as ideias são válidas, mesmo as extravagantes. Pretende-se gerar o máximo número de ideias no mínimo espaço de tempo, pois a quantidade produz qualidade. Evitar elogiar uma ideia, pois sugere que as outras ideias não são tão boas (Expoente 2007).</p> <p>As desvantagens apontadas prendem-se com a qualidade média ou superficial das ideias imediatas, que surgem no <i>brainstorming</i>. Não é recomendado para problemas urgentes e funciona melhor se o problema for simples, específico ou limitado (Expoente 2007).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivar os membros a expressar os seus pensamentos, opiniões e ideias. ✓ Apenas fala uma pessoa de cada vez ✓ Garantir que todos os cuidadores têm oportunidade de partilhar as suas ideias ✓ Promover o levantamento e o esclarecimento de dúvidas.
Momento de relaxamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No encontro anterior foi expressado por dois cuidadores que gostariam de realizar uma atividade de relaxamento no GAM, como estratégia para minimizar as dificuldades sentidas; ✓ Neste sentido promove-se um momento de relaxamento com exercícios de automassagem, como estratégia de autocuidado, para aliviar o <i>stress</i>, acalmar, promover o bem-estar físico e emocional e minimizar o cansaço físico.
Estabelecer metas/ expectativas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cada cuidador escolhe uma estratégia para tentar implementar no sentido de minimizar as dificuldades.
Encerramento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar a síntese do ocorrido no encontro; ✓ Negociar/ adequar a regularidade dos encontros no futuro (local, frequência e duração) ✓ Relembrar a data, hora e local do próximo encontro; ✓ Fomentar o convívio entre cuidadores e entre cuidadores e profissionais. Sugere-se um lanche partilhado.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nº de cuidadores que partilham pelo menos uma dificuldade no cuidar do seu familiar dependente, ou uma dica/ estratégia para lidar com as dificuldades; ✓ Nº de cuidadores familiares que realizam pelo menos um exercício de automassagem, como estratégia de autocuidado, para aliviar o <i>stress</i> e minimizar o cansaço físico; ✓ Avaliação da satisfação através de um questionário de satisfação.

Terceiro encontro do GAM	
Data e hora: 13 de Janeiro de 2016 das 14h00 às 16h00	
Local: sala de reuniões da USF do Cruzeiro	
Objetivos	Incentivar os cuidadores familiares a integrar o GAM e a partilhar pelo menos uma dificuldade no cuidar do seu familiar dependente, ou uma dica/ estratégia para lidar com as dificuldades; Capacitar os cuidadores familiares a realizarem atividades que promovam o bem-estar, como estratégia de autocuidado.
Material de apoio	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Convites aos cuidadores familiares; ✓ Kit de acolhimento para novos membros: cartão de identificação e

	<p>folheto com informação alusiva ao grupo;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Folha de presença; ✓ Filme Lúdico; ✓ Computador, projetor e colunas.
Apresentação e Introdução	<p>O facilitador do grupo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Saúda todos os cuidadores presentes; ✓ Transmite as boas-vindas; ✓ Agradece a todos os cuidadores a sua presença no encontro; ✓ Apresenta-se e apresenta os profissionais presentes (Se houverem novos membros); ✓ Apresentar o GAM se existirem novos membros; ✓ Promove a apresentação dos cuidadores presentes (se houverem novos membros); ✓ Orientar novos membros (se houverem) a expressarem as suas expectativas e desejos face ao grupo; ✓ Regista os nomes e contactos dos cuidadores presentes na reunião.
Tratar de questões não respondidas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar prioridade a questões não respondidas no encontro anterior. O facilitador do grupo deve fornecer atualizações ou comentários sobre questões/preocupações não respondidas no encontro anterior.
Momento Lúdico	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Visualização de um filme lúdico como estratégia de autocuidado, para aliviar o <i>stress</i>, promover o bem-estar físico e emocional, de forma a minimizar as dificuldades sentidas pelos cuidadores familiares.
Partilha	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Motivar o debate, questionando os cuidadores de como se sentiram durante a visualização do filme; ✓ Motivar os membros a expressar os seus pensamentos, opiniões e ideias; ✓ Apenas fala uma pessoa de cada vez; ✓ Garantir que todos os cuidadores têm oportunidade de partilhar as suas ideias; ✓ Promover o levantamento e o esclarecimento de dúvidas.
Encerramento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Realizar a síntese do ocorrido no encontro; ✓ Negociar/ adequar a regularidade dos encontros no futuro (local, frequência e duração) ✓ Relembrar a data, hora e local do próximo encontro; ✓ Fomentar o convívio entre cuidadores e entre cuidadores e profissionais. Sugere-se um lanche partilhado.
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nº de cuidadores que partilham pelo menos uma ideia, ou um problema/dificuldade, ou uma opinião, ou uma experiência, ou um sentimento, ou uma dica/ estratégia para lidar com as dificuldades. ✓ Nº de cuidadores que participaram na visualização do filme lúdico como estratégia de autocuidado para aliviar o <i>stress</i> e promover o bem-estar físico e emocional. ✓ Avaliação da satisfação através de um questionário de satisfação.

APÊNDICE XX-Cartão de identificação de membro do GAM



Este grupo dá-me oportunidade de...

- Partilhar experiências/dificuldades
- Expressar sentimentos
- Ser ouvido e compreendido
- Dar e receber apoio emocional
- Obter informações práticas
- Ter esperança

Grupo de Ajuda Mútua/ Autoajuda para Cuidadores Familiares

APÊNDICE XXI - Folheto com informação alusiva ao GAM

CUIDADOR CUIDADO

GRUPO DE AJUDA MÚTUA/ AUTOAJUDA



Mestranda: Daniela Ferreira
Enf.ª Orientadora: Fátima Cruz
Docente orientadora:
Prof.ª Doutora M.ª Manuel Quintela

GRUPO DE AJUDA MÚTUA/ AUTOAJUDA



CUIDADOR CUIDADO

Cuidadores Familiares de Pessoas
Dependentes

CUIDADOR CUIDADO

O Grupo de Ajuda Mútua para Cuidadores Familiares de Pessoas em situação de Dependência pretende proporcionar um ambiente seguro e acolhedor, onde os cuidadores se podem apoiar mutuamente e partilhar sentimentos, dificuldades, ideias, preocupações, dúvidas e estratégias para lidar com as dificuldades, sem serem julgados.

Assim, os Cuidadores Familiares têm a oportunidade de:

- Partilhar experiências e dificuldades,
- Expressar sentimentos;
- Ser ouvido e compreendido;
- Dar e receber apoio emocional;
- Obter informações práticas;
- Ter esperança.

Porque os cuidadores participam num Grupo de Ajuda Mútua/ Autoajuda?

- Sentimento de pertença** – os Cuidadores sentem que não estão sozinhos;
- Empatia** – os Cuidadores são entendidos e compreendidos;
- Segurança e proteção** para exprimir os seus sentimentos;
- Redução do isolamento** - Os Cuidadores têm a oportunidade de saírem do meio onde estão inseridos e estarem com outras pessoas;
- Humor** – Os Cuidadores sentem-se confortáveis em dar uma boa risada e rejuvenescem através de histórias inspiradas e frequentemente cómicas que possam ser partilhadas;
- Partilha** - Os Cuidadores têm a oportunidade de partilhar dificuldades com os seus pares.

Regras de base para a partilha

- Todos têm a oportunidade de se expressar;
- Fala um de cada vez, sem interrupção;
- No momento da partilha, quem quiser tem o direito de não se manifestar. O silêncio é permitido;
- Sentir-se chateado ou triste é válido e permitido. As lágrimas são permitidas;
- Respeitar as diferenças dos outros;
- Confidencialidade.

Papel do Membro do Grupo

- Ajudar os pares a sentirem-se confortáveis e a conhecerem-se uns aos outros;
- Abster-se de juízos de valor;
- Aceitar as diferenças dos outros;
- Ser honesto;
- Ser tolerante;
- Participar na partilha;
- Promover comentários positivos e novos pontos de vista;
- Ser um bom ouvinte;
- Dar espaço para que todos os elementos do grupo participem;

Papel do Facilitador do Grupo

- Incentivar a inclusão dos membros no grupo;
- Manter um ambiente seguro, amigável e acolhedor que incentive o apoio mútuo e a oportunidade de falar;
- Deve conduzir a partilha e não dominá-la;
- Ser um bom ouvinte;
- Implementar as regras e gerir conflitos;
- Manter e estimular a confidencialidade;
- Ser honesto, quando não souber uma resposta compromete-se a descobrir;
- Reconhecer quando as capacidades de ajuda do grupo ficam aquém das necessidades de ajuda de um membro;
- Ser bem humorado.

Superar desafios

- Progressão da doença/dependência:** Cada pessoa tem necessidades diferentes e todas são válidas. Encorajar os que estão mais renitentes a exprimir-se;
- Presenças:** o grupo é composto por dois ou mais elementos. Altos e baixos na frequência do grupo são normais;
- Fim de vida:** a perda de um ente querido pode ser uma situação extremamente emocional. Informar os membros do grupo e sensibiliza-los a um gesto solidário.

JUNTE-SE A NÓS

- Se é Cuidador Familiar de uma Pessoa Dependente no domicílio com mais de 18 anos;
- Se está motivado(a) ou interessado(a) em integrar o Grupo de Ajuda Mútua/ Autoajuda;
- Se quer ajudar e ser ajudado.



Fonte - adaptado de: The Alzheimer Society of PEI (s.d.) *Support Group Facilitation Training Manual*. Acedido a 25/10/2015. Disponível em: <http://www.alzheimer.ca/pei/~media/Files/pei/Training%20Manual.pdf>

APÊNDICE XXII - Folha de presença dos encontros do GAM

GRUPO DE AJUDA MÚTUA “CUIDADOR CUIDADO”

Nº do encontro: _____

Local: _____

Data: _____

Facilitadores: _____

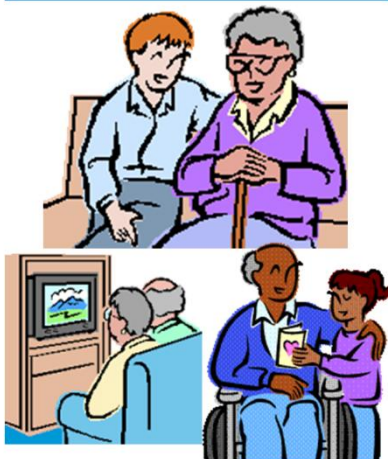
Sumário: _____

Nome do membro do grupo / Contacto

Novos membros / contactos

APÊNDICE XXIII – Manual de apoio ao cuidador familiar

MANUAL DE APOIO AOS CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS DEPENDENTES NO DOMICÍLIO



MANUAL DE APOIO AOS CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS DEPENDENTES NO DOMICÍLIO



Mestranda: Daniela Ferreira
 Enf.ª Orientadora: Enf.ª Fátima Cruz e Enf.ª Isabel Nunes
 Docente orientadora:
 Prof.ª Doutora M.ª Manuel Quintela

Data: 12/01/2016

INTRODUÇÃO

As doenças crónicas e o envelhecimento humano podem levar a uma perda de autonomia e à dependência de pessoas nas necessidades básicas. O Cuidador Familiar é a pessoa com uma relação significativa que presta apoio e assistência a um ente querido dependente, proporcionando-lhe maior qualidade de vida.

Ser cuidado em casa é melhor para pessoas dependentes com doença crónica e/ou em situação paliativa. No entanto cuidar de um familiar dependente é um grande desafio, com muitas dificuldades para quem cuida, levando muitas vezes à sobrecarga e exaustão do cuidador.



Este manual do Cuidador Familiar foi realizado com o objetivo de ajudar os cuidadores de pessoas dependentes no domicílio. Abordaremos por um lado aspetos que permitem ajudar o cuidador familiar na assistência ao seu familiar dependente e por outro lado, a cuidar de si mesmo. Assim, pretende-se minimizar as dificuldades sentidas pelos Cuidadores Familiares.



ÍNDICE

	Pág.
I – CUIDAR DO MEU FAMILIAR DEPENDENTE NO DOMICÍLIO	4
Cuidados de higiene e conforto a pessoas dependentes	5
Cuidados na mobilização de pessoas dependentes	7
Cuidados com a alimentação de pessoas dependentes	12
Cuidados com a eliminação de pessoas dependentes	17
Cuidados com a toma da medicação de pessoas dependentes	22
II – CUIDAR DE MIM	26
Sinais e sintomas de alerta de stress e exaustão do cuidador familiar	27
Dicas e estratégias para cuidar de mim	28
III – RECURSOS DA MINHA COMUNIDADE	35
IV – CONTACTOS ÚTEIS	42



I – CUIDAR DO MEU FAMILIAR DEPENDENTE NO DOMICÍLIO



CUIDADOS DE HIGIENE E CONFORTO A PESSOAS DEPENDENTES

Higiene corporal

A higiene do seu familiar é importante, pois melhora o seu conforto e bem-estar.

- ⇒ Proporcionar banho diário com água à temperatura confortável (verifique sempre a temperatura da água) e sabão neutro;
- ⇒ Se não for possível o duche, a higiene do seu familiar pode ser feita na cama, com uma bacia e uma toalha pequena macia;
- ⇒ Garantir a privacidade durante o banho;
- ⇒ Após o banho secar a pele suavemente com uma toalha macia, certificando-se que a pele fica seca. Se a pele ficar húmida pode provocar feridas ou assaduras na pele;
- ⇒ Lavar a roupa da cama frequentemente;
- ⇒ As unhas e o cabelo devem ser mantidos curtos, pois facilita os cuidados de higiene e previne as infeções;
- ⇒ Para lavar o cabelo do seu familiar na cama, pode colocar uma bacia com água debaixo da cabeça, lavar e no fim passar com água limpa e secar com uma toalha.



Higiene oral

- ⇒ Beber poucos líquidos e a acumulação de secreções dificultam uma boa higiene oral;
- ⇒ Use uma escova de dentes macia e esfregue suavemente os dentes, língua e gengiva para remover pequenas partículas de alimentos;
- ⇒ Se o seu familiar não tiver próteses ou peças dentárias, utilize uma espátula com uma esponja macia;
- ⇒ Evitar tocar com a escova no final da língua, pois pode provocar vontade de vomitar;
- ⇒ A higiene da boca e dos dentes deve ser realizada após as refeições e antes de dormir (mínimo 2 vezes por dia).



Cuidados à pele

- ⇒ Hidratar a pele com creme corporal após o banho;
- ⇒ Massajar as costas, os cotovelos, as ancas e os tornozelos;
- ⇒ Não massajar zonas do corpo que estejam avermelhadas;
- ⇒ Observar diariamente a pele. Verificar se existem pequenas feridas, bolhas ou outras alterações da pele. Se existirem alterações deve proteger a pele e comunicar logo que possível ao Enfermeiro de referência;
- ⇒ O ideal é o uso de um colchão anti-escara para ajudar a prevenir as úlceras de pressão (escaras). Esclareça com o Enfermeiro de referência.



CUIDADOS NA MOBILIZAÇÃO DE PESSOAS DEPENDENTES

Quando o seu familiar não é capaz de se mover de forma independente, é necessária a sua ajuda para conseguir realizar as tarefas do dia-a-dia, prevenindo assim as complicações associadas à imobilidade.

Complicações da imobilidade:

- ⇒ Aumento das secreções e infeções respiratórias;
- ⇒ Problemas de coração;
- ⇒ Perda de apetite;
- ⇒ Prisão de ventre (fezes muito duras);
- ⇒ Infeções urinárias;
- ⇒ Perda de massa muscular;
- ⇒ Osteoporose, fraturas;
- ⇒ Depressão, insónia (dificuldade em dormir);
- ⇒ Úlceras de pressão (escaras).



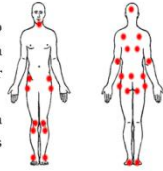
Posicionar é colocar o seu familiar em determinada posição;



Transferir é movimentar o seu familiar de uma superfície para outra (cama – cadeira/santita/ banheira ou vice-versa); Posicionar com frequência o seu familiar na cama e transferi-lo da cama para a cadeira ou para outra superfície é muito benéfico para o seu familiar, ajudando a prevenir complicações da imobilidade.

Zonas do corpo sujeitas a maior pressão:

- ⇒ São os locais do corpo que estão sujeitos a maior pressão devido à imobilidade, e onde podem surgir as úlceras de pressão (escaras)
- ⇒ Há zonas do corpo mais sujeitas a pressão do que outras, resultantes do posicionamento



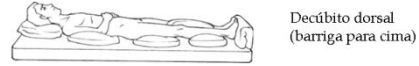
Adote uma POSTURA CORRETA quando mobiliza o seu familiar para prevenir lesões nos seus músculos e ossos:

- ⇒ Costas direitas
- ⇒ Fletir os joelhos
- ⇒ Evitar a inclinação do tronco para a frente
- ⇒ Pés afastados à largura dos ombros
- ⇒ Fazer a força nos membros inferiores



Importante alternar posicionamentos:

- ⇒ O uso de uma cama articulada facilita muito os posicionamentos e as transferências do seu familiar;
- ⇒ Colocar todo o material necessário junto à cama (almofadas, etc.)
- ⇒ Se possível nivelar a cama à altura da bacia do cuidador e, na horizontal;
- ⇒ Solicitar a colaboração do seu familiar dentro das suas capacidades



Mobilizar o seu familiar na cama com duas pessoas:

- ⇒ Utilizar resguardo (enrolado junto ao corpo do utente)
- ⇒ Se não usar resguardo coloca-se uma pessoa de cada lado. Uma das pessoas coloca os antebraços debaixo dos ombros e da cintura e a outra pessoa coloca os antebraços debaixo da região dorsal e membros inferiores;
- ⇒ Contar até 3 e fazer o movimento de uma só vez.



Mobilizar sem ajuda o seu familiar na cama:

- ⇒ Colocar-se do lado da cama para o qual vai efetuar o posicionamento
- ⇒ Mover em primeiro lugar a parte superior do corpo (antebraços debaixo dos ombros e costas);



- ⇒ Só depois mover a parte inferior do corpo (antebraços debaixo da cintura e membros inferiores).



Transferir o seu familiar da cama para a cadeira sozinho:

- ⇒ Preparar a cadeira (verificar se está travada) e coloca-la em diagonal com a cama;
- ⇒ Coloca-lo na cama de barriga para cima e joelhos dobrados;
- ⇒ Seguidamente posiciona o seu familiar de lado, colocando uma mão ao nível do ombro e outra nos joelhos, rodando-o para o lado que se vai levantar;
- ⇒ Com uma mão levantar o tronco e com a outra puxar as pernas na direção do chão, de forma a que fique sentada;
- ⇒ Assegurar que o seu familiar está calçado;
- ⇒ Verificar se o seu familiar está bem-disposto.



- ⇒ Transferir o seu familiar passando as mãos por baixos dos braços até à região das costas.



Transferir o seu familiar da cama para a cadeira com duas pessoas:

- ⇒ Uma pessoa coloca os braços conforme a figura;
- ⇒ A outra pessoa coloca os antebraços sob os membros inferiores;
- ⇒ A transferência é feita em conjunto de uma só vez.



Transferência cadeira-cama:

- ⇒ Procedimento contrário.

CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

Uma alimentação saudável é importante, pois ajuda a manter o bem estar físico e emocional e a prevenir outros problemas de saúde e complicações ao seu familiar dependente.



No entanto as doenças crônicas e a dependência do seu familiar, podem fazer com que o seu apetite ou capacidade para se alimentar estejam diminuídos. Desta forma é importante que a alimentação do seu familiar tenha em conta as suas preferências, as suas capacidades e as suas limitações.

- ⇒ Encorajar o seu familiar a comer, mas sem forçar, pois pode não ser capaz de aceitar a comida e vomitar;
- ⇒ Oferecer com frequência pequenas refeições com alimentos que goste;
- ⇒ Deixe o seu familiar escolher os alimentos que quer comer, dentro do que tem disponível;
- ⇒ Se possível, estimula-lo a comer sozinho, mesmo que demore mais tempo;
- ⇒ Se o seu familiar estiver acamado, deve levantar a cabeceira da cama (pode utilizar almofadas para ajudar);

- ⇒ Ofereça líquidos, mesmo que o seu familiar não peça. É importante manter a hidratação. O chá, o leite e a sopa e a introdução de alimentos como os iogurtes, gelatinas e pudins, podem ser boas alternativas se o seu familiar não gostar de água.
- ⇒ A dor pode tirar o apetite. Assegure-se que a dor está controlada e que não é a causa de recusa alimentar;
- ⇒ Se o seu familiar tem dificuldade em mastigar ou em engolir evite alimentos duros e prepare comida mais mole ou passada;
- ⇒ O aspeto da comida é importante. Os alimentos devem ter uma apresentação atraente e em pratos pequenos;
- ⇒ Nas pessoas idosas e/ou com doenças crônicas ou terminais, o paladar pode estar diminuído ou alterado. Assim, podem preferir alimentos mais doces, mais frios e mais temperados, ou podem ficar com o paladar mais amargo e os alimentos não sabem tão bem.



Se notar perda de peso significativa, recusa sistemática do seu familiar em comer qualquer alimento, ou deixar de ser capaz de engolir, fale com o Enfermeiro de referência.



- ⇒ Quando o seu familiar não tem uma alimentação adequada às suas necessidades pode ser necessário a colocação de uma Sonda Nasogástrica (SNG) ou PEG.

Cuidados com a alimentação por Sonda Nasogástrica (SNG) e por PEG:

- ⇒ A SNG é inserida no estômago através do nariz. A sua colocação e substituição é realizada pelo Enfermeiro;
- ⇒ A PEG é uma sonda colocada diretamente no estômago através de um orifício na pele. É utilizada para alimentação a longo prazo e normalmente é mais bem tolerada que a SNG. A sua colocação e substituição é realizada pelo médico especialista no hospital.
- ⇒ Antes e depois de manipular a SNG ou a PEG lave sempre as mãos;
- ⇒ Antes de alimentar o seu familiar confirme se existe alimentos no estômago aspirando a seringa;
- ⇒ Se retirar metade ou mais da quantidade da refeição anterior, voltar a introduzir o conteúdo que retirou e aguardar cerca de 2 horas, pois a digestão dos alimentos da refeição anterior ainda não terminou e recomeçar a alimentação com líquidos lentamente até boa tolerância;



- ⇒ A comida deve ser variada e bem triturada, para passar bem na SNG ou na PEG;
- ⇒ A comida não deve estar muito fria nem muito quente;
- ⇒ Antes de dar a alimentação, colocar o seu familiar o mais sentado possível, se o estado dele o permitir;
- ⇒ Para alimentar deve dobrar a SNG/PEG na ponta, retirar a tampa e adaptar a seringa, desdobrar a SNG/PEG, e administrar o conteúdo da seringa. No fim, dobrar a SNG/PEG na ponta, retirar a seringa, colocar a tampa e desdobrar a SNG/PEG;
- ⇒ A SNG/PEG deve estar sempre fechada com uma tampa própria;
- ⇒ A comida deve ser administrada lentamente com uma seringa própria, de forma a evitar a formação de gases, vômitos ou diarreia;
- ⇒ Depois de dar a comida deve sempre lavar a SNG ou a PEG com pelo menos 30 ml de água;
- ⇒ Deve ir dando água ao seu familiar pela SNG/PEG ao longo do dia (aproximadamente 1,5l por dia se não houver contra-indicação médica).



Siga sempre as orientações do Enfermeiro de referência e em caso de dúvida contacte-o

Náuseas (vontade de vomitar) e vômitos

As náuseas e os vômitos são muito desconfortáveis para o seu familiar. É importante perceber qual é a causa de forma a tratá-la.

Quando o seu familiar apresenta náuseas ou vômitos persistentes deve contactar o Enfermeiro de referência.

**O que pode fazer para aliviar as náuseas e os vômitos:**

- ⇒ Dar pequenas quantidades de alimentos que o seu familiar prefere e que causem menos náuseas;
- ⇒ Evite que o seu familiar esteja perto quando estiver a cozinhar, ou feche a porta da cozinha;
- ⇒ Evitar a prisão de ventre do seu familiar;
- ⇒ Incentive a ingestão de líquidos frescos ou à temperatura ambiente, como o chá e a água
- ⇒ As bebidas devem ser oferecidas mais vezes e em pequenas quantidades;
- ⇒ Manter a cabeceira da cama elevada e uma bacia à mão;
- ⇒ Evitar cheiros fortes ou desagradáveis;
- ⇒ Evitar alimentos gordos, alimentos muito doces, leite e derivados (queijo, iogurtes, natas e outros);
- ⇒ Os líquidos são melhor tolerados que os alimentos sólidos. Apenas deve dar alimentos mais sólidos quando os líquidos forem tolerados.

**CUIDADOS COM A ELIMINAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE**

Para manter o corpo saudável é necessário eliminar a urina e as fezes do nosso organismo, que normalmente é um processo automático e natural do nosso corpo. No entanto, devido a vários fatores como o envelhecimento, as doenças crónicas, a imobilidade e a medicação, o seu familiar dependente pode não conseguir eliminar a urina e as fezes de forma autónoma e eficiente, pelo que necessita de maior assistência.

O que pode fazer na incontinência de urina e fezes

A incontinência diz respeito à eliminação involuntária e imprevisível de urina (incontinência urinária) e de fezes (incontinência fecal).



- ⇒ Devem ser estabelecidos os padrões habituais de eliminação do seu familiar, se for possível. Devem ser planeadas idas à casa de banho de acordo com o padrão habitual do seu familiar ou então de 1/1 ou 2/2 horas para a incontinência de urina e uma vez por dia ou de 2 em 2 dias para a incontinência de fezes;
- ⇒ Estimular o seu familiar a esvaziar completamente a bexiga;

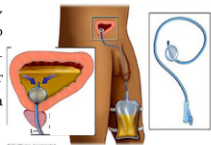


- ⇒ Incentivar a beber líquidos (aproximadamente 1,5l, se não existir contra-indicação médica), sendo que a maioria deve ser ingerida antes das 16h00 para a incontinência de urina;
- ⇒ Se for necessário o uso de fraldas, estas devem ser trocadas de forma a manter a pele seca;
- ⇒ Limpar e secar bem a pele, quando se muda a fralda;
- ⇒ Utilizar pomadas protetoras para prevenir e tratar as assaduras;

**Cuidados a ter com a algália**

A algália é um tubo introduzido desde a uretra até à bexiga, de forma a que a pessoa urina diretamente para um saco. A colocação de uma algália pode ser temporária ou definitiva e é utilizada quando a pessoa não consegue urinar, quando é necessário medir a urina, para obter amostras de urina, entre outras situações.

- ⇒ A algália fica ligada a um saco coletor, que deve ser fixado na parte lateral da cama, da cadeira ou na perna do seu familiar, se ele conseguir andar (deve estar sempre abaixo do nível da cintura do seu familiar).



- ⇒ Lavar as mãos antes e depois de mexer na algália e de esvaziar o saco;
- ⇒ A pele à volta da algália deve ser limpa pelo menos uma vez por dia com água e sabão neutro;
- ⇒ Evitar que o saco fique demasiado cheio;
- ⇒ Ao trocar o saco coletor evite que a ponta da algália toque em algum lado, para prevenir as infeções;
- ⇒ Certifique-se que a algália não fica dobrada;
- ⇒ Incentive o seu familiar a ingerir cerca de 1,5l de água por dia, de forma a que a urina fique mais clara (exceto se houver contra-indicação médica);
- ⇒ A algália tem um balão interno (na bexiga) que a impede de sair do local, pelo que deve ter especial atenção para não puxar a algália pois pode provocar traumatismo;
- ⇒ Vigiar diariamente a quantidade e a qualidade da urina.



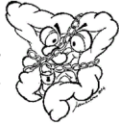
Caso a urina esteja muito escura ou turva, com mau cheiro, com sangue e o seu familiar urine em pequena quantidade, haja perda de urina para a fralda, ou se houver queixas com dor/ardor, deve comunicar ao Enfermeiro de referência.

Cuidados na prisão de ventre

Uma das preocupações frequentes das pessoas dependentes é a prisão de ventre, muitas vezes causada pela diminuição dos movimentos do intestino, pela inatividade e pela diminuição da ingestão de comida e de água.

A prisão de ventre diz respeito à eliminação pouco frequente de fezes anormalmente duras;

É importante compreender que evacuar todos os dias não é essencial, desde que o seu familiar evacue dentro dos intervalos habituais, sem esforço, sem a presença de fezes duras e secas e sem dor ou desconforto.



O que pode fazer para prevenir a prisão de ventre:

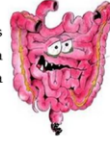
- ⇒ É importante uma boa ingestão de líquidos (1,5l a 2l por dia, exceto se contra-indicação médica);
- ⇒ Uma alimentação rica em fibras (frutas, vegetais, pão e cereais integrais);
- ⇒ O exercício é importante, no entanto deve ser adaptado às capacidades e limitações do seu familiar. Se não for possível, deve encorajar a mobilização do seu familiar. A mobilização do seu familiar no leito e o levante diário para o cadeirão podem ajudar;
- ⇒ O uso abusivo e rotineiro de laxantes (medicamentos para ajudar a evacuar) pode provocar ou agravar a prisão de ventre, pois o intestino fica “preguiçoso” e deixa de fazer os movimentos necessários;

Se o seu familiar tiver dor a evacuar, sangue nas fezes ou estiver mais de cinco dias sem evacuar fale com o Enfermeiro de referência.



Cuidados na diarreia

A diarreia consiste em evacuar fezes líquidas mais de 3 vezes por dia. Normalmente a diarreia é acompanhada de cólicas na barriga e fraqueza generalizada.



- ⇒ Dar ao seu familiar bebidas em pequena quantidade mas frequentemente (água e caldo de arroz);
- ⇒ Evitar as bebidas alcoólicas e muito doces;
- ⇒ Limpar a pele na zona retal com papel macio;
- ⇒ Lavar a pele na zona retal com água e sabão sempre que necessário e secar bem;
- ⇒ Aplicar pomada protetora para prevenir e tratar as assaduras;

Se o seu familiar apresentar sangue nas fezes, a diarreia persistir por mais de cinco dias, se ele ficar mais fraco ou prostrado, se urinar menos e se tiver lesões na zona retal fale com o Enfermeiro de referência.

CUIDADOS COM A TOMA DA MEDICAÇÃO DA PESSOA DEPENDENTE

O seu familiar pode necessitar de tomar medicamentos para controlar os problemas de saúde e sentir-se melhor. No entanto, pode precisar da sua ajuda para tomar os medicamentos. Os medicamentos podem ser administrados de várias maneiras, sendo que as mais utilizadas em casa são os comprimidos, xaropes, pensos transdérmicos (na pele), supositórios ou injeções por baixo da pele (injeções subcutâneas)



Cuidados na administração de comprimidos

- ⇒ Manter os comprimidos dentro das embalagens até à sua utilização;
- ⇒ Verificar o prazo de validade;
- ⇒ Se os comprimidos forem grandes, a maioria podem ser partidos ao meio ou em quatro;
- ⇒ Se o seu familiar tem dificuldade em engolir os comprimidos ou os recusa, a maioria podem ser esmagados e misturados com pequenas quantidades de comida ou sumos;
- ⇒ Consulte a equipa de saúde para ter a certeza se pode esmagar ou partir os comprimidos;
- ⇒ Levante a cabeceira da cama se possível, antes de dar os comprimidos;



- ⇒ Os comprimidos devem ser administrados com pelo menos meio copo de água;

Cuidados na administração de xaropes

- ⇒ Manter os xaropes dentro do recipiente apropriado;
- ⇒ Verificar o prazo de validade;
- ⇒ Os xaropes podem ter de ser agitados antes de serem administrados;
- ⇒ Podem ser misturados com pequenas quantidades de comida ou sumos;
- ⇒ Devem ser medidos com rigor.



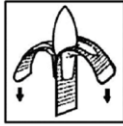
Cuidados com os pensos transdérmicos (colocados na pele)

- ⇒ No penso transdérmico o medicamento está enranhado no penso e é libertado em contacto com a pele;
- ⇒ O penso deve ser colocado na pele seca e sem lesões.
- ⇒ O penso deve ser substituído de acordo com as orientações específicas;
- ⇒ O local onde se coloca o penso também deve ser alternado;
- ⇒ Confirmar se o penso fica bem colado a pele, se necessário pode ser colocado um adesivo transparente por cima;
- ⇒ Alguns pensos podem ser cortados para ajustar à dose pretendida. Siga as orientações da equipa de saúde.



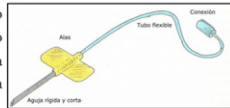
Cuidados na administração de supositórios

- ⇒ Os supositórios são medicamentos administrados pelo ânus;
- ⇒ Lavar as mãos com água e sabão antes e depois de colocar o supositório;
- ⇒ Se possível, devem ser administrados depois do seu familiar dependente evacuar;
- ⇒ Se for necessário, lubrificar o ânus com vaselina antes de introduzir o supositório, ou colocar a vaselina na ponta do supositório antes de o introduzir;
- ⇒ Introduzir o supositório suavemente com o dedo indicador.



Cuidados na administração de injeções abaixo da pele

- ⇒ Os medicamentos administrados por via subcutânea (debaixo da pele), são administrados através de uma pequena agulha de metal ou plástico colocado debaixo da pele do seu familiar. Estas pequenas agulhas são manuseadas por um enfermeiro e podem ser colocadas no braço, na coxa, na parte superior do peito ou na barriga.
- ⇒ O local onde é colocado o cateter subcutâneo deve ser alternado para não provocar lesões na pele;



- ⇒ O cateter subcutâneo (pequena agulha debaixo da pele) é fixado com um adesivo e a medicação é administrada por um pequeno tubo. A agulha é muito pequena e geralmente não causa dor ou desconforto;
- ⇒ O medicamento pode ser administrado por si de acordo com as orientações da equipa de saúde;
- ⇒ Deve comunicar ao Enfermeiro de referência qualquer alteração na pele do seu familiar, ou se não conseguir administrar o medicamento pelo cateter.



Importante:

- ⇒ Os medicamentos devem ser administrados conforme a prescrição;
- ⇒ Não interrompa a medicação sem falar primeiro com a equipa de saúde;
- ⇒ Mantenha os medicamentos guardados em local apropriado e fora do alcance das crianças;
- ⇒ Alguns medicamentos têm de ser guardados no frigorífico;
- ⇒ Siga sempre as orientações da equipa de saúde.

II – CUIDAR DE MIM



Cuidar de um ente querido pode ser muito gratificante, mas também é uma situação muito exigente e com muitas dificuldades.

Muitas vezes os cuidadores enfrentam um tempo prolongado de prestação de cuidados, podendo levar ao desânimo, a alterações na dinâmica familiar e social, a problemas financeiros, à sobrecarga e até mesmo a um estado de exaustão.

O stress do cuidador coloca em risco a sua saúde e a sua capacidade de prestar cuidados, pelo que gerir o stress e as dificuldades da sua vida é tão importante como o seu familiar tomar a medicação à hora certa.



Sinais e sintomas de alerta de stress e exaustão do cuidador:

- ⇒ Ansiedade, depressão e irritabilidade;
- ⇒ Sentir-se mais cansado e com menos energia;
- ⇒ Dificuldade em dormir;
- ⇒ Reação exagerada a pequenos problemas;
- ⇒ Dificuldade em concentrar-se;
- ⇒ Beber ou fumar mais;
- ⇒ Agravamento do estado de saúde ou aparecimento de novos problemas;

- ⇒ Evitar atividades de lazer;
- ⇒ Sentir-se completamente exausto, mesmo depois de dormir ou de fazer uma pausa;
- ⇒ Negligenciar as suas necessidades porque está muito ocupado em cuidar do seu familiar;
- ⇒ A sua vida gira em torno de cuidar do seu familiar, mas isso dá-lhe pouca satisfação;
- ⇒ Tem problemas em relaxar mesmo quando tem ajuda;
- ⇒ Sentir-se cada vez mais impaciente e irritado com a pessoa que cuida;
- ⇒ Sentir-se impotente e sem esperança.

DICAS E ESTRATÉGIAS PARA CUIDAR DE MIM



2. FAÇA UMA PAUSA

Enquanto cuidador sempre ocupado, usufruir de um tempo de lazer pode parecer um luxo impossível. Mas deve isso a si mesmo e à pessoa que cuida. Permita-se descansar e fazer coisas que gosta diariamente.

Existe diferença entre estar ocupado e ser produtivo. Depois de uma pausa sente-se mais energético e concentrado e desse modo compensa o tempo que esteve a descansar.

Guarde no mínimo 30 minutos todos os dias para si mesmo: faça o que gosta, ler, trabalhar no jardim, fazer tricô, jogar às cartas, brincar com os cães, entre outros.

Encontre formas de cuidar de si mesmo: faça uma caminhada para aliviar o stress, tome um longo banho, peça uma massagem, faça a manicura, compre flores frescas para a casa ou outra coisa que o faça sentir especial.



Saia de casa: procure amigos e familiares que possam ficar com o seu familiar, para que possa sair de casa

1. PEÇA AJUDA

Não tente fazer tudo sozinho. Recorra a familiares ou amigos que vivam perto de si para executar recados, ajudar nas tarefas domésticas ou ficar um tempo com o seu familiar dependente, para que possa fazer uma pausa.

Dicas para obter a ajuda que precisa no cuidar:

Fale: não espere que os seus familiares e amigos conheçam automaticamente os seus sentimentos e necessidades. Fale com eles e exponha os seus problemas;

Divida a responsabilidade: tente obter o maior número de membros da família envolvidos no cuidar. Tente dividir as tarefas com mais pessoas;

Diga SIM quando alguém oferece ajuda: não tenha vergonha de aceitar ajuda, deixe-os sentir-se bem em ajudar e que o estão a apoiar;

Esteja disposto a abrir mão de algum controle: as pessoas têm menos tendência a ajudar se der ordens ou insistir em fazer as coisas à sua maneira;

Ria: rir é um excelente antídoto para o stress. Leia um livro engraçado, assista a uma comédia ou chame um amigo que o faça rir. Sempre que puder tente encontrar humor nas situações quotidianas.

Visite amigos e partilhe sentimentos: o simples facto de expressar os seus sentimentos pode ser benéfico. Se é difícil sair de casa, convide amigos para o visitar, para tomar um chá, café ou jantar. É importante que interaja com os outros. Compartilhar os seus sentimentos não fará de si um fardo para os outros.



3. PRATIQUE A ACEITAÇÃO

Quando se depara com a injustiça da doença de um ente querido ou com a sobrecarga da prestação de cuidados, pode sentir a necessidade de perguntar "porquê a mim?", "porquê ao meu familiar?", "o que fiz de mal?". Pode despendir muita energia em coisas que não consegue mudar ou para as quais não existe uma resposta clara e no fim não se vai ficar a sentir melhor.



Concentre-se nos aspetos que pode controlar: por exemplo, concentre-se na forma como vai reagir aos problemas.

Partilhe os seus sentimentos: partilhar sentimentos pode ter um efeito muito benéfico. Fale com amigos, familiares ou profissionais.



Evite a visão túnel: não deixe que o cuidar assuma o controlo da sua vida. É mais fácil aceitar uma situação difícil quando existem outras áreas da sua vida que são gratificantes. Invista em coisas que dão sentido à sua vida.

4. CUIDE DA SUA SAÚDE

Mantenha como prioridade, as consultas regulares no médico: não falte a consultas ou *check-up*, pois precisa de se manter saudável.

Exercício: quando se sente cansado a última coisa que lhe apetece é fazer exercício, mas depois fica a sentir-se melhor. O exercício melhora o humor e acalma. Deve fazer no mínimo 30 minutos de exercício por dia. A prática de exercício regular aumenta o nível de energia e combate a fadiga.

Relaxe: a prática diária de relaxamento pode aliviar o *stress* e promover o bem-estar. Mesmo alguns minutos no dia podem ajudá-lo a sentir-se mais calmo.

Alimente-se bem: as frutas frescas, legumes, cereais integrais, feijão, proteínas e gorduras saudáveis, como as nozes e o azeite, fornecem-lhe energia constante. Ao contrário, o café e o açúcar, apenas lhe dão energia num curto espaço de tempo.



Durma bem: não economize no sono. A maioria das pessoas precisam de mais sono do que aquilo que pensam. Se dormir menos do que é habitual para si, vai sofrer alterações no humor, energia, produtividade e capacidade para lidar com o *stress*.



5. PROCURE UM GRUPO DE APOIO

Um grupo de apoio ao cuidador é uma ótima forma de partilhar os seus problemas e encontrar pessoas que estão a passar pelas mesmas dificuldades/experiências.

No grupo de apoio pode falar sobre os seus problemas e ouvir os outros a falar. Não só vai receber ajuda, como também vai ser capaz de ajudar os outros. O mais importante é descobrir que não está sozinho. Assim, vai sentir-se melhor ao saber que existem outras pessoas a passar pela mesma situação e o seu conhecimento pode ter um valor inestimável.



JUNTE-SE AO NOSSO GRUPO DE APOIO:

CUIDADOR CUIDADO

III – RECURSOS DA MINHA COMUNIDADE



O QUE EXISTE NA MINHA COMUNIDADE PARA ME AJUDAR A CUIDAR DE MIM E DO MEU FAMILIAR DEPENDENTE?

Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI)

- ⇒ A Equipa de Cuidados Continuados Integrados que lhe presta apoio, integra a RNCCI e presta cuidados domiciliários médicos e de enfermagem, cuidados de fisioterapia, apoio psicológico e apoio social;
- ⇒ A RNCCI dispõe ainda de Unidades de Cuidados Paliativos, Unidades de Convalescência, Unidades de Média Duração e Reabilitação e Unidades de Longa Duração e Manutenção
- ⇒ **Unidade para Descanso do Cuidador** – A RNCCI dispõe de internamento para o seu familiar, para poder descansar durante uns dias. Pode ser possível escolher uma data. Fale com a Equipa de Saúde.

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

- ⇒ **Apoio Domiciliário** – As IPSS's podem disponibilizar apoio domiciliário nos cuidados ao seu familiar, nomeadamente nos cuidados de higiene e conforto e fornecimento de alimentação. Informe-se junto da equipa de saúde.
- ⇒ **Centros de dia** – Se o seu familiar não está muito dependente e ainda apresenta alguma autonomia, pode ser possível frequentar um centro de dia.

Freguesia	Instituição	Apoio
Odivelas	Humanídomus Apoio Domiciliário Personalizado Unipessoal	Apoio domiciliário
	Lar de Odivelas (Instituto da Segurança Social)	Apoio domiciliário; Centro de dia
	Centro Dr. José de Azeredo Perdigão - Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa	Apoio domiciliário
	Curpio - Centro Unitário de Reformados, Pensionistas e Idosos de Odivelas	Apoio domiciliário; Centro de dia
	Residência Sénior Colinas do Cruzeiro - Cooperativa de Solidariedade Social	Centro de dia
	União das freguesias de Pontinha e Famões	Centro Comunitário Paroquial de Famões - Centro Paroquial Casal da Silveira
ACIP- Associação do Cantinho do Idoso da Pontinha		Centro de dia
Oficina do avô		Apoio domiciliário
Centro de dia da Sagrada Família da Pontinha - Associação das Obras Assistenciais da Sociedade de São Vicente de Paulo		Apoio domiciliário; Centro de dia
Centro de dia Santo Eloy - Cruz Vermelha Portuguesa		Apoio domiciliário; Centro de dia
Unidade Operacional de Emergência - Parâmetros de Catástrofe Internacional		Apoio domiciliário
Centro de dia de Santa Maria da Urmeira - Centro Social da Paróquia da Pontinha		Apoio domiciliário; Centro de dia

Freguesia	Instituição	Apoio
União das freguesias de Ramada e Caneças	Centro Comunitário Paroquial da Ramada	Apoio domiciliário; Centro de dia
	Casa de Repouso da Enfermagem Portuguesa e Profissões Auxiliares de Saúde	Apoio domiciliário
	Comissão Unitária de Reformados Pensionistas e Idosos de Caneças	Apoio domiciliário; Centro de dia
União das freguesias de Póvoa de Santo Adrião e Olival Basto	Comissão de Reformados Pensionistas e Idosos da Póvoa de Santo Adrião	Apoio domiciliário; Centro de dia
	Centro Social Paroquial da Póvoa de Santo Adrião	Apoio domiciliário
	Centro de dia para a terceira idade de Olival de Basto	Centro de dia

Grupo de Voluntariado

- ⇒ A Universidade Sénior de Odivelas dispõe de um Grupo de Voluntariado, em que um(a) voluntário(a) pode-se deslocar a sua casa cerca de 1 hora para fazer companhia ao seu familiar dependente, para que nesse período se possa ausentar. Informe-se junto da Equipa de Saúde.

Prestações Sociais

⇒ **Complemento por dependência:**

É um apoio mensal em dinheiro dado aos pensionistas que se encontram numa situação de dependência e que precisam da ajuda de outra pessoa para satisfazer as necessidades básicas da vida quotidiana;

Condições para receber o complemento de dependência:

- ⇒ Pessoas que recebem uma pensão (pensão de velhice, de sobrevivência, entre outras);
- ⇒ Situação de dependência reconhecida pelo Sistema de Verificação de Incapacidades da Segurança Social;

⇒ **Complemento Solidário para Idosos:**

É um apoio em dinheiro pago mensalmente aos idosos com baixos recursos (inferiores ao valor limite do Complemento Solidário para Idosos) residentes em Portugal há pelo menos 6 anos, com idade igual ou superior a 66 anos.

⇒ **Subsídio por Assistência de Terceira Pessoa:**

É um valor em dinheiro que é pago em cada mês às crianças ou adultos portadores de deficiência, a receber abono de família com bonificação por deficiência ou subsídio mensal vitalício, e que necessitem de acompanhamento permanente de uma terceira pessoa.

⇒ **Pensão Social de Velhice:**

É um apoio em dinheiro pago mensalmente às pessoas de idade igual ou superior à idade normal de acesso à pensão de velhice do regime geral de segurança social, não abrangidos por qualquer sistema de proteção social obrigatória ou que não têm descontos suficientes para a Segurança Social para ter direito à pensão de velhice.

Estas prestações sociais podem ser pedidas nos serviços de atendimento da Segurança Social

Piscina de Odivelas

- ⇒ Natação;
- ⇒ Aquafitness;
- ⇒ Hidrocinestoterapia (Correção postural, terapia aquática);
- ⇒ Massagens e sessões (Massagens Relaxamento; Massagens Reabilitação ou Terapêutica; Shiatsu; Osteopatia; Drenagem Linfática; Aquatrelax; Terapia de Solo; Avaliações Terapêuticas).

Cartão Municipal Sénior

- ⇒ O Cartão Municipal Sénior é um documento disponibilizado pela Câmara Municipal de Odivelas a todos os municípios interessados com idade igual ou superior a 60 anos, de forma totalmente gratuita;
- ⇒ Proporciona acesso gratuito a diversos programas e atividades de natureza social, cultural, desportiva ou recreativas desenvolvidas pela Câmara Municipal de Odivelas, nomeadamente o já anual "passeio sénior" ou "convívio sénior" promovidos pela Divisão de Inovação Social e Projetos Educativos.



Clube do movimento

É um programa de atividade física regular, gratuito, destinado a todos os munícipes do Concelho de Odivelas com mais de 60 anos. Funciona durante 10 meses, de setembro a junho.

O programa possibilita a cada munícipe inscrito, as seguintes atividades por semana:

- ⇒ Duas aulas de Ginástica;
- ⇒ Uma aula de Karate;
- ⇒ Uma Caminhada;
- ⇒ Um treino de Boccia (o objetivo deste desporto é colocar as bolas de cor (seis azuis contra seis vermelhas) o mais perto possível de uma bola alvo (bola branca), que é lançada estrategicamente por um primeiro jogador, para dentro de um campo);
- ⇒ Uma aula de Dança;

Como atividade complementar há também, uma ou duas vezes por semana, de setembro a julho, a Hidroginástica, obedecendo ao pagamento mensal entre 5,80 € a 7,64 €.



IV – CONTACTOS ÚTEIS

Nº Europeu de Emergência – 112
 Linha de Emergência Social – 144
 Intoxicações (CIAV) – 808 250 143
 Saúde 24 – 808 24 24 24
 Linha do Cidadão Idoso – 800 203 531
 Linha Cancro – 808 255 255
 Câmara Municipal de Odivelas – 219 320 000
 Hospital Beatriz Ângelo – 219 847 200
 Bombeiros Voluntários de Odivelas – 219 348 290
 Bombeiros Voluntários de Caneças – 219 817 400
 Bombeiros Linha Verde – 800202425
 Associação Portuguesa dos Cuidados Paliativos – 225 097 300
 APFADA – Associação Portuguesa dos Familiares e Amigos de Doentes de Alzheimer – 213 610 460
 APD – Associação Portuguesa de Deficientes – 213 889 883
 Sociedade Portuguesa de Esclerose Múltipla – 218 650 480
 Associação Portuguesa de Doentes com Parkinson – 939 672 545
 Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa – 21 754 0692
 APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima – 800 502 357
 PSP Odivelas – 219 347 951 / 219 347 964
 PSP Caneças – 219 817 050
 PSP Póvoa de Santo Adrião – 219 380 200
 Taxis Odivelas – 219804343
 Proteção Civil – 214247100
 Farmácia SMS 68632 – texto: farmácia + código postal
 Equipa Cuidados Continuados Integrados Odivelas – 219380223



Referências Bibliográficas:

- ACS (2011). *Manual de Normas de Enfermagem, Procedimentos Técnicos*. 2ª edição. Lisboa. Consultado a 12-10-2015. Disponível em: http://www.acss.minsaude.pt/Portals/0/MANUAL%20ENFERMAGEM%2015_07_2011.pdf
- Eliopoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontológica*. (A. Y. Yoshitome, A. Thorrel, Trad.) 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed Editora (Gerontological Nursing, 5th Edition, 2001, USA: Lippincott Williams & Wilkins Inc.)
- Ordem dos Enfermeiros (2013) – *Cuidados à pessoa com alterações da mobilidade – posicionamentos, transferências e treino de deambulação*. Guia orientador de boa prática, Cadernos OE, Série 1, nº7;
- Phipps, W.; Sands, J. & Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica*. (H. S. Azevedo, L. C. Leal, N. Diogo, A. P. S. S. Espada, Trad.) 6ª ed. Lusociência: Loures (Medical-Surgical Nursing, Concepts & Clinical Practice, 1999, Mosby Inc.)
- Ravenscroft, P.; Regnard, C.; Cavenagh, J. & Tempest, S. (1997). *Controlo dos Sintomas na Doença Avançada*. Portugal: Editora McGraw-Hill.
- Roach, S. (2003). *Introdução à Enfermagem Gerontológica*. (I. E. Cabral, M.T. Lisboa, Trad.) Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan (Introductory Gerontological Nursing, 2001, U.S.A.: Williams & Williams)
- Smith M. & Kemp G. (2015). Caregiver Stress and Burnout. Tips for Recharging and finding Balance. *HelpGuide.org*. Acedido a 29/10/2015. Disponível em: <http://www.helpguide.org/articles/stress/caregiving-stress-and-burnout.htm>;
- World Health Organization (s.d.) *Caregiver Booklet*. A Guide for patients, family members and community caregivers. Acedido a 1-12-2015. Disponível em: http://applications.emro.who.int/aiecf/IMAI_Caregiver_en.pdf
- World Health Organization (2004). *Palliative Care: Symptom management and end-of-life care. Integrated Management of Adolescent and Adult Illness*. Acedido a 1-12-2015. Disponível em: <http://www.who.int/hiv/pub/imai/generic-palliativecare082004.pdf>.
- World Health Organization (2005). *Caregiver Booklet: Symptom Management and End of Life Care. A Guide for Caregivers*. Acedido a 1-12-2015. Disponível em: http://www.who.int/3by5/publications/documents/caregiver_booklet.pdf.



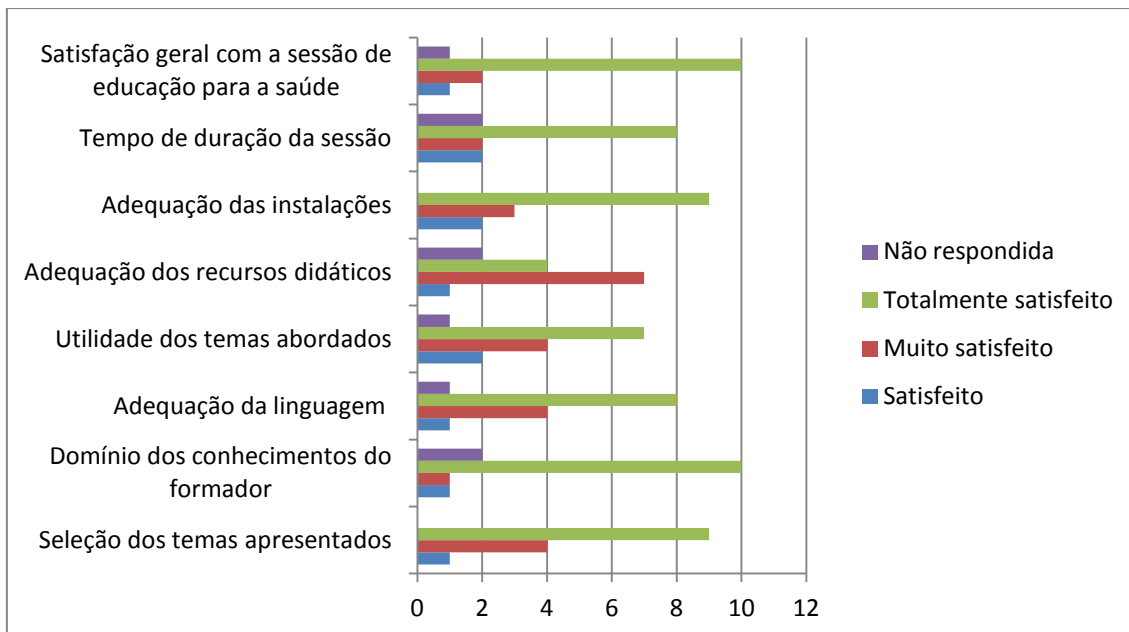
APÊNDICE XXIV – Indicadores de processo das atividades desenvolvidas

Indicadores de processo das atividades desenvolvidas

Atividades	Indicadores de processo
Sessão de Educação para a Saúde: “Mobilização: Posicionamentos e Transferências de Pessoas Dependentes no Domicílio”	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores convidados}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos convidar}} \times 100 = \frac{51}{51} \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores Presentes}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos}} \times 100 = \frac{14}{18} \times 100 = 77,7\%$
1º Encontro do GAM – Cuidador Cuidado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores Convidados}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos convidar}} \times 100 = \frac{28}{28} \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores presentes}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos}} \times 100 = 14 \times 100 = 86\%$
2º Encontro do GAM – Cuidador Cuidado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores Convidados}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos convidar}} \times 100 = \frac{28}{28} \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores Presentes}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos}} \times 100 = \frac{7}{9} \times 100 = 77,7\%$
3º Encontro do GAM – Cuidador Cuidado	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores Convidados}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos convidar}} \times 100 = \frac{28}{28} \times 100 = 100\%$ $\frac{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores Presentes}}{\text{N}^\circ \text{ de cuidadores previstos}} \times 100 = \frac{5}{8} \times 100 = 62,5\%$
Manual do Cuidador	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de manuais distribuidos}}{\text{N}^\circ \text{ manuais previstos distribuir}} \times 100 = \frac{41}{41} \times 100 = 100\%$

**APÊNDICE XXV - Resultados do questionário de satisfação
aplicado aos cuidadores familiares nas intervenções realizadas**

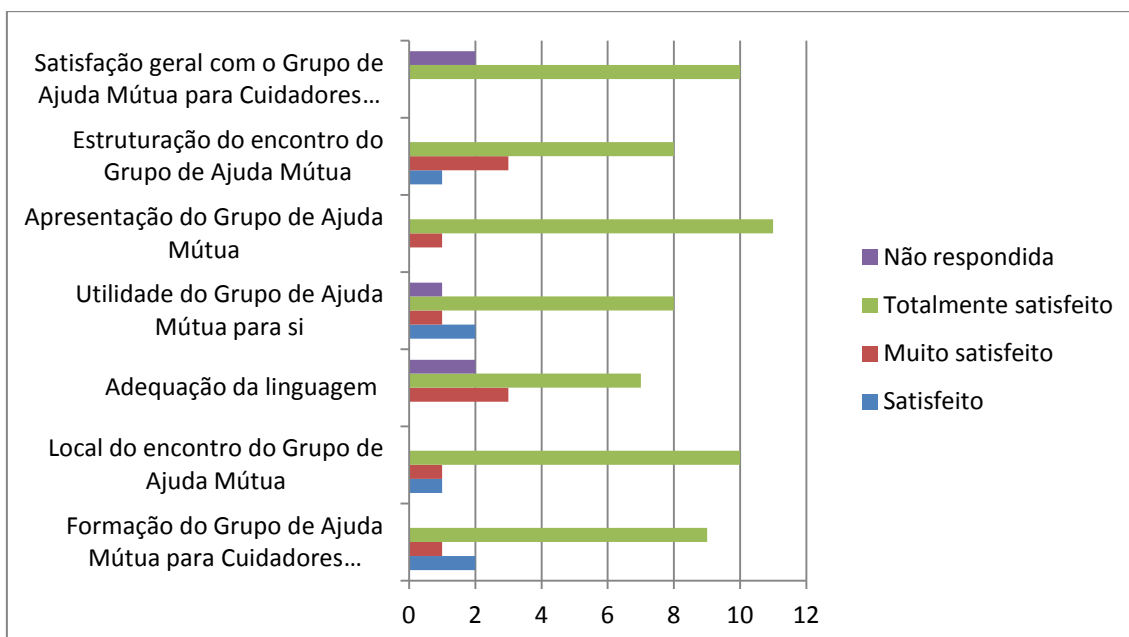
Resultados do questionário de satisfação da sessão de educação para a saúde, aplicado aos cuidadores familiares presentes na sessão



Comentários/ críticas e sugestões

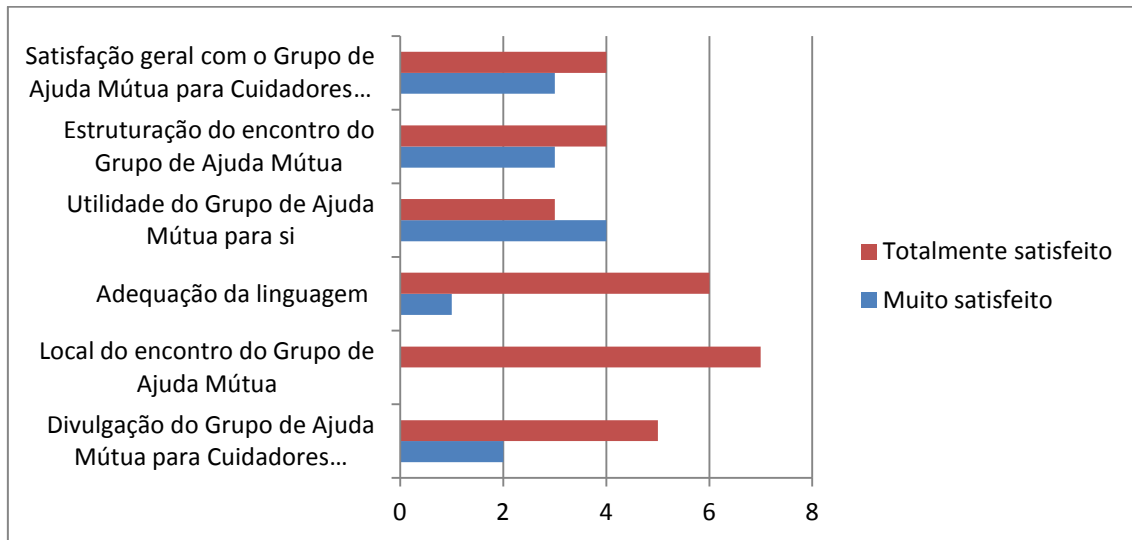
“Sugeria que fizessem mais vezes. Muito Obrigado.”
 “Obrigado mesmo são muito importantes estas sessões porque nos ajudam a melhorar os nossos pouco conhecimentos. Só vos tenho a agradecer. Muitas felicidades.”
 “Formação maravilhosa com profissionais qualificados. Parabéns.”
 “Realizar estas sessões mais vezes.”
 “Gostei muito e adorava continuar.”

Resultados do questionário de satisfação do 1º encontro do GAM, aplicado aos cuidadores familiares presentes no encontro



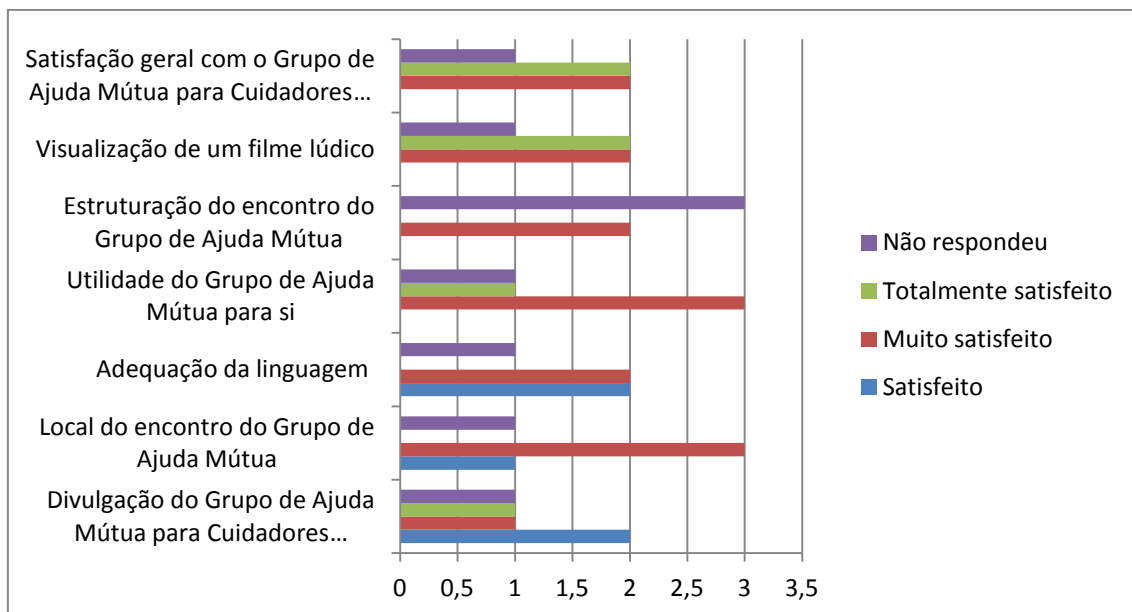
Comentários/ críticas e sugestões
<p>“Muito obrigado pela força que me querem transmitir”; “Foi muito gratificante”; “Continuação das reuniões, são sempre úteis”</p>

Resultados do questionário de satisfação do 2º encontro do GAM, aplicado aos cuidadores familiares presentes no encontro



Comentários/ críticas e sugestões
<p>“Estou muito satisfeita por ter sido criado um grupo com estas características”, “Continuação dos encontros para partilharmos ideias e descontraírmos”.</p>

Resultados do questionário de satisfação do 3º encontro do GAM, aplicado aos cuidadores familiares presentes no encontro



Comentários/ críticas e sugestões
<p>“Estou muito contente com o convívio”.</p>

ANEXOS

**ANEXO I – Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador
(CADI – *Cares'Assessment of Difficulties Index*)**

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

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

O CADI é uma lista de 30 afirmações, feitas por pessoas que prestam cuidados, acerca das dificuldades que enfrentam. Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplicam ao seu caso, colocando o sinal X no espaço que melhor corresponder à sua opinião. A partir das suas respostas poderão ser encontradas formas de apoio à pessoa que presta cuidados.

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

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

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

		Isto acontece no meu caso e sinto que:		
N.º	PRESTAR CUIDADOS PODE SER DIFÍCIL PORQUE:	Não me perturba	Causa-me alguma perturbação	Perturba-me muito

ANEXO II – Índice de Katz

ÍNDICE DE KATZ - Índice de avaliação da dependência nas atividades básicas de vida diárias (Instrumento utilizado na ECCI)

Atividade	Independente (2)	E	A	Ajuda (1)	E	A	Dependente (0)	E	A
Tomar banho	Entra e sai da banheira			Ajuda parcial			Só com ajuda		
Vestir-se	Veste-se em ajuda			Exceto calçado			Só com ajuda		
Ir à casa de banho	Vai à casa de banho sozinho			Vai, com ajuda			Não vai à casa de banho		
Transferência	Deita-se levanta-se e senta-se			Deita-se / levanta-se com ajuda			Não sai da cama		
Continência	Controle completo de esfíncteres			“Acidentes ocasionais”			Fralda ou algália		
Alimentação	Alimenta-se sem ajuda			Exceto cortar a carne			Com ajuda ou sonda		
PONTUAÇÃO									

Score: 0 – totalmente dependente 0-6 Parcialmente Dependente

6-12 Independente

E: Entrada A: Alta