



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Os CUIDADORES INFORMAIS E AS SUAS DIFICULDADES AO CUIDAR NO DOMICÍLIO A

PESSOA EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Paula Manuela Dias de Oliveira

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

Os CUIDADORES INFORMAIS E AS SUAS DIFICULDADES AO CUIDAR NO DOMICÍLIO A

PESSOA EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

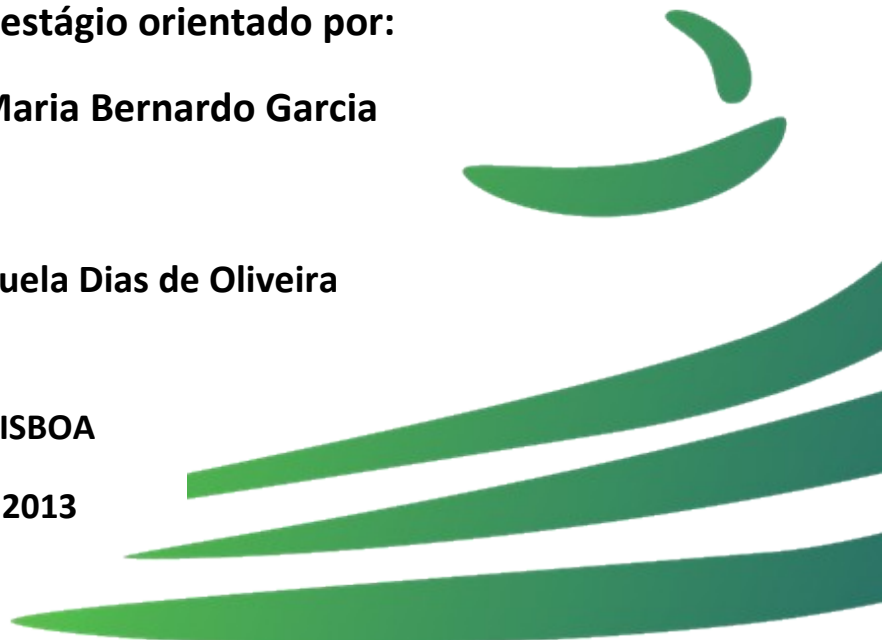
Relatório de estágio orientado por:

Prof. Elisa Maria Bernardo Garcia

Paula Manuela Dias de Oliveira

LISBOA

2013



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

Collière (1999)

AGRADECIMENTOS

Aos cuidadores informais que participaram neste projeto, pela partilha das dificuldades do seu dia a dia ao cuidar da pessoa em situação de dependência no domicílio pois, sem eles não seria possível a sua realização.

À Professora Elisa Garcia pelo apoio e exigência na caminhada percorrida.

Ao Conselho Executivo do Agrupamento de Centros de Saúde de Odivelas-Loures por todas as autorizações necessárias.

À equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados na Comunidade *Nostra* Pontinha pela sua disponibilidade e colaboração durante todo este percurso que permitiram a realização deste estágio de forma enriquecedora.

À Professora Luísa Brito pelo contributo dado na autorização da utilização da sua escala de avaliação das dificuldades dos cuidadores.

Às novas amigadas que criei no curso de Mestrado em enfermagem e antigos amigos, com quem partilhei momentos difíceis, mas sempre me deram apoio, carinho e força para continuar.

A todos os meus familiares que foram essenciais, pelo incentivo e alento para chegar ao fim.

A todos...

MUITO OBRIGADA

LISTA DE SIGLAS:

ACES- Agrupamento de Centros de Saúde

APA – *American Psychological Association*

CADI – *Carers' Assessment of Difficulties Index*

CIPE - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem

DGS - Direção Geral de Saúde

ECCI – Equipas de Cuidados Continuados Integrados

INE - Instituto Nacional de Estatística

MS - Ministério da Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

UCC - Unidades de Cuidados na Comunidade

RESUMO

Com o atual aumento do índice de envelhecimento e índice de dependência na população portuguesa, surge um aumento do número de cuidadores informais. O enfermeiro depara-se com dificuldades sentidas no quotidiano por aqueles que cuidam das pessoas em situação de dependência no autocuidado.

O projeto de intervenção comunitária foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade *Nostra* Pontinha, no concelho de Odivelas. Teve como finalidade contribuir para o processo de capacitação dos cuidadores informais a partir da identificação das suas dificuldades ao cuidar da pessoa dependente no domicílio.

A metodologia utilizada foi o Planeamento em Saúde segundo Imperatori e Giraldes e suportado na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem.

Para a realização do diagnóstico da situação foram utilizados como instrumentos de colheita de dados, um questionário para caracterização sociodemográfica do cuidador e o Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI).

A amostra foi constituída por 40 cuidadores informais, maioritariamente do sexo feminino, na faixa etária dos 61-70 anos, cônjuges da pessoa dependente, com baixa escolaridade (4º ano) e residentes no mesmo domicílio com o familiar dependente.

As dificuldades mais sentidas por parte dos cuidadores foram as exigências de ordem física na prestação de cuidados e os problemas financeiros. Como diagnóstico de enfermagem surgiu o défice de apoio relacionado com a exigência do papel do cuidador informal. Foi utilizada a educação para a saúde como estratégia de intervenção comunitária.

Este projeto foi integrado no programa “Educar para Cuidar” já existente na Unidade de Cuidados na Comunidade *Nostra* Pontinha. A sua realização permitiu contribuir para o processo de capacitação dos cuidadores informais partindo das suas dificuldades, assim como, para o desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem Comunitária.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidador informal, capacitação, dificuldades, enfermagem e comunitária.

ABSTRACT

With the increase in the aging index and dependency ratio which currently occurs in the Portuguese population, comes an increase in the number of informal caregivers. The nurse faces the everyday life difficulties felt by those who care for people in situations of dependency in self-care.

The intervention project was conducted in the Care Unit of the *Nostra* Pontinha Community, Odivelas Municipality. The objective was to contribute to the process of empowerment of informal caregivers from the identification of their difficulties who take care of the dependent person at home.

The methodology used was either the Health Planning according Imperatori and Giraldes and the Self-care deficit theory of Dorothea Orem.

For the diagnosis of the situation were used as instruments for data collection a questionnaire for sociodemographic characteristics of the caregiver and the Carers' Assessment of Difficulties Index (CADI).

The sample was constituted by 40 informal caregivers, mostly female, in the age group of the 61-70 years, spouses of the dependent person, with low educational level (four years of schooling) and be living in the same household of the dependent family member.

As the main heartfelt difficulties both the physical requirement in care given and also the financial problems. Resulting as a nursing diagnosis the lack of support related to the requirement of informal caregivers. Was used role and the health education as a strategy for community intervention.

This project was integrated into the "Educate to Care" Program, already in operation in the Care Unit of the *Nostra* Pontinha Community. Its accomplishment allowed contributing to the process of empowerment of informal caregivers, taking as a starting point the identification of their difficulties, as well as for the development of skills within Community Nursing.

KEYWORDS: Caregiver informal, training, difficulties and community nursing

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO	14
1.1 Cuidadores informais	16
1.2 Papel do cuidador	18
1.3 Dificuldades dos cuidadores informais	21
1.4 Intervenção de Enfermagem Comunitária	23
1.4.1 Teoria do Défice do Autocuidado	25
2. METODOLOGIA	28
2.1 Finalidade e Objetivos	28
2.2 Diagnóstico da situação	30
2.2.1 Contextualização do local de Intervenção	30
2.2.2 População e amostra.....	29
2.2.3 Instrumentos e Técnicas de Colheitas de Dados	30
2.2.4 Tratamento de dados e Resultados	32
2.2.5 Diagnósticos de Enfermagem	37
2.3 Definição de prioridades.....	39
2.4 Fixação de objetivos.....	40
2.5 Seleção de Estratégias.....	44
2.6 Elaboração de programas e projetos	46
2.7 Execução Operacional	48
2.8 Avaliação.....	51
3. LIMITAÇÕES E CONSTRANGIMENTOS	54
4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	55
5. CONCLUSÃO.....	56
5.1 Implicações para a prática de enfermagem e sugestões	56
5.2. Competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária.....	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ANEXOS

Anexo I - O diagrama da Teoria do Défice do Autocuidado (Dorothea Orem)

Anexo II- Zona Geográfica de intervenção da UCC Nostra Pontinha

Anexo III- Índice de envelhecimento e o índice de dependência do concelho Odivelas, Loures e Portugal

Anexo IV- Escala CADI validada na população Portuguesa pela Prof. Luísa Brito

Anexo VI - Autorização da utilização do instrumento CADI validado na população portuguesa pela Prof. Luisa Brito

Anexo V - Distribuição dos itens pelas dimensões do instrumento CADI

Anexo VI- Autorização da utilização do instrumento CADI pela Prof. Luísa Brito por correio eletrónico

Anexo VII- Autorização do projeto de intervenção no local de estágio ACES Odivelas e a divulgação do nome da instituição no presente trabalho, por via email

APÊNDICES

Apêndice I- Cronogramas das diferentes etapas da metodologia do planeamento da saúde

Apêndice II- Carta enviada por correio e email ao conselho vogal para a realização do projeto de intervenção no ACES Loures Odivelas (UCC Nostra Pontinha)

Apêndice III- Questionário da caracterização sociodemográfico dos cuidadores informais

Apêndice IV- Declaração do consentimento informado da participação dos cuidadores informais

Apêndice V- Gráficos dos resultados da caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais

Apêndice VI- Resultados do instrumento CADI por dimensões aos cuidadores informais (frequências absolutas e relativas)

Apêndice VII- Cronograma das atividades concretizadas

Apêndice VIII- A descrição das diferentes atividades

Apêndice IX- Diapositivos da primeira sessão com a equipa da UCC

Apêndice X- Diapositivos e o folheto informativo da primeira sessão aos cuidadores informais- Mobilidade: posicionamentos e transferências

Apêndice XI- Exemplar do Manual prático para os cuidadores informais

Apêndice XII- Diapositivos da segunda sessão com os cuidadores informais e os folhetos informativos- Alimentação e eliminação da pessoa dependente

Apêndice XIII- Diapositivos da segunda sessão com a equipa da UCC

Apêndice XIV- Questionário de apreciação e resultados da primeira sessão com a equipa da UCC

Apêndice XV- Questionário de apreciação e resultados da primeira sessão com os cuidadores informais

Apêndice XVI- Questionário de apreciação do manual do cuidador e resultados com a equipa da UCC

Apêndice XVII- Questionário de apreciação e resultados da segunda sessão com os cuidadores informais

Apêndice XVIII- Questionário de apreciação e resultados da segunda sessão com a equipa da UCC

Apêndice XIX- Questionário aplicado aos cuidadores informais no final das atividades – CADI na dimensão exigências de ordem física na prestação

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. As dimensões resultantes da aplicação do CADI	37
Gráfico 2. Dificuldades que os cuidadores apresentam na primeira e na segunda aplicação do CADI na dimensão exigências de ordem física na prestação	53

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Caraterização dos cuidadores informais.....	34
Quadro 2. Distribuição das frequências absolutas e relativas das dimensões do CADI.....	35
Quadro 3. Diagnósticos de enfermagem segundo a Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem e a CIPE (versão 2).	38
Quadro 4. Definição de prioridades segundo o método de Hanlon	40
Quadro 5. Itens descritos na dimensão exigências de ordem física na prestação associados aos requisitos do autocuidado e défices:.....	41
Quadro 6. Objetivo geral, objetivos específicos e metas	43
Quadro 7. Estratégia e atividades concretizadas no projeto	48
Quadro 8. Avaliação das diferentes atividades e indicadores	51
Quadro 9. Objetivos específicos, metas e respetivas avaliações	52

INTRODUÇÃO

Os progressos da medicina bem como a melhoria das condições de vida da população, tornaram possível o aumento da esperança de vida da maior parte dos indivíduos e conseqüentemente levaram ao aumento do número de idosos na população (Barreto, 2005).

Este envelhecimento demográfico e as alterações do padrão epidemiológico determinam novas necessidades em saúde (Imaginário, 2008). Em Portugal, estima-se que em 2050 os idosos atinjam 32% do total da população (INE, 2011).

O envelhecimento da população, associado à dependência da pessoa, contribuiu para um aumento do número de cuidadores informais, constituindo assim um novo grupo-alvo de atenção nos cuidados de saúde. O Plano Nacional de Saúde (PNS) (2011), salienta que a responsabilidade pela promoção da saúde cabe a todos incluindo os cuidadores, deste modo os profissionais de saúde devem estimular ativamente o seu papel.

Neste contexto, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária é o profissional que melhor atuará na promoção do autocuidado deste grupo, pelas suas competências específicas em estabelecer com base na metodologia do planeamento em saúde a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e posteriormente delinear estratégias de intervenção.

Cuidar de alguém representa um desafio que exige que o cuidador altere as suas rotinas diárias, e assuma novos papéis e responsabilidades, provocando desgaste físico, mental e encargos financeiros, entre outros (Sequeira, 2010).

O projeto de intervenção comunitária foi realizado na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) Nostra Pontinha, tendo em conta as dificuldades dos cuidadores informais e a minha motivação pessoal. Teve como finalidade, contribuir para o processo de capacitação dos cuidadores informais a partir das suas dificuldades ao cuidar da pessoa dependente no domicílio na UCC *Nostra Pontinha*.

Para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, suportou-se o projeto na metodologia do planeamento em saúde segundo Imperatori e Giraldes (1982) e na Teoria do Défice Autocuidado de Dorothea Orem.

Assim, para a delimitação do foco de intervenção foi realizada uma pesquisa de acordo com a base de dados Scielo, B-on, EBSCOhost e bibliográfica, onde constavam as palavras-chave: cuidador informal, capacitação, dificuldades e enfermagem comunitária com o objetivo de procurar a melhor evidência científica.

O presente relatório encontra-se dividido em cinco partes que pretendem descrever, analisar e avaliar as atividades desenvolvidas, assim como as competências adquiridas ao longo do projeto de intervenção comunitária. A primeira parte é constituída pela justificação do projeto. O segundo capítulo refere-se à metodologia, seguida das limitações e constrangimentos, as considerações éticas e por fim as conclusões.

A elaboração deste trabalho foi redigida ao abrigo do novo Acordo Ortográfico e da norma APA disponível no documento orientador da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, segundo Godinho (2012).

1. JUSTIFICAÇÃO DO PROJETO

Em Portugal as projeções sobre a população portuguesa sugerem um aumento continuado do envelhecimento da população, onde a proporção da população idosa, com 65 ou mais anos, representam cerca de 19% da população total (INE, 2011).

O envelhecimento demográfico é uma realidade nova na história das populações das sociedades industrializadas e indicam que a tendência é acentuada (Imaginário, 2008; Figueiredo, 2007). As alterações demográficas, a redução da taxa de natalidade e o aumento da esperança média de vida, “traduzem-se atualmente na existência de uma população cada vez mais idosa, com um correspondente acréscimo de situações de dependência que criam novas necessidades de prestação de cuidados” (Ramos, 2012, p. 20).

Paúl (1997) refere que as pessoas vivem mais anos mas frequentemente acompanhadas de incapacidade e patologias múltiplas. Por esse motivo o envelhecimento da população tem sido um assunto amplamente debatido sob várias perspetivas. Consta-se que é nas faixas etárias acima dos 65 anos que se encontram um maior número de indivíduos em situação de dependência (Lopes, 2007).

É comum a utilização da idade cronológica para definir a pessoa idosa, mas este conceito vai para além desse critério, pois é difícil traduzir a dimensão biológica, física, psicológica, social e espiritual da pessoa (Henriques, 2013).

No entanto, a idade avançada traz consigo fragilidade e, por consequência, mais doença, tanto física como psíquica, e a sociedade não parece preparada para dar uma resposta adequada aos inúmeros problemas que surgem nos mais variados setores, tanto no domínio sanitário como económico-social que daí resultam (Barreto, 2005).

A incapacidade para realizar algumas atividades como a mobilidade básica, alimentação e higiene pessoal conduzem à dependência (Pereira e Figueiras, 2009), esta é definida no Dec. Lei nº 101 (2006, p.3857) como a “situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual (...) não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária”. Este conceito está relacionado com a incapacidade da pessoa para a satisfação das necessidades humanas básicas, pois uma pessoa dependente precisa de ajuda de terceiros para sobreviver. Assim, a dependência surge como resultado do aparecimento de um déficit, que limita a atividade, em termos da funcionalidade da pessoa, em consequência de um processo patológico ou acidente (Sequeira, 2010).

Ainda:

nas situações de perda de autonomia para o autocuidado, as pessoas recebem essencialmente apoio dos familiares e das pessoas mais chegadas, sendo que cerca de 88% do tempo empregue no cuidado de saúde é oferecido como assistência informal, frente a 12% do tempo dedicado pelo sistema formal, incluindo o público e o privado (Del Rey e Alvear ,1995 citado por Andrade, 2009,p. 46)

Sequeira (2010), refere que o aumento da longevidade na sociedade atual coloca novos desafios, em diversos domínios, destacando o da saúde e da prestação de cuidados. A saúde constitui um recurso essencial para o idoso obter um envelhecimento normal, visto que o avançar da idade implica maior probabilidade de surgir doença e conseqüentemente aumenta o índice de dependência com necessidades acrescidas de cuidados formais e informais, sendo que “80% dos cuidados domiciliários prestados a pessoas idosas com problemas funcionais são prestados por familiares” (Paúl, 1997,p.47).

Lage (2007) refere que no contexto atual, em que as políticas sociais e de saúde se encaminham para a manutenção das pessoas no seu domicílio, o cuidado informal assume particular relevância pela manifesta insuficiência e inadequação dos serviços de saúde e sociais na resolução das dificuldades das famílias. Os cuidados prestados pelas famílias nem sempre cobrem o conjunto de necessidades que contribuem para a saúde e bem-estar da pessoa dependente, para que se lhes possa proporcionar um suporte psicológico, emocional e cuidados nas atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Segundo o Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) (2011), foram criadas as UCC de forma a responder em regime ambulatorio para as dificuldades da população. Ainda estas unidades correspondem a um conjunto de intervenções ao nível terapêutico e de apoio social com o objetivo de promover a reabilitação, readaptação e reinserção familiar (Lemos, 2012), de forma a minimizar as dificuldades dos cuidadores. No entanto, “continuam a ser em número insuficiente” para as necessidades da comunidade (OPSS, 2013, p. 78).

Na atualidade as UCC apresentam “constrangimentos relacionados com a ausência de investimento nestas unidades (...) e incapacidade da administração em criar centros de custos e em contratualizar com estas unidades” (OPSS, 2013, p.76), por outro lado, a criação de Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) de grandes dimensões impede “a qualidade dos cuidados, agravando a perda de proximidade” (OPSS, 2013, p.76).

Este capítulo é constituído pela primeira parte sobre os cuidadores informais, o papel do cuidador, as dificuldades sentidas por parte destes e por fim, a intervenção de enfermagem comunitária.

1.1 Cuidadores informais

O significado de família tem evoluído nos últimos tempos, pois este conceito incide nas estruturas, nas funções, nos papéis, nas representações e nas relações (Sarmiento, Pinto e Monteiro 2010). Tradicionalmente a família é representada de forma idealizada, constituída por filhos e pais (Marques, 2007).

Kozier et al (1993) citado por Marques (2007, p. 53) menciona que a família é composta por “duas ou mais pessoas que estão emocionalmente relacionadas entre si e cuja implicação emocional é demonstrada por atenção e pelo compromisso por um objetivo comum”.

Assim, consideramos que a família “representa um grupo de indivíduos que vivem junto ou em íntimo contacto, que fornece cuidados, apoio, sustento e orientação aos membros que deles dependem” (Rice, 2004, p. 49).

A forma como a família desempenha as suas responsabilidades no cuidar dos seus membros é influenciada por fatores tais como: estrutura, divisão, repartição do

trabalho e o estatuto socioeconómico (Stanhope e Lancaster, 2010). No entanto, a sociedade tradicional existia um pacto entre gerações, segundo o qual os adultos investiam nos seus filhos na expectativa que estes os apoiassem quando precisassem. Nas sociedades atuais esse pacto tácito não desaparece, mas passa por um processo que assume novas configurações, segundo Araújo (2010), citando Pimentel (2005).

O cuidador é uma “pessoa que se caracteriza pelo envolvimento com o outro, vivendo uma contínua experiência de aprendizagem e descoberta das potencialidades mútuas” (Lemos, 2012,p.18).

Por outro lado, o cuidador informal é definido:

como a pessoa familiar ou não, que proporciona a maior parte dos cuidados e apoio diário a quem sofre de uma doença ou requer ajuda para desenvolver as suas atividades de vida diária, sem receber qualquer remuneração económica por isso (Augusto, 2005,p.16).

Ainda Schumacher, Beck e Marren (2006) referem que a distinção entre um cuidador formal ou informal é a remuneração pelos cuidados. Sequeira (2010,p.157) acrescenta que o “familiar prestador de cuidados” é o agente que presta cuidados de forma informal.

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006, p.61) “a tradição cultural portuguesa atribui às famílias, particularmente aos seus membros do sexo feminino, a responsabilidade de cuidar”.

Os cuidadores informais que prestam cuidados à pessoa em situação de dependência são geralmente membros da família ou comunidade, mulheres (mãe, filha, nora, esposa, neta), sem atividade profissional ativa, com habilitações literárias de baixo grau de instrução, de meia-idade (Shumacher, Beck e Marren, 2006), que prestam cuidados de forma parcial ou integral, as pessoas com dificuldades ou incapacitadas de se autocuidarem (Martins, 2002; Marques 2007; Sarmiento, Pinto e Monteiro, 2010). Segundo Karsch (2003) normalmente vivem juntos com a pessoa dependente e apresentam uma proximidade afetiva (conjugal, pais e filhos).

Segundo Ramos (2012) citando Brito (2002, p. 32), afirma que “praticamente todos os estudos apontam para o facto de a maior parte dos cuidados (...) serem prestados pelas filhas”, a seguir pelas noras, as esposas, e só depois outro tipo de

parentesco. Acrescenta que a maioria dos cuidadores “são pessoas casadas, com idades compreendidas entre os 45 e os 69 anos, com baixo nível de escolaridade, sem emprego remunerado e vivendo no mesmo domicílio da pessoa dependente”.

Sequeira (2010) advoga que a responsabilidade pelo cuidado recai habitualmente sobre os familiares mais próximos ao declarar que a maioria dos cuidadores de idosos dependentes são conjugues ou filhas, contudo, relativamente à idade desses cuidadores, refere que mais de metade tem idades superiores a 60 anos.

Nas famílias uni geracionais, “a ajuda é prestada pelo conjugue, muitas vezes ele próprio um idoso dependente, simultaneamente produtor e beneficiário de cuidados” (Paúl e Fonseca, 2005, p.207). Porém, Figueiredo (2007) refere que o papel de cuidador é assumido cada vez mais por elementos do sexo masculino. Os amigos e vizinhos raramente são cuidadores primários (Lage, 2007).

Assim, o termo **cuidador informal** inclui todos os cuidadores não profissionais, como familiares, amigos, vizinhos, membros de uma comunidade religiosa ou outra (Marques, 2007), e é definido como

toda a pessoa que assume, como função, a assistência a uma outra pessoa que, por razões tipologicamente diferenciadas, foi atingido por uma incapacidade, de grau variável, que não lhe permite cumprir, sem ajuda de outro, todos os atos imprescindíveis à sua existência enquanto ser humano (Ramos, 2012, p. 64).

1.2 Papel do cuidador

O papel do cuidador informal é algo complexo, atendendo ao número excessivo das funções com os quais se confronta. O desempenho do papel do cuidador depende do tipo ou frequência das necessidades dos cuidados, a circunstância em que a pessoa dependente está incluída e o contexto do próprio cuidador (Sequeira, 2010).

No entanto, os cuidadores desempenham um papel central e inquestionável de suporte a pessoas dependentes que necessitam de cuidados e ajuda durante uma fase ou para o resto da sua vida.

Sequeira (2010) afirma que a família é o grupo primário básico de apoio, com o papel mais relevante no cuidado a longo prazo, sendo o cuidador informal habitualmente um membro da família, muito próximo da pessoa dependente, que na

maioria das vezes se responsabiliza de forma direta pela totalidade dos cuidados (Sequeira, 2007).

Estes podem desempenhar papéis primários, secundários e terciários. O cuidador principal ou primário é definido como:

aquela pessoa que realiza mais de metade das tarefas relativas ao transporte, às lides domésticas, à preparação de comidas, às lavagens de roupa, aos cuidados pessoais e/ou de suporte financeiro (incluindo o aluguer de habitação e similares gestões não monetárias), e em que o indivíduo afetado seja dependente (Martins, 2005, p.184).

O cuidador primário ou principal assume a responsabilidade pelo cuidado da pessoa dependente, prestando a maior parte dos cuidados diretos (Schumacher, Beck e Marren, 2006; Sequeira, 2010; Martins, 2005; Neri e Carvalho, 2002).

Os cuidadores secundários dedicam-se a cuidados indiretos, ou seja, ajudam na prestação de cuidados de forma ocasional ou regular, que habitualmente dão apoio ao cuidador principal (Neri e Carvalho, 2002; Schumacher, Beck e Marren, 2006; Sequeira, 2010).

Independentemente do tipo de cuidador informal, seja ele principal ou secundário, com mais ou menos experiência no âmbito do cuidar, todos apresentam um papel relevante no suporte de apoio à prestação de cuidados da pessoa idosa dependente no domicílio, contudo, os amigos e vizinhos apenas assumem a responsabilidade pelo cuidar em situações pontuais, devido á inexistência de família ou quando não existe nenhum elemento capaz de assumir o papel de cuidador (Sequeira, 2007).

Por fim, os cuidadores terciários apenas assumem o cuidado da pessoa em situações de emergência, não possuindo qualquer responsabilidade na prestação de cuidados (Neri e Carvalho, 2002; Schumacher, Beck e Marren, 2006; Sequeira, 2010).

Um estudo realizado por Andrade (2009b), refere que o cuidador não escolhe este papel, nem todos o fazem de livre vontade ou segundo uma escolha consciente, são igualmente influenciados por forças institucionais e as suas bases normativas (relação de parentesco/consanguinidade, consenso familiar, ser mulher e estar em casa), em que as famílias tentam otimizar a sua produtividade, elegendo um elemento. Porém, a mesma autora salienta que os cuidadores encararam a entrada

no papel como sendo da sua própria responsabilidade, mantendo o seu dever moral, marital ou filial sem, muitas vezes, terem a noção do que os espera.

O papel do cuidador poderá passar pelo apoio em termos de informação e orientação, apoio emocional e apoio instrumental (Sequeira, 2010).

De acordo com o mesmo autor o desempenho do papel de cuidador informal pode assumir ao nível instrumental, diversas formas como: a preocupação (surge em situações em que existe possibilidade de a pessoa dependente não desempenhar corretamente uma tarefa e daí advirem consequências negativas para a sua saúde); a supervisão (quando a dificuldade no desempenho de uma tarefa exige vigilância); a orientação (quando a existência de uma incapacidade implica a necessidade de ajuda no sentido de lhe dizer como fazer); a ajuda parcial (implica a substituição parcial em uma tarefa, quando é necessário apoio complementar na realização de determinada função) e a substituição (a partir de o momento em que existe incapacidade total para o desempenho de uma tarefa, de modo a proporcionar o máximo bem-estar).

Sequeira (2010, p.179), define o apoio emocional como “relacionar-se com o outro, possibilitar a partilha das suas emoções, dos seus pontos de vista”. Este apoio de carácter afetivo é considerado fundamental para a manutenção da auto-estima da pessoa dependente.

Por fim, o apoio em termos de informação e orientação passará pela tarefa de “ajudar a pessoa a obter conhecimentos para facilitar a prestação de cuidados, orientar para a resolução de problemas concretos e estratégias a adotar para «lidar com»” (Sequeira, 2010, p. 179).

Porém, Figueiredo (2007) refere que os papéis desempenhados pelos cuidadores informais são divididos pelo apoio nas atividades básicas, entre elas, os cuidados de higiene pessoal, apoio ao vestir, na mobilidade e alimentação e nas atividades instrumentais de vida diária, concretamente no transporte, compras, tarefas domésticas, preparação de refeições, gestão financeira, administração de medicamentos.

1.3 Dificuldades dos cuidadores informais

Inquestionáveis são as necessidades das pessoas em situação de dependência, no entanto, tão importantes como estas são as dificuldades sentidas por parte de quem lhes presta cuidados. Campos, Maia, Roncha e Gouveia (2009) realizaram um estudo onde definiram as necessidades e dificuldades associadas ao papel do cuidador, que foram divididas por quatro principais domínios: informacional, instrumental, emocional e grupos de apoio.

Também Lopes (2007) considerou vários tipos de necessidades e dificuldades vividas pelos cuidadores: as necessidades instrumentais, as necessidades de orientações dadas pelos técnicos de saúde e os sentimentos vividos perante a situação de dependência do seu familiar.

As dificuldades são definidas como “uma qualidade do que é difícil, do que torna alguma coisa árdua. Aquilo que impede de se atingir, realizar, compreender rapidamente alguma coisa” (Dicionário da língua portuguesa contemporâneo, 2001, p.56).

Assim, as dificuldades dos cuidadores dependem de vários fatores, tais como o contexto da pessoa dependente, o contexto do próprio cuidador e o meio envolvente (Neri e Carvalho, 2002).

Quanto ao contexto da pessoa dependente, os fatores são a história de vida, o tipo de relação existente, a personalidade, os recursos económicos, a idade, a religião, o sexo e a educação. Por sua vez, no contexto do cuidador depende da idade do próprio, dos rendimentos, da escolaridade, da personalidade, da história de vida, do tipo de relação com a pessoa, dos recursos pessoais, dos objetivos de vida, da composição familiar, da disponibilidade, da saúde física e mental, do grau de parentesco, da atividade profissional, da capacidade de relacionamentos, da classe social, das relações familiares, da capacidade de resolução de problemas e das aptidões pessoais. Por fim, o meio envolvente corresponde às redes de apoio existentes, do tipo de residência, dos recursos comunitários, da cultura, da legislação, da valorização social do cuidar, do contexto do cuidado e do apoio familiar, amigos e vizinhos (Neri e Carvalho, 2002).

Cuidar da pessoa dependente requer por parte do cuidador uma grande disponibilidade, implica também estar com o outro, isto é, disponibilidade física e

psicológica. Com a organização familiar a girar em torno da pessoa que está a ser cuidada, os outros elementos da família passam a ocupar um plano secundário, esta dificuldade é sentida pela maioria dos cuidadores (Brito, 2002; Figueiredo, 2007; Imaginário, 2008; Sarmiento, Pinto e Monteiro, 2010).

Neste sentido, pode dizer-se que exige interação com os diversos fatores referidos anteriormente, que podem levar ao aumento de dificuldades do cuidador. Abrange dificuldades ao nível físico, psicológico, social e financeiro que conduzem à tensão no desempenho de papéis (Paúl e Fonseca, 2005).

Assim, ser cuidador é algo complexo e dinâmico, devido às constantes variações, dificuldades, sentimentos, evolução do grau de dependência, contexto familiar, redes de apoio, crenças e sobretudo, devido à forma como o cuidador faz a gestão de todo o processo (Lemos, 2012 citando Brito, 2002).

Os próprios cuidadores utilizam a palavra “Fardo” para descrever os seus papéis, funções e responsabilidades na sua vida. As grandes alterações sofridas no seio familiar são o stresse com que lidam constantemente, as alterações nas rotinas domésticas, os constrangimentos das relações sociais, a perda de oportunidades de lazer e as condições económicas reduzidas por serem prejudicados no emprego de forma a darem resposta às dificuldades acrescidas (Ellenbogen, Meade, Jackson e Barrett (2006); Araújo, Paúl e Martins (2009) e Stengard (2003)).

A prestação de cuidados implica que muitas vezes o cuidador apenas se centre na pessoa que cuida, levando-o à diminuição dos contactos e ao isolamento (Sequeira, 2010). A saúde deste é também afetada pelo esforço físico, agitação da pessoa dependente, agressividade, deambulação e dificuldades no contacto (Lemos, 2012). E os custos económicos aumentam e são suportados pelo próprio cuidador (Sequeira, 2010).

As dificuldades dos cuidadores de acordo com Brito (2002) citando Nolan, Grant e Keady (1998), são agrupadas em oito dimensões: problemas relacionados com a pessoa dependente; reação à prestação dos cuidados; exigências de ordem física na prestação; restrições na vida social; deficiente apoio familiar; deficiente apoio profissional; problemas financeiros e outros aspetos.

Posteriormente, os estudos realizados por Lemos (2012), Marques (2007) e Ramos (2012) e Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010) identificaram as mesmas dificuldades

entre os cuidadores com pessoas dependentes em contexto domiciliário. Também detetaram ainda que a informação deveria ser transmitida para os cuidadores, uma vez que, estes obtinham conhecimentos facilitadores do processo do cuidar.

Para colmatar as dificuldades, os cuidadores têm de superar algumas necessidades. Essas necessidades podem ser agrupadas em ajudas práticas e técnicas (ao apoio nas tarefas domésticas, a preparação das refeições e o apoio na higiene); apoio financeiro (despesas médicas e equipamentos); apoio psicossocial (ter alguém com quem falar acerca das experiências, dificuldades, preocupações); tempo livre (muitas vezes dispensada levando a exaustão familiar); informação (à necessidade de ter conhecimento acerca de subsídios, serviços disponíveis e direitos) e de formação (aquisição de conhecimentos práticos e conhecimentos sobre a doença e a dependência) (Figueiredo, 2007).

1.4 Intervenção de Enfermagem Comunitária

Na atualidade defende-se que os cuidados de enfermagem devem ser baseados na prática baseada em evidência, pois só com conhecimentos sólidos e rigorosos sustentados na investigação é que os enfermeiros podem prestar cuidados de qualidade e responderem às necessidades sentidas pelo indivíduo, grupo e comunidade (Taylor, 2012); (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2011).

A OE (2006), definiu quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem: adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão, educação para a saúde na aprendizagem de capacidades, estratégias inovadoras de inovação e liderança e formação em enfermagem no desenvolvimento de competências. Assim, as dificuldades dos cuidadores devem ser consideradas e tomadas em conta no planeamento por parte dos profissionais de saúde. Um estudo efetuado por Sen e Yurtsever (2007), descreve que as dificuldades dos cuidadores não têm sido adequadamente identificadas, pois mais de metade das famílias manifestaram que o apoio que recebiam era insuficiente.

A Enfermagem Comunitária é definida como “a prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos ao longo do seu ciclo de vida e desenvolve-se em

diferentes locais da comunidade” (Correia, Dias, Coelho, Page e Vitorino, 2001, p.76).

Neste contexto, Garcia (2009) defende que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos ao cuidador principal ou à pessoa que possui maior capacidade e disponibilidade para desempenhar o papel de cuidador, se não a eficácia dos mesmos pode ficar comprometida. Da mesma forma, todas as intervenções de enfermagem devem estar adequadas às potencialidades e dificuldades da díade utente e prestador de cuidados.

Os cuidados de enfermagem devem proporcionar à pessoa e a cada família maior qualidade de cuidados. Esses cuidados não são alheias às mudanças e progressos ocorridos na família e na sociedade nos últimos tempos, tais como as alterações no perfil das famílias, às mudanças demográficas, às alterações das políticas de saúde e ao aumento da prevalência de doenças crónicas (Araújo, 2010 citando WHO, 2000; Sarmiento, Pinto e Monteiro, 2010).

Assim, o enfermeiro que presta cuidados deve interagir com situações que apoiem não só a pessoa dependente mas também a família. O enfermeiro deve avaliar e promover a saúde dos cuidadores, identificar os seus recursos e potencialidades (Araújo, 2010 citando Hanson, 2005 e Wright, Leahey, 2009; Figueiredo, 2012).

Para que o cuidador possa cuidar da pessoa dependente, necessita de ser apoiado diretamente na prestação dos cuidados, assim como, ao nível da informação e orientação para a prestação de cuidados pois manifestam dificuldades em compreender a linguagem dos profissionais de saúde e em reter a informação oral transmitida (Sequeira, 2010). Essa situação pode ocorrer pelo cansaço e ansiedade que os cuidadores vivenciam, nesse sentido é importante que os profissionais de saúde tenham a preocupação de complementar a informação oral com a escrita, para que mais tarde os familiares se possam recorrer da mesma (Moreira, 2001), (Sequeira, 2010).

Neste sentido, a importância do processo de capacitação de grupos e comunidades, é um dos objetivos do exercício profissional de enfermagem, ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2011).

Assim na promoção de saúde, a capacitação significa

atuar em parceria com indivíduos ou grupos para obter o seu empoderamento para a saúde através da mobilização de recursos humanos materiais, facultando o acesso às informações de saúde, facilitando o desenvolvimento de competências pessoais e apoiando...a fim de promover e proteger a sua saúde (OE, 2011,p. 13).

Logo, o conhecimento por parte dos profissionais de saúde, sobre as dificuldades e modalidades utilizadas pelos prestadores de cuidados, permite planejar as intervenções, assim como ajudá-los a desenvolver estratégias para a abordagem da situação (Brito, 2002). Também Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010), ressaltam que os enfermeiros com um maior conhecimento sobre as dificuldades dos cuidadores, promovem recursos mais adequados para os seus problemas. Consideram que a intervenção de enfermagem comunitária deve reduzir o impacto da dependência nas famílias, fornecer informação, estabelecer metas concretas, disponibilizar um manual de serviços da comunidade para ajudar as famílias a manter as pessoas dependentes no seu ambiente familiar e social e desenvolver cuidados de saúde dentro de uma equipa interdisciplinar, recorrendo aos diferentes saberes existentes na comunidade.

Para a implementação deste projeto e estratégias de intervenção de enfermagem comunitária junto dos cuidadores informais, tivemos como suporte teórico a Teoria do Défice de Autocuidado de Orem.

1.4.1 Teoria do Défice do Autocuidado

Tendo em conta o foco de intervenção, os cuidadores informais que cuidam da pessoa dependente no domicílio, mobilizaram-se os conceitos básicos da Teoria do Défice de Autocuidado de Orem.

A teoria do autocuidado é definida como a atividade que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Ação de autocuidado é a capacidade do homem promover o seu autocuidado. Os fatores que interferem no autocuidado são: idade; o sexo; o estado de desenvolvimento; o estado de saúde; a orientação sócio-cultural e os fatores do sistema de atendimento de saúde.

Para Orem (1993), o conceito de autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da

saúde e do bem-estar. Segundo Petronilho (2012, p.18), o autocuidado “refere-se a um processo de manutenção da saúde e gestão da doença através de práticas positivas”. Essas práticas são vistas como “reflexo dos estilos individuais e adaptações específicas às histórias de vida pessoais, às circunstâncias atuais e às expectativas de futuro” (Backman e Juntunen, 1999 citado por Petronilho, 2012,p.18). Tem como propósito, as ações que seguindo um modelo, contribui de maneira específica, na integridade, nas funções e no desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos através de ações denominadas requisitos de autocuidado. Orem (1993) identificou requisitos de autocuidado como necessidades de grupo que desenvolve e otimiza a dependência nas pessoas com défices. Os requisitos são: universais (aqueles que todos têm); desenvolvimento do autocuidado (aqueles que são relacionados com o desenvolvimento individual) e o desvio de saúde (aqueles resultantes de condições dos indivíduos com défices de autocuidado).

Para complementar o conceito de autocuidado aborda a sua teoria do déficit do autocuidado na enfermagem como uma teoria geral composta de três teorias relacionadas (em anexo I), a Teoria do autocuidado, a Teoria do déficit de autocuidado e a Teoria dos sistemas de enfermagem

Quando as “necessidades são superiores à capacidade do indivíduo autocuidar-se” (Petronilho,2012,p.24), surge a teoria do déficit de autocuidado. Pois o ser humano tem limitações para promover o seu autocuidado, necessitando de outros. As pessoas que apresentam déficit no seu autocuidado, expõem “uma necessidade crescente de cuidados de outrem” (Sequeira, 2010,p. 153).

É nesta altura que os “enfermeiros intervêm no sentido de minimizar os efeitos desse déficit” (Petronilho,p.25). Neste sentido, a teoria dos sistemas de enfermagem é definida como a relação estabelecida entre a enfermeira e o utente. As três classificações de sistema de enfermagem proposto por Orem (1993) são, o sistema totalmente compensatório, quando o ser humano está incapaz de cuidar de si mesmo, e a enfermeira o assiste, substituindo-o, sendo suficiente para ele. O sistema parcialmente compensatório, quando a enfermeira e o indivíduo participam na realização de ações terapêuticas de autocuidado. Por outro lado, o sistema de apoio de educação é quando o indivíduo necessita de ajuda na forma de apoio, orientação e ensino.

Segundo Orem (1993,p. 49), “quando existe um desvio de saúde normalmente está associado uma exigência de autocuidado”, no sentido de recuperar ou controlar a saúde e bem-estar. Este modelo conceptual contempla cinco métodos de ajuda para contribuir no autocuidado: 1) agir ou fazer para o outro; 2) guiar o outro; 3) apoiar o outro (física ou psicologicamente); 4) proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal e 5) ensinar o outro (Orem, 1993, p.10).

2. METODOLOGIA

A metodologia torna-se imprescindível a qualquer trabalho, segundo Gil (2006,p.26), define método como “um conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para se atingir o conhecimento”. Ainda acrescenta que a palavra metodologia vem do grego *methodos* (meta+hodós) significando “caminho para se chegar a um fim”.

O planeamento em saúde é considerado por Imperatori e Giraldes (1982) como um processo contínuo e dinâmico que foi seguido como suporte metodológico neste projeto. É constituído por sete etapas: diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação.

2.1 Finalidade e Objetivos

Este projeto de estágio teve como **finalidade**, contribuir para o processo de capacitação dos cuidadores informais a partir das dificuldades identificadas ao cuidar da pessoa dependente no domicílio na UCC Nostra Pontinha.

O objetivo é definido como um enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência de evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto (Imperatori e Giraldes,1982). Assim, os objetivos do projeto foram:

- Identificar as dificuldades dos cuidadores informais ao cuidar da pessoa dependente no domicílio que pertencem à RNCCI da UCC Nostra Pontinha, no período de março a julho de 2012;
- Implementar o projeto de intervenção comunitária a partir das dificuldades identificadas pelos cuidadores informais, entre Outubro de 2012 a Fevereiro de 2013.

2.2 Diagnóstico da situação

Esta etapa corresponde à identificação dos problemas de saúde e das necessidades da população, que traduzem a diferença entre o estado de saúde atual e o ideal (Imperatori e Giraldes, 1982). Neste projeto foram identificadas as dificuldades dos cuidadores informais.

2.2.1 Contextualização do local de Intervenção

O projeto foi desenvolvido na UCC Nostra Pontinha. Esta UCC foi criada em abril de 2010 e tem como área de influência a freguesia da Pontinha (constituída pela Vila da Pontinha, Urmeira e vários bairros limítrofes) numa área geografia de 4,78km² e a freguesia de Famões, numa área geográfica de 4,66km², o que totaliza 9,44 km² (anexo II). Estas duas freguesias localizam-se na zona ocidental do concelho de Odivelas, confrontando com os Concelhos da Amadora, Sintra, Loures e Lisboa.

O concelho de Odivelas é situado no Distrito de Lisboa, Região da Estremadura, é composto por sete freguesias: Caneças, Famões, Odivelas, Olival Basto, Pontinha, Póvoa de Santo Adrião e Ramada, distribuídas numa área de 26,6 km², e com uma população de 144.549 habitantes (INE, 2011).

Segundo o INE (2011), este concelho apresenta um índice de envelhecimento¹ de 108 e um índice de dependência² de 24 (anexo III). Ao nível nacional, o índice de dependência é 29 e o índice de envelhecimento é 129, donde se conclui que este concelho apresenta índices de envelhecimento e de dependência semelhantes aos índices nacionais, embora ligeiramente inferiores.

¹ ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO: Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

² ÍNDICE DE DEPENDÊNCIA: Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos.

2.2.2 População e amostra

A população deve ser constituída por indivíduos, grupos ou comunidades abrangidos por um período e que representem as características da população (Mâroco, 2010). Assim para a nossa população foram considerados todos os cuidadores informais que estavam inscritos na UCC Nostra Pontinha e que prestavam cuidados à pessoa dependente no domicílio. Tendo por base os utentes inscritos na unidade, inicialmente encontravam-se cinquenta e oito (58) cuidadores, identificados pelos enfermeiros da UCC.

Foi constituída uma amostra não probabilística e intencional, uma vez que esta foi selecionada tendo por base critérios de escolha intencionada regularmente utilizados com a finalidade de determinar as unidades da população que fazem parte da amostra (Carmo e Ferreira, 1998). Assim constituíram a amostra todos os cuidadores informais inscritos na RNCCI. Definimos como critérios de inclusão:

- ✓ Todos os cuidadores Informais inscritos na RNCCI da UCC Nostra Pontinha, de 1 de junho a 30 de junho de 2012;
- ✓ Todos os cuidadores primários e secundários.

Os critérios de exclusão foram:

- ✓ Cuidadores que apresentam alterações na compreensão da língua portuguesa identificados pelos enfermeiros da UCC;
- ✓ Idade inferior aos 18 anos;
- ✓ Uteses falecidos ou alta da RNCCI.

Após ter aplicado os critérios acima mencionados, obtivemos quarenta (40) cuidadores informais.

2.2.3 Instrumentos e Técnicas de Colheitas de Dados

Polit, Beck e Hungler (2004, p.164), definem que “o instrumento de colheita de dados é um método que o investigador utiliza, para reunir informação”. A tarefa de selecionar ou desenvolver métodos para reunir dados está entre as mais

desafiadoras no processo pois sem esta tarefa a validação das conclusões é posta em causa (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Optamos por utilizar como instrumento de colheita de dados, um questionário para caracterizar dados sociodemográfico dos prestadores de cuidados e o tipo de apoio de que disponham (Apêndice III), uma vez que nas fichas pessoais dos utentes inscritos na unidade não constavam essas informações. Este foi composto por oito questões relacionadas com: o sexo; a faixa etária; o estado civil; a escolaridade; a situação profissional; o grau de parentesco em relação à pessoa que prestava cuidados; se viviam com a pessoa dependente e se têm ajuda para prestação de cuidados.

O instrumento de colheita de dados utilizado para identificar as dificuldades dos cuidadores foi a versão portuguesa Carers'Assessment of Difficulties Index (CADI), anexo IV. Este instrumento foi traduzida e adaptada para população portuguesa, pelo Professor Dr. João Barreto, da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, e pela Prof. Luísa Brito, da Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca em Coimbra. Teve como finalidade avaliação das dificuldades dos cuidadores na prestação de cuidados à pessoa dependente, bem como a maneira que os prestadores de cuidados percecionam a vivência dessas dificuldades (Brito, 2002).

O CADI é composto por 30 itens, os quais deve ser assinalados numa escala de Lickert, com quatro opções, se a afirmação em causa se aplica à situação e, em caso afirmativo, de que forma corresponde à perceção do cuidador. Estes itens que compõem a escala estão organizados em oito dimensões: problemas relacionados com a pessoa dependente, reações à prestação de cuidados, exigências de ordem física na prestação, restrições na vida social, deficiente apoio familiar, deficiente apoio profissional, problemas económicos e outros aspetos (anexo V). Os outros aspetos, incluem apenas um item “não consigo dedicar tempo suficiente às outras pessoas da família”, pois este item embora não tenha sido nomeado no estudo por Nolan, Grant e Keady (1998) foi referido na maioria dos cuidadores informais no estudo de Brito (2002).

Para além da escala este instrumento também apresenta uma questão aberta “se há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados” para além das mencionadas nos 30 itens do instrumento CADI.

O conjunto das potenciais dificuldades listadas no CADI inclui questões acerca das implicações da prestação de cuidados na vida social do cuidador, sobre a sua saúde, as repercussões económicas da situação, os problemas de relacionamento com a pessoa dependente e outros membros da família e também sobre a forma como o apoio profissional e da família são encarados pelo prestador de cuidados (Brito, 2002).

Segundo autores como Nolan, Grant e Keady (1998) e Sequeira (2010), este conjunto de informações permite ao enfermeiro adequar as intervenções que melhor respondam às necessidades específicas dos cuidadores informais.

Para a apresentação do projeto e aplicação dos instrumentos, os cuidadores foram contactados previamente por via telefónica (ou pessoalmente, em algumas situações, durante uma visita domiciliária com o enfermeiro que habitualmente visitava estes cuidadores). No caso de aceitação das condições de participação do projeto, marcava-se uma entrevista dirigida ao cuidador no domicílio.

A aplicação dos instrumentos de colheita de dados aos cuidadores decorreu nos respetivos domicílios, no período de 1 a 30 de junho de 2012. O preenchimento dos instrumentos de colheita de dados foi feito pela mestranda uma vez, que pretendia garantir o preenchimento total dos itens e esclarecer dúvidas por parte destes.

2.2.4 Tratamento de dados e Resultados

Para o tratamento de dados utilizou-se o programa informático Microsoft Office Excel 2010.

Os resultados obtidos quanto ao questionário para caracterização de dados sociodemográficos dos cuidadores e se estes apresentavam qualquer tipo de apoio, apresentam-se no quadro 1 e no apêndice V. Pela análise dos dados verifica-se que os cuidadores maioritariamente eram do sexo feminino (80%), apresentavam idades superiores aos 60 anos (65%), com baixo grau de escolaridade (maioritariamente do 1ºciclo).

Estes resultados são semelhantes aos estudos nacionais de Brito (2002), Lemos (2012), Marques (2007), Ramos (2012), Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010) e Sequeira (2010) e aos estudos internacionais (Schumacher, 2006).

Na “situação profissional” apresentava-se as seguintes opções “ativos”, “reformados” e “desempregados”. Pela análise verificou-se que 65 % dos cuidadores eram reformados. Para classificar os cuidadores informais que se encontravam “ativos” recorreremos à Classificação Portuguesa das Profissões, publicada no Decreto-Lei nº 106/2010. Os seis cuidadores informais “ativos” foram distribuídos da seguinte forma: (2) trabalhadores não classificados; (1) indústria, construção e artífices; (2) trabalhadores dos serviços pessoais, de proteção e segurança e vendedores e por fim, (1) pessoal administrativo. Relativamente ao grau de parentesco dos cuidadores à pessoa dependente na maioria eram conjugue (47,5%) e mãe ou pai (32,5%). Cerca de 92,5% dos cuidadores viviam no mesmo domicílio da pessoa a ser cuidada.

Quanto à questão “tem ajuda regular para a prestação de cuidados”, 67,5% dos cuidadores responderam não terem qualquer tipo de ajuda. Os restantes 32,5% mencionaram que tinham ajuda na higiene, alimentação, posicionamentos/transferências e ambiente seguro (arrumação da casa). Esta falta de apoio na ajuda da prestação de cuidados foi também divulgada nos estudos Brito (2002), Marques (2007), Sequeira (2010), Sarmiento, Pinto e Monteiro (2010), Araújo (2010), Lemos (2012) e Ramos (2012).

Quadro 1. Caraterização dos cuidadores informais

Cuidadores Informais	N	%
Sexo		
Feminino	32	80
Masculino	8	20
Faixa Etária		
[18-20] anos	0	0
[21-30] anos	1	2,5
[31-40] anos	2	5
[41-50] anos	2	5
[51-60] anos	9	22,5
[61-70] anos	16	40
[71-80] anos	6	15
≥ 80 anos	4	10
Estado Civil		
Solteiro	4	10
Casado	24	60
União de facto	4	10
Divorciado	7	17,5
Viúvo	1	2,5
Escolaridade		
Nenhuma	5	12,5
Ensino básico 1º ciclo	19	47,5
Ensino básico 2º ciclo	4	10
Ensino básico 3º ciclo	4	10
Ensino Secundário	5	12,5
Ensino pós-secundário	0	0
Bacharelato	1	2,5
Licenciatura	1	2,5
Mestrado	1	2,5
Doutoramento	0	0
Situação profissional		
Reformado	26	65
Desempregado	8	20
Ativo	6	15
A pessoa a quem presta cuidados é		
Marido/ Esposa	19	47,5
Mãe/Pai	13	32,5
Sogra/ Sogro	1	2,5
Irmã/ Irmão	1	2,5
Filha/ Filho	3	7,5
Outro	3	7,5
Vive no mesmo domicílio com a pessoa a quem presta cuidados		
Sim	37	92,5
Não	3	7,5
Tem ajuda para a prestação de Cuidados e/ ou de outros serviços		
Sim	13	32,5
Não	27	67,5

Quanto aos resultados obtidos pela aplicação do instrumento CADI, para a identificação das dificuldades dos cuidadores, apresentam-se descritos no quadro 2 e o gráfico 1. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas, em cada dimensão, conforme quadro 2.

Em cada dimensão do instrumento CADI as respostas obtidas foram classificadas numa escala de frequências do tipo likert, de 1 a 4, descendente pois permite rapidez na fase de diagnóstico, como pressuposto na metodologia utilizada (Imperatori e Giraldes, 1982). Com as opções “isto acontece no meu caso e sinto que isto perturba-me muito”, “isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação”, “isto acontece no meu caso e sinto que não me perturba-me”, e por fim “não acontece no meu caso” conforme legenda no quadro 2.

Quadro 2. Distribuição das frequências absolutas e relativas das dimensões do CADI

Dimensões / CADI	1	2	3	4
Problemas relacionados com a pessoa dependente	31 11,1%	60 21,4%	28 10,0%	161 57,5%
Reações à prestação do cuidado	109 38,9%	63 22,5%	19 6,8%	89 31,8%
Exigências de ordem física na prestação	158 65,8%	45 18,8%	13 5,4%	24 10,0%
Restrições na vida social	60 50,0%	14 11,7%	15 12,5%	31 25,8%
Deficiente apoio familiar	25 31,2%	9 11,3%	18 22,5%	28 35,0%
Deficiente apoio profissional	14 17,5%	22 27,5%	9 11,2%	35 31,3%
Problemas financeiros	42 52,5%	17 21,3%	6 7,5%	15 18,7%
Outros aspetos	14 35,0%	10 25,0%	7 17,5%	9 22,5%

Legenda: 1- Isto acontece no meu caso e sinto que isto perturba-me muito; 2 - Isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação; 3- Isto acontece mas não me perturba; 4- Não acontece.

Posteriormente, foi calculado o somatório das respostas que os cuidadores referiram “isto acontece no meu caso e sinto que isto perturba-me muito” e “isto acontece no meu caso e sinto que causa-me alguma perturbação” dos itens constituintes por cada dimensão pois segundo Brito (2002), apenas estas respostas indicam que os cuidadores apresentavam dificuldades na prestação de cuidados à pessoa dependente (gráfico 1).

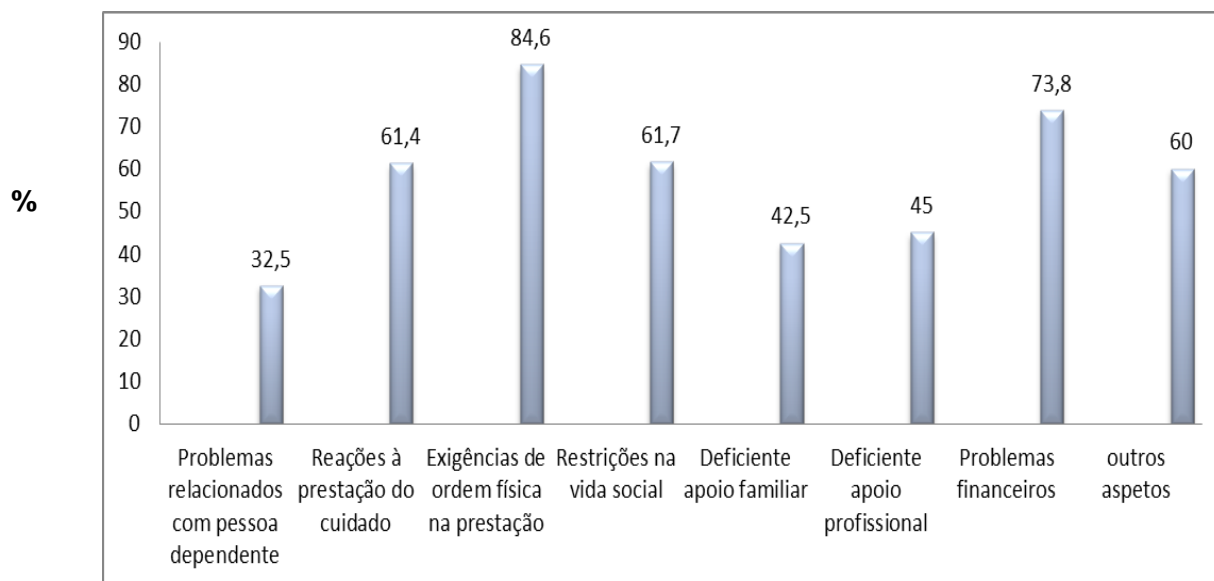
Assim, as dificuldades sentidas por parte dos cuidadores informais foram: exigências de ordem física na prestação (84,6%); problemas financeiros (73,8%); restrições na vida social (61,7%); reações à prestação dos cuidados (61,4%); e outros aspetos (60%). As dificuldades sentidas abaixo dos 50% dos cuidadores foram: deficiente apoio profissional (45%); deficiente apoio familiar (42,5%) e os problemas relacionados com a pessoa dependente (32,5%).

Relativamente à questão “se há outras dificuldades resultantes da situação de estar a prestar cuidados” para além das mencionadas nos 30 itens da escala CADI, os quarenta cuidadores deste estudo não acrescentaram nenhuma dificuldade.

Em síntese, as dificuldades que surgiram com maior percentagem foram, as exigências de ordem física na prestação (84,6%) e problemas financeiros (73,8%). Estes aspetos podem ser observados também no gráfico 1.

Comparando estes resultados com o estudo efetuado por Brito (2002), as dificuldades que os cuidadores apresentaram acima dos 50% foram, em ambos os estudos concordantes com “os problemas relacionados com a pessoa dependente”, “as reações à prestação de cuidados”, “as restrições na vida social”, “problemas financeiros” e por fim “outros aspetos”.

Gráfico 1. As dimensões resultantes da aplicação do CADI



2.2.5 Diagnósticos de Enfermagem

O diagnóstico de enfermagem é definido como a decisão sobre um fenómeno que representa o foco de atenção de enfermagem (Conselho Internacional De Enfermeiros, 2010).

Os enfermeiros têm que elaborar diagnósticos de enfermagem tendo em conta o foco de atenção, o **prestador de cuidados**, bem como a “implementação de intervenções que possibilitem a obtenção de resultados que se traduzem em menores consequências negativas para o prestador de cuidados e / ou num melhor bem-estar e satisfação com o cuidar” (Sequeira, 2010, p. 140).

Os resultados obtidos após aplicação do instrumento de colheita de dados CADI, as dificuldades mais sentidas pelos cuidadores foram:

- ✓ Exigências de ordem física na prestação (84,6%) é composta pelos seguintes itens- (6) a pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar, (10) deixa-me muito cansada fisicamente, (13) a pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais, (15) ando a dormir pior por causa desta situação, (23) a minha saúde ficou abalada e (24) a pessoa de quem cuido sofre de incontinência.

- ✓ Problemas financeiros (73,8) são compostos pelos itens - (4) traz-me problemas de dinheiro e por fim, o item (21) a qualidade da minha vida piorou.

Para dar continuidade ao projeto desenvolvido, é fundamental formular um diagnóstico, resultado e intervenção de enfermagem para um grupo de clientes e prioridade de saúde selecionados (OE, 2010) para que a equipa de enfermagem da UCC *Nostra* Pontinha participe e compreenda qual o foco de atenção dos seus cuidados dirigidos a este grupo prioritário.

Assim, os enfermeiros enunciam diagnósticos de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), para estabelecer uma linguagem de enfermagem uniformizada ou padronizada. Segundo o Conselho Internacional dos Enfermeiros (2011, p.13), é “crucial uma terminologia que utilize uma tecnologia moderna para a sua manutenção e desenvolvimento e que envolva a participação a nível mundial na investigação e na aplicação clínica”. Neste sentido, apresentaram-se os seguintes diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem e a CIPE, que se encontram no quadro 3.

Quadro 3. Diagnósticos de enfermagem segundo a Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem e a CIPE (versão 2).

Teoria do déficit de autocuidado de enfermagem de Dorothea Orem	CIPE (versão 2)
Déficit de apoio relacionado com a exigência do papel do cuidador informal (84,6%);	Papel de prestador de cuidados, comprometido;
Déficit dos recursos financeiros por parte dos cuidadores informais a cuidar da pessoa dependente no domicílio (73,8%);	Rendimento familiar, diminuído;
Déficit na qualidade de vida dos cuidadores informais relacionado com o cuidar da pessoa dependente no domicílio (72,5%).	Bem-estar, diminuído.

2.3 Definição de prioridades

A definição de prioridades diz respeito ao processo de tomada de decisão. Permite selecionar um dos problemas detetados, pois não é possível trabalhar com todos os problemas e têm de ser devidamente hierarquizados (Imperatori e Giraldes, 1982).

O método utilizado foi o método de Hanlon para estabelecer prioridades pelos diagnósticos de enfermagem. Este assenta em quatro critérios: amplitude do problema; gravidade do problema; eficácia da solução e a exequibilidade do projeto ou da intervenção.

A amplitude do problema (A) é avaliada numa escala de 0 a 10 que está relacionado com a dimensão da população em estudo afetada, para esse efeito recorreremos aos dados colhidos através do CADI de forma a determinar o número de pessoas afetadas por cada diagnóstico.

A gravidade do problema (G) corresponde à menor gravidade 0, e 10 à maior gravidade.

A eficácia da solução (E) foi ponderada numa escala de 0,5 a 1,5, onde o valor 0,5 corresponde a um problema de mais difícil solução, tendo em conta o tempo de estágio, o apoio da UCC Nostra Pontinha, a disponibilidade dos recursos da comunidade e o percurso académico e profissional da mestranda.

A exequibilidade do projeto ou da intervenção (F), é um critério que integra cinco componentes: Pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade (intervalo de 0 a 1).

A definição de prioridades encontra-se representada no quadro nº4:

Quadro 4. Definição de prioridades segundo o método de Hanlon

Problema	Magnitude	Gravidade	Eficácia da solução	Exequibilidade	(A + G) E x F
Papel de prestador de cuidados, comprometido	10	10	1	1	20
Rendimento familiar, diminuída	10	10	0.5	1	10
Bem-estar, diminuído	10	8	0.5	1	9

Após a aplicação dos critérios, o problema que surge com maior impacto foi o papel de prestador de cuidados, comprometido. A partir desta etapa, as estratégias e as atividades desenvolvidas face a este diagnóstico foram suportadas na Teoria do défice de autocuidado de enfermagem, pois Orem (1993, p.62) refere que “o ambiente em que os membros do grupo trabalham ou vivem afecta a natureza do requisito de autocuidado, bem como os métodos para alcança-los”.

2.4 Fixação de objetivos

Realizado o diagnóstico da situação e definidos os problemas prioritários procedemos à fixação dos objetivos a atingir num determinado período de tempo (Imperatori e Giraldes, 1982).

O objetivo operacional ou meta, é definido como um enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades dos serviços de saúde, que são convertidos em termos de indicadores de atividade de forma a serem avaliados (Imperatori e Giraldes, 1982).

Tendo em conta o diagnóstico de enfermagem Papel de prestador de cuidados, comprometido (CIPE) / Défice de apoio relacionado com a exigência do papel do cuidador informal (Orem), estabelecemos uma associação entre os itens que descrevem a dimensão exigências de ordem física na prestação (CADI) com maior

impacto neste projeto com os requisitos e défices do autocuidado de acordo com a Teoria do défice de autocuidado (Orem) que se encontram descritos no quadro 5. Esta associação permitiu-nos definir os objetivos e respetivas metas de forma a dirigirmos atividades adequadas face às dificuldades sentidas pelos cuidadores.

Quadro 5. Itens descritos na dimensão exigências de ordem física na prestação associados aos requisitos do autocuidado e défices:

Itens descritos na dimensão exigências de ordem física na prestação	Requisitos do autocuidado	Défices
(6) a pessoa de quem cuido depende de mim para se movimentar	Universais	Autocuidado para com a movimentação
(24) a pessoa de quem cuido sofre de incontinência		Autocuidado para com a eliminação
(13) a pessoa de quem cuido necessita de muita ajuda nos seus cuidados pessoais		Autocuidado para com os cuidados pessoais (incluindo a alimentação)
(15) ando a dormir pior por causa desta situação	Desenvolvimento	Processo de sono perturbado
(23) a minha saúde ficou abalada	Desvio de saúde	Processo de saúde perturbado
(10) deixa-me muito cansada fisicamente		Cansaço físico

Legenda: (6); (24); (13); (15); (23) e (10) - são os diferentes itens que constituem a dimensão exigências de ordem física na prestação (CADI).

Segundo Orem (1993), devemos satisfazer os requisitos universais para a manutenção da vida de forma a diminuir o desvio de saúde dando capacidades aos cuidadores quando existe uma enfermidade.

Tendo em conta a integração deste projeto no programa da UCC “Educar para Cuidar” tivemos como **objetivo geral**

- ✓ Contribuir para o apoio dos cuidadores no seu papel de prestador de cuidados da pessoa em situação de dependência no domicílio, através da promoção de conhecimentos relacionados com o autocuidado, na UCC *Nostra Pontinha*, entre Outubro de 2012 a Fevereiro de 2013.

No quadro 6 foram definidos os objetivos específicos com as respetivas metas.

Quadro 6. Objetivo geral, objetivos específicos e metas

Objetivo geral	Objetivos específicos	Metas
Contribuir para o apoio dos cuidadores no seu papel de prestador de cuidados da pessoa em situação de dependência no domicílio, através da promoção de conhecimentos relacionados com o autocuidado, na UCC Nostra Pontinha, entre Outubro de 2012 a Fevereiro de 2013.	Caracterizar os défices dos conhecimentos dos cuidadores acerca das posições corretas de biomecânica de forma a evitar as lesões músculo-esqueléticas, nomeadamente nos posicionamentos e transferências	Que pelo menos 30% dos cuidadores informais convocados, participem na sessão de formação realizada; Que os cuidadores demonstrem, pelo menos os posicionamentos e transferências mais utilizadas na pessoa dependente no domicílio; Que os cuidadores informais conheçam, pelo menos uma posição correta de biomecânica, nomeadamente nos posicionamentos e transferências.
	Identificar os défices dos conhecimentos que os cuidadores apresentam acerca dos cuidados a ter com a alimentação na pessoa dependente	Que pelo menos 30% dos cuidadores informais convocados, participem na sessão de formação realizada; Que os cuidadores expressem, pelo menos um cuidado a ter com a alimentação da pessoa dependente.
	Identificar os défices dos conhecimentos que os cuidadores apresentam sobre os cuidados a ter com a eliminação da pessoa dependente	Que pelo menos 30% dos cuidadores informais convocados, participem na sessão de formação realizada; Que os cuidadores informais manifestem, pelo menos um cuidado importante quanto à eliminação da pessoa dependente em casa.
	* Informar os profissionais de saúde da UCC Nostra Pontinha, os resultados obtidos através deste projeto	Que pelo menos 50% dos profissionais de saúde da UCC assistem às sessões dirigidas aos mesmos.

Legenda:

- * Objetivo específico secundário pois não atua diretamente no objetivo geral do projeto.

2.5 Seleção de Estratégias

As estratégias constituem “o processo mais adequado para reduzir os problemas primários (...) em termos inovadores e criativos (...) que permitam alcançar os objetivos fixados ” através de “um conjunto coerente de técnicas específicas e organizadas”. (Imperatori e Giraldes, 1982, p.66).

Segundo Russel (1996,p.45), “recomenda-se que se selecione uma variedade de estratégias, pois os programas mais efetivos associam uma combinação de métodos e de atividades”.

De acordo com a definição da UCC (local de estágio) no artº11 a:

UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua na **educação para a saúde**, na **integração em redes de apoio** à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (decreto-lei nº28/2008,p.1184).

Honoré (2002) refere que a **educação para a saúde** é um recurso que deve favorecer a expressão dos problemas de saúde pelas pessoas e grupos a que respeitam, em particular as populações que reúnem incapacidades. O seu papel é de criar as condições de acesso a escolhas de saúde para as pessoas e para as comunidades.

A conferência internacional sobre a promoção da saúde, através da carta de Ottawa (1986) declara que esta pressupõe o desenvolvimento pessoal e social, através da melhoria da informação, educação de forma a capacitar as pessoas para aprenderem durante toda a vida, preparando-as para as suas diferentes etapas e para enfrentarem as doenças crónicas e as incapacitantes.

Assim, a promoção da saúde é definida pela primeira vez, como um processo participado pelo indivíduo, facilitador da adoção de estilos de vida saudáveis e do desenvolvimento das suas capacidades de agir com e sobre o meio, recorrendo para isso à educação dos indivíduos.

Orem (1993), refere três sistemas para satisfazer os requisitos do autocuidado, o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o

sistema apoio-educação. Para satisfazer os requisitos do autocuidado dos cuidadores em estudo selecionaram como estratégia o sistema apoio – educação.

O sistema apoio-educação abrange a aprendizagem ou apoio que o indivíduo requer para execução do autocuidado. Neste sistema, o indivíduo tem o poder de escolha nas suas decisões, possui o controlo do seu comportamento e aquisição de conhecimentos e habilidades para o autocuidado (Orem, 1993).

Um estudo realizado por Louro (2010) revela que a maioria das famílias entrevistadas referem que sentem falta de um enfermeiro que esclareça dúvidas através da promoção de saúde. Assim, os enfermeiros podem educar os cuidadores através de três níveis de prevenção: primária; secundária e terciária. A informação que os profissionais transmitem aos familiares tem o objetivo de melhorar a saúde, prevenir problemas associados ao papel, identificar precocemente os problemas de saúde e minimizar as dificuldades (Stanhope e Lancaster, 2010).

A importância e o impacto da educação para a saúde nas pessoas e comunidades, levou ao aparecimento de concepções mais abrangentes para definir a educação para a saúde, sendo a concepção de Tones e Tilford a mais bem aceite atualmente:

educação para a saúde é toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com a saúde e a doença (...) produzindo mudanças no conhecimento e compreensão (...) pode influenciar ou clarificar valores (...) mudanças de convicções e atitudes (...) aquisição de competências (...) e conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida (Tones e Tilford, 1994 citado por Andrade 2009, p. 87) .

Russel (1996), refere que a mudança voluntária de comportamento dos indivíduos distingue a educação para a saúde de outro tipo de atividades como a propaganda, a manipulação, a coação, as motivações políticas e comerciais. Este é um dos grandes desafios para a enfermagem, que haja um processo de aprendizagem eficaz na população de modo a existir uma mudança de comportamento.

Conforme Bicudo (2013, p.49), acrescentam que a promoção de saúde contribuí “para o desenvolvimento de competências (...) para tomar as suas próprias decisões, a responsabilizar-se pela sua saúde e pela adoção de comportamentos saudáveis”.

A adoção de comportamentos saudáveis é necessário que ocorra um processo de **aprendizagem**. A aprendizagem pode ser **observacional** ou **social**, segundo a

teoria de Bandura. É definido como um processo onde surge em contexto social, através da aquisição de comportamentos imitando um modelo isto é, um “indivíduo que demonstra ou efetua uma ação como potencial exemplo a seguir” (Rodrigues 2001, p. 25).

Segundo Henriques (2013) citando Taner (2004), refere que os enfermeiros ocupam um lugar prestigiado na equipa de saúde que ajudam as pessoas a desenvolver um plano de cuidados, que deve incluir o **suporte do cuidador** e a utilização de recursos da comunidade.

Assim, optamos pelas estratégias educacionais/comunicacionais com a realização de sessões de educação para a saúde, estratégias promocionais/ documentais com a elaboração do manual do cuidador e os folhetos informativos, estratégias de treino de competências e por fim estratégias organizativas pela gestão do tempo e recursos (Russel, 1996).

2.6 Elaboração de programas e projetos

Pode definir-se um **programa** como um conjunto de atividades necessárias à execução parcial ou total de uma determinada estratégia, que requerem a utilização de recursos humanos, materiais e financeiros e que são geridos por um mesmo organismo e um **projeto** como uma atividade que decorre num período de tempo delimitado com vista a um resultado específico (Imperatori e Giraldes, 1982).

Face às estratégias elaboradas de forma a responder aos objetivos estabelecidos, ao tempo previsto e os recursos da comunidade disponibilizados face à conjuntura actual este projeto, não foi apelidado, foi sim inserido num programa já existente na UCC, **Educar para Cuidar** que dá apoio aos cuidadores informais.

2.7 Execução Operacional

Segundo Imperatori e Giraldes (1982), esta fase do planeamento em saúde serve para as estratégias serem concretizadas através da formulação de atividades, cujo conjunto não é estático no tempo e é passível de modificações.

A partir dos objetivos e das estratégias selecionadas, definimos atividades, às quais foram discutidas com peritos na área de enfermagem comunitária, com a equipa de enfermagem da UCC *Nostra Pontinha*, a Professora Orientadora Elisa Garcia e a Coorientadora Enf. Teresa Figueiredo. Tal como é mencionada por BENNER (2005, p.54), as enfermeiras consideradas peritas têm uma vasta experiência, compreendem de maneira intuitiva cada situação e atuam diretamente no problema sem se perderem por um “lapso leque de soluções e de diagnósticos estéreis”.

Nesta etapa, teve-se em conta a caracterização sociodemográfica da população-alvo do projeto, o tempo limitado do estágio e os escassos recursos da comunidade de forma a obter maiores resultados. Segue-se o quadro 7 com a estratégia e as atividades realizadas neste projeto. Os cronogramas das atividades encontram-se no apêndice VII e VIII.

Quadro 7. Estratégia e atividades concretizadas no projeto

Projeto	Estratégia	Atividades
<p>OS CUIDADORES INFORMAIS E AS SUAS DIFICULDADES AO CUIDAR NO DOMICÍLIO A PESSOA EM SITUAÇÃO DE DEPENDÊNCIA NO AUTOCUIDADO</p> <p>INSERIDO NO PROGRAMA DA UCC</p> <p>“EDUCAR PARA CUIDAR”</p>	<p>Suporte do cuidador</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Educação para a saúde</p>	Sessão informativa dirigida aos cuidadores informais
		Mobilidade: posicionamentos e transferências
		Sessão informativa dirigida aos cuidadores informais
		Alimentação e eliminação da pessoa dependente
		Manual prático do cuidador informal
		Visitas domiciliárias
		Sessões Informativas à equipa da UCC

Legenda:

Atividade secundária pois não atua diretamente no objetivo geral do projeto.

Sessões Informativas dirigidas aos cuidadores informais:

Programaram-se duas sessões para os cuidadores informais nos dias 12 de Dezembro de 2012 e 31 de Janeiro de 2013. A seleção dos cuidadores foi realizada através de uma convocatória presencialmente através da visita domiciliária e as restantes por via telefone.

Nas duas sessões estiveram presentes a enfermeira da ECCI, Enf. Teresa Figueiredo e a professora orientadora Elisa Garcia. Encontram-se no apêndice X e XII os respetivos diapositivos das sessões para os cuidadores e os folhetos informativos distribuídos no final de cada sessão.

A primeira sessão dirigida aos cuidadores teve como temática Mobilidade: posicionamentos e transferências e apresentava os seguintes objetivos, Identificar os conhecimentos dos cuidadores quanto aos posicionamentos / transferências; sensibilizar os cuidadores para posturas corretas nos posicionamentos / transferências e por fim, promover momentos de convívio e socialização entre os cuidadores informais (apêndice X).

A segunda sessão teve como temática a alimentação e eliminação da pessoa dependente e apresentava como finalidade, identificar os conhecimentos dos cuidadores quanto à alimentação e eliminação; sensibilizar os cuidadores para os cuidados seguros com a alimentação e eliminação da pessoa dependente e promover momentos de convívio e socialização entre os cuidadores informais (apêndice XII).

Em ambas as sessões, existiram momentos de informação, de demonstração dos cuidados a ter no autocuidado e momentos de convívio e troca de experiências entre os cuidadores. Estiveram presentes nas duas sessões cinco (5) cuidadores. No entanto, em ambas as sessões participaram na totalidade sete (7) cuidadores, tendo na segunda sessão, dois (2) cuidadores integrados pela primeira vez neste grupo.

Manual prático do cuidador informal:

Com este manual pretendemos ajudar os cuidadores informais no seu dia a dia, através dos procedimentos mais frequentes a realizar à pessoa em situação de dependência no domicílio, pois os cuidadores manifestaram dificuldades em reter a informação oral transmitida (Sequeira, 2010).

Teve como finalidade atender às particularidades da pessoa que está a ser cuidada mas também ao próprio cuidador. É constituído por dois capítulos, “Cuide de si” e “Cuide do outro”. Ver no apêndice XI

São abordados algumas temáticas como, os sinais de alerta, dicas de como cuidar de si e alguns cuidados a ter com a pessoa dependente em casa, sobre os cuidados de higiene, cuidados à pele, os posicionamentos/transferências, alimentação, eliminação e finalizando com um espaço para contactos importantes.

Sessões Informativas à equipa da UCC:

As duas sessões dirigidas à equipa de enfermagem da UCC tiveram lugar nos dias 13 de Novembro de 2012 e 14 de Fevereiro de 2013. Com o intuito de informar os resultados do diagnóstico de situação e avaliar o projeto com vista a dar continuidade ao projeto. Houve um espaço aberto para as sugestões dos profissionais face aos resultados obtidos e incentivar a participação de todos os membros neste processo. Por estes motivos, podemos declarar que estas atividades foram secundárias uma vez que não respondem diretamente ao problema detetado neste projeto.

Considerámos necessário que os enfermeiros sejam informados dos resultados do projeto pois a “enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento das necessidades básicas, tornando-o independente, quando possível pelo ensino do autocuidado, bem como manter, promover e recuperar a saúde em colaboração com outros profissionais” Horta (1979) citado por Leme (2000, p.126).

Os diapositivos das sessões de formação encontram-se nos apêndices IX e XIII.

2.8 Avaliação

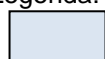
Nesta etapa, é necessário uma determinação cuidadosa e pormenorizada da situação para conduzir a conclusões sensatas e propostas úteis (Imperatori e Giraldes, 1982). Para tal, é necessário formular indicadores para cada atividade concretizada, uma vez que estes constituem uma mais-valia no processo de avaliação. Os indicadores de processo expõem a quantificação das atividades realizadas, e os indicadores de resultado, traduzem as alterações verificadas, como por exemplo, ganhos em saúde (Tavares, 1990).

Quanto às atividades desenvolvidas verifica-se mediante análise do quadro 8 os indicadores de processo e de resultado das mesmas.

Quadro 8. Avaliação das diferentes atividades e indicadores

Atividades	Indicadores de Processo	Indicadores de resultado
Sessão informativa dirigida aos cuidadores informais Mobilidade: posicionamentos e transferências	- Taxa de Presença $(5/30) \times 100 = 16,7\%$ - Taxa de Participação ativa $(5/5) \times 100 = 100\%$ - Taxa de folhetos distribuídos $(5/5) \times 100 = 100\%$ - Taxa de patrocínios $(1/2) \times 100 = 50\%$	- Questionário de apreciação dos cuidadores informais da sessão e os resultados em apêndice XV.
Sessão informativa dirigida aos cuidadores informais Alimentação e eliminação da pessoa dependente	- Taxa de Presença $(5/30) \times 100 = 16,7\%$ - Taxa de Participação ativa $(5/5) \times 100 = 100\%$ - Taxa de folhetos distribuídos $(5/5) \times 100 = 100\%$ - Taxa do Kit do cuidador $(5/5) \times 100 = 100\%$ - Taxa de patrocínios $(2/4) \times 100 = 50\%$	- Questionário de apreciação dos cuidadores da sessão e os resultados em apêndice nº XVII.
Manual prático do cuidador informal	- Taxa de distribuição $(10/10) \times 100 = 100\%$	- Questionário aplicado aos enfermeiros da equipa sobre a utilidade do manual do cuidador e os resultados em apêndice XVI
Apresentação do projeto à equipa da UCC	- Taxa de presença $(11/18) \times 100 = 61,1\%$	- Questionário de apreciação dos profissionais de saúde sobre a sessão e os resultados em apêndice XIV.
Apresentação dos resultados do planeamento em saúde à equipa da UCC	- Taxa de presença $(8/14) \times 100 = 57,1\%$	- Questionário de apreciação dos profissionais de saúde sobre a sessão e os resultados em apêndice XVIII.

Legenda:



Atividades secundárias pois não atua diretamente no objetivo geral do projeto;

Quanto aos objetivos específicos formulados para este projeto, metas e avaliações verificados no quadro 9, leva-nos a considerarmos que os mesmos foram atingidos.

Quadro 9. Objetivos específicos, metas e respectivas avaliações

Objetivos específicos	Metas	Avaliação
Caracterizar os défices dos conhecimentos dos cuidadores acerca das posições corretas de biomecânica de forma a evitar as lesões músculo-esqueléticas, nomeadamente nos posicionamentos e transferências	Que pelo menos 30% dos cuidadores informais convocados, participem na sessão de formação realizada;	Taxa de presença das duas sessões: $(5/30) \times 100 = 16,7\%$
	Que os cuidadores demonstrem, pelo menos os posicionamentos e transferências mais utilizadas na pessoa dependente no domicílio;	Demonstraram os seguintes posicionamentos (decúbito lateral e dorsal) e as transferências (cama-cadeira e cadeira-cama).
	Que os cuidadores informais conheçam, pelo menos uma posição correta de biomecânica, nomeadamente nos posicionamentos e transferências.	<i>“Ponho sempre as costas direitas” e “dobrar os joelhos”.</i>
Identificar os défices dos conhecimentos que os cuidadores apresentam acerca dos cuidados a ter com a alimentação na pessoa dependente	Que pelo menos 30% dos cuidadores informais convocados, participem na sessão de formação realizada;	Taxa de presença das duas sessões: $(5/30) \times 100 = 16,7\%$
	Que os cuidadores expressem, pelo menos um cuidado a ter com a alimentação da pessoa dependente.	<i>“sento sempre o meu marido para comer”; “coloco sempre uma peça de peixe ou carne na sopa passada”; “lavo sempre a sonda no final de cada refeição”.</i>
Identificar os défices dos conhecimentos que os cuidadores apresentam sobre os cuidados a ter com a eliminação da pessoa dependente	Que pelo menos 30% dos cuidadores informais convocados, participem na sessão de formação realizada;	Taxa de presença das duas sessões: $(5/30) \times 100 = 16,7\%$
	Que os cuidadores informais indiquem, pelo menos um cuidado importante quanto à eliminação da pessoa dependente em casa.	<i>“lavo sempre os órgãos genitais e seco muito bem cada vez que troco a fralda”; “tento não dobrar o tubo da algália”; “eu coloco sempre a minha mulher na arrastadeira sempre a mesma hora” e “vejo sempre a cor da urina”.</i>
Informar os profissionais de saúde da UCC, os resultados obtidos através deste projeto	Que pelo menos 50% dos profissionais de saúde da UCC assistem às sessões dirigidas aos mesmos.	Taxa de presença das duas sessões: $(11/18) \times 100 = 61,1\%$ $(8/14) \times 100 = 57,1\%$

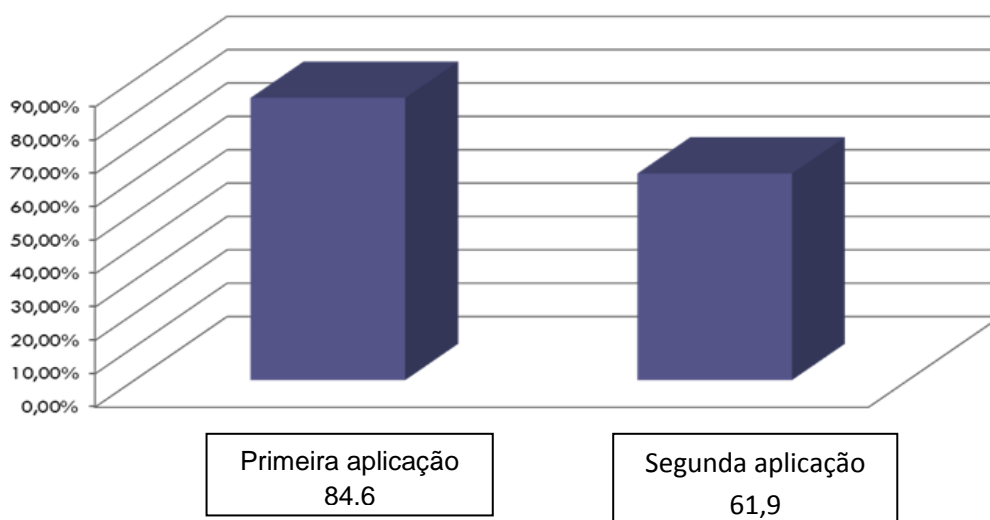
Legenda: Objetivo secundário pois não atua diretamente no objetivo geral.

Para avaliação dos indicadores de resultado da intervenção junto do grupo de cuidadores tendo em conta que antes da realização das atividades tínhamos na

primeira aplicação do instrumento CADI, 84,6% dos cuidadores referiam apresentar dificuldades na dimensão exigências de ordem física na prestação, foi aplicado novamente o questionário CADI apenas na dimensão referida anteriormente (apêndice XIX).

Responderam à segunda aplicação do CADI apenas os sete (7) cuidadores informais que participaram nas atividades. Como indicador de resultado obtivemos um resultado de 61,9% de dificuldades na dimensão exigências de ordem física na prestação. Estes resultados encontram-se no gráfico 2.

Gráfico 2. Dificuldades que os cuidadores apresentam na primeira e na segunda aplicação do CADI na dimensão exigências de ordem física na prestação



Apesar de ser indicado por TAVARES (1990) que é necessário pelo menos seis meses a um ano para obter ganhos em saúde, verificamos que existe uma ligeira diminuição da dimensão exigências de ordem física na prestação, de 84,6% para 61,9%, diminuindo assim as dificuldades dos cuidadores.

3. LIMITAÇÕES E CONSTRANGIMENTOS

Ao longo da realização do projeto de intervenção, identificaram-se algumas limitações que dificultaram a sua implementação. Entre estes, o tempo escasso que decorreu todo o projeto tendo em conta as diferentes fases que constituí o planeamento em saúde. Também a aplicação do instrumento CADI aos cuidadores informais do estudo demonstrou ser bastante complexa em relação à baixa escolaridade destes. Segundo Brito (2002, p.40) os cuidadores deveriam preencher os questionários contudo, “o grau de dificuldade que o preenchimento de todo o conjunto de instrumentos poderia representar, colocou-se desde logo a possibilidade de os questionários poderem ser respondidos com ajuda parcial ou total”.

Outra limitação foi o reduzido número de cuidadores informais na participação das atividades exteriores ao domicílio. Este facto pode estar relacionado com a acessibilidade e a distribuição geográfica das duas freguesias, contribuindo para a dificuldade dos cuidadores se deslocarem para as instalações do centro de saúde na medida em que não possuíam na maioria transporte próprio e também não tinham qualquer tipo de apoio para deixar as pessoas dependentes acompanhadas na sua ausência.

Também os escassos recursos na comunidade e a conjuntura atual não facilitaram a minha atuação junto do poder local para promover maior suporte através da criação da rede de voluntários, pois segundo Paúl (2005, p.284), existe um caminho longo a percorrer, porém “cabe a sociedade a responsabilidade de criar espaços e equipamentos sociais, diversificados, seguros e acessíveis (...) para garantir e fomentar (...) a participação cívica, a todos os níveis de decisão ”.

No entanto, estes constrangimentos transformaram se em desafios, pois ajudou-nos adquirir novas competências como enfermeira especialista subjacente à nossa prática. Permitiu-nos também adaptar, inovar e desenvolver a criatividade.

4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As etapas que constituem este projeto foram precedidas todas de procedimentos ético-legais que salvaguardam os direitos das pessoas envolvidas. A exigência da conduta ética pode parecer tão evidente, no entanto, as considerações éticas não têm recebido sempre a atenção adequada (Polit, Beck e Hungler, 2004).

No percurso metodológico foi garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação, pois preconiza-se que esta etapa é realizada com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana. Essa dignidade da pessoa humana é regida por valores universais, tais como, a igualdade, a liberdade responsável com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum (princípio da Beneficência), a verdade e a justiça, o altruísmo e a solidariedade e a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2009).

Foi solicitada a autorização ao conselho clínico do ACES Odivelas por email e por correio a implementação do projeto e a divulgação do nome da instituição ao longo deste percurso, tendo obtido confirmação por correio eletrónico (ver apêndice II e anexo VII).

A Professora Luísa Brito foi contactada por correio eletrónico para autorizar o uso da versão portuguesa do instrumento CADI, tendo dado o seu consentimento (anexo VI).

Por fim, após esclarecimento do projeto de intervenção e da sua finalidade aos cuidadores informais selecionados para o projeto, os participantes foram informados da confidencialidade dos dados e do direito à autodeterminação. Foi garantido que a informação obtida seria apenas para o presente projeto ou para publicações e divulgações do mesmo. Foi entregue a cada cuidador informal o consentimento informado por escrito pois o consentimento “significa que os participantes têm informações adequadas em relação à pesquisa, compreendem a informação e têm o poder da livre escolha, podendo assim participar voluntariamente na pesquisa ou declinar a participação” (Polit, Beck & Hungler, 2004, p.298) em apêndice IV.

5.CONCLUSÃO

Consideramos que durante a realização deste projeto, atingimos os objetivos inicialmente propostos de forma positiva.

A Metodologia do Planeamento em Saúde foi uma ferramenta essencial para a implementação deste projeto, pois através deste conseguimos avaliar o estado de saúde de grupos, famílias ou comunidades e adequamos estratégias tendo em conta as dificuldades dos cuidadores informais.

Segundo Petronilho (2012, p.92), o autocuidado apresenta “um impacto positivo na promoção de saúde e no bem-estar das populações, através do aumento do seu reportório de conhecimentos e habilidades”. Logo, a Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem suportou este projeto uma vez que tinha um objetivo muito claro, promover o autocuidado a indivíduos, grupos ou comunidades subjacente à prática de enfermagem.

Procuramos identificar as dificuldades mais sentidas dos cuidadores informais que cuidam da pessoa em situação de dependência no domicílio, de forma a contribuir para o processo de capacitação do cuidador, pois estes “requerem informação, educação, encorajamento e suporte, estando os enfermeiros numa posição privilegiada” segundo Andrade (2009b, p.69).

Consideramos que a realização deste projeto foi bastante gratificante porque permitiu-nos adaptar, inovar e intervir em diferentes contextos.

As práticas dos enfermeiros centram-se sobretudo na pessoa, inserida numa família e integrada em determinado contexto ambiental e social. Assim, em síntese, “os enfermeiros cuidam de indivíduos, famílias e grupos (...) acompanhando-os ao longo do ciclo de vida, próximos dos problemas e anseios das pessoas” (Correia, C ; Dias, F.; Coelho, M.;Page, P.; Vitorino, P.,2001,p.78).Para completar as conclusões do projeto, segue-se as implicações para a prática, sugestões e as competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária.

5.1 Implicações para a prática de enfermagem e sugestões

Os cuidados de enfermagem não devem ser só centralizados na pessoa dependente mas também nos cuidadores informais, que muitas vezes são esquecidos. Os enfermeiros devem estar atentos também aos prestadores de cuidados, uma vez que o bem-estar de um depende do outro, facilitando a adaptação de ambos a esta nova realidade (Sequeira, 2010).

Destacamos que a promoção da saúde nesta população-alvo traz importantes benefícios, quer para a melhoria da qualidade de vida da pessoa dependente, quer para a continuidade da disponibilidade do próprio cuidador (Figueiredo, 2007).

Após ter sensibilizado ao longo deste projeto, a Coorientadora Enf. Teresa Figueiredo (responsável da ECCI da UCC *Nostra Pontinha*) e a coordenadora da mesma, Enf. Áurea Gomes, deixamos como **sugestões** a realização de uma parceria com o banco local de voluntários da Cruz Vermelha de forma a criar um grupo de voluntariado junto dos cuidadores informais pois “persistem carências ao nível das soluções oferecidas pelas instituições de saúde e de apoio social aos prestadores de cuidados” (Andrade 2009a, p. 65).

O manual elaborado, deve ser sujeito a várias atualizações e chegar ao maior número possível de cuidadores informais, como um guia obrigatório de acolhimento, para que os cuidadores adquiram conhecimentos e esclareçam as suas dúvidas junto dos profissionais de saúde.

O reconhecimento deste grupo-alvo como prioritário por parte da UCC, nomeadamente no acesso às sessões informativas e atividades de lazer e de convívio entre os cuidadores promove momentos de partilha das dificuldades do seu dia-a-dia e as emoções que sentem no exercício do seu papel.

A promoção em saúde deverá ser também individualizada, para facilitar a adaptação dos cuidadores aos cuidados específicos em casa pois cuidar de pessoas dependentes no domicílio “constitui um processo individual complexo e para o qual contribuem vários fatores de diferentes contextos” (Sequeira, 2010, p.330).

Propomos a realização de mais estudos / projetos, nomeadamente na criação de uma rede de apoio, através de parcerias entre os poderes políticos, locais e as

instituições públicas e privadas para a criação de um centro de orientação e apoio do cuidador informal.

5.2. Competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária

Conforme Stanhope e Lencaster (2010), as competências desenvolvidas na área de especialização em enfermagem comunitária devem ser centralizadas na **prática focada na população**, através dos problemas definidos (diagnósticos) e soluções concretas (intervenções) para populações ou subpopulações.

A metodologia utilizada foi o planeamento em saúde, e segundo Imperatori e Giraldes (1982) é constituído pelo diagnóstico de situação de uma determinada comunidade, seguido da determinação de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de projetos e programas, preparação operacional e por fim a avaliação.

A principal competência desenvolvida como enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária foi a utilização da metodologia do planeamento em saúde partindo das dificuldades dos cuidadores informais. Só assim foi possível, elaborar objetivos mensuráveis, formular estratégias adequadas e desenvolver indicadores de processo e de resultado nas diferentes atividades realizadas, integradas num projeto de intervenção comunitária com vista à minimização dos problemas detetados.

O trabalho na comunidade e o contacto direto com a população alvo, para a recolha de informação e na fase de implementação das intervenções, permitiu-nos desenvolver competências ao nível das técnicas de comunicação e um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde identificados.

De acordo com a OE (2011), contribuímos para o processo de capacitação de um grupo, no âmbito da prevenção, proteção e promoção da saúde. Contribuímos assim para o processo de capacitação dos cuidadores informais face às suas dificuldades.

A teoria do défice de autocuidado foi facilitadora para o desenvolvimento de algumas competências, nomeadamente para a formulação de diagnósticos de enfermagem e

estratégias da promoção do autocuidado. Foi um desafio adaptá-lo ao contexto comunitário, mas ao mesmo tempo enriquecedor e orientador.

No decorrer deste projeto verificamos que

o processo de cuidados de enfermagem (...) enraíza no que as pessoas vivem (...) é um processo de descoberta (...) entre parceiros sociais (...) visando encontrar a sua forma de realização a partir das capacidades e recursos de cada um, num dado meio (Collière, 1999, p. 293).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, C. (2009a) – Transição para prestador de cuidados. *Revista Pensar Enfermagem* 13 (1), 61-71.
- Andrade, F. (2009b) - *O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal*. Dissertação de mestrado publicada. Braga. Apresentada na Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Araújo, I. (2010) - *Cuidar Da Família Com Um Idoso Dependente: Formação Em Enfermagem*. Tese de Doutoramento. Porto. Apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Araújo, I., Paúl, C. & Martins, M. (2009) – Cuidar de Idosos dependentes no domicílio: desabafos de quem cuida. *Revista Ciência, Cuidados e Saúde* 8 (2), 191-197.
- Augusto, B. (2005) – *Cuidados Continuados – Família, centro de saúde e Hospital como parceiros no cuidar* (2ª Ed.) Coimbra: Formasau.
- Bäckstrom, B. & Sundin, K. (2009) – The experience of being a middle-aged close relative of a person who has suffered a stroke – six months after discharge from a rehabilitation clinic. *Scandinavian Journal of caring sciences* (24), 116-124.
- Barreto, J. (2005) – Envelhecimento e qualidade de vida. *Revista Faculdade de Letras: sociologia I* (15), 289-302.
- Benner, P. (2005) – *De iniciado a perito – Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (2ª Ed.) Coimbra: Quarteto Editora.
- Bicudo, M. (2013) – Do envelhecimento saudável à longevidade com qualidade contributos dos enfermeiros. In Lopes, M.. *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa- da investigação à prática* (pp. 39-74). Loures: Lusociência.
- Brito, L. (2002) - *A Saúde Mental dos Prestadores de Cuidados a Familiares Idosos*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Campos, A. (2006) - *Apresentação da Rede de Cuidados Continuados Integrados de Saúde*. Intervenção do Ministro da Saúde na apresentação da Rede de Cuidados Continuados Integrados, Lisboa. Acedido em 2012/6/23, disponível em: <http://www.portugal.gov.pt/>.
- Campos, M., Maia, A., Roncha, C. & Gouveia, H. (2009). O membro da família prestador de cuidados e a transição para o seu novo papel: uma revisão de literatura. *Servir*. (1), 37-45.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998) – *Metodologia da Investigação (guia para Autoaprendizagem)* Lisboa: Universidade Aberta.
- Collière, M. (1999) - *Promover a vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (3ª ed.) Lisboa: Lidel.
- Conselho Internacional De Enfermeiros (2011) – *CIPE Versão 2*. Loures: Lusodidacta. (tradução do original do inglês ICNP Version 2, 2010).
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P. & Vitorino, P. (2001) – Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 2 (1), 75-82.
- Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de fevereiro (2008). Diploma da Reforma Saúde Primários. *Diário da República I Série*, Nº 38 (08-02-22), 1182- 1189.
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 junho de 2006 (2006). Reforma dos Cuidados Continuados. *Diário da República I Série*, Nº 109 (06-06-06), 3856-3865.
- Dicionário de língua Portuguesa Contemporânea (2001) – *Língua Portuguesa*. Porto: Porto Editora.
- Ellenbogen, P., Meade, M., Jackson, M. & Barrett, K. (2006) – The impact of spinal cord Injury on the employment of family caregivers. *Journal of Vocational Rehabilitation* (25), 35-44.
- Figueiredo, D. (2007) – *Cuidadores Familiares ao Idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, M. (2012) – *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar*. Loures: Lusociência.
- Garcia, C. (2009) - Tradução e Validação do Consequences of Care Index (Um instrumento de avaliação do risco de sobrecarga do familiar cuidador). *Pensar Enfermagem*. 13 (1), 39-48.

- Gil, A. (2006) Métodos e Técnicas de Pesquisa Social (5ª ed) São Paulo: Atlas.
- Godinho, N. (2012) – *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma APA*. Acedido em 09-07-2013. Disponível em: [http://www.esel.pt/ESEL/PT/CentroDocumentacao/NormasApresenta%
%c3%a3oTrabalhos/biblioteca.htm](http://www.esel.pt/ESEL/PT/CentroDocumentacao/NormasApresenta%c3%a7%c3%a3oTrabalhos/biblioteca.htm).
- Henriques, A. (2013) – A gestão da medicação nas pessoas idosas: a adesão como indicador de eficácia de intervenções de enfermagem. In Lopes, M.. *O cuidado de enfermagem à pessoa idosa- da investigação à prática* (pp. 115-174). Loures: Lusociência.
- Honoré, B. (2002) – *A saúde em Projeto*. Loures: Lusociência.
- Imaginário, C. (2008) – *O Idoso dependente em contexto familiar* (2ªEd.) Coimbra: Formasau.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1982) – *Metodologia do planeamento em saúde*. Lisboa.
- Instituto Nacional De Estatistica (2012) - *Censos 2011*. Acedido em: 2012/5/30. Disponível em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao.
- Instituto Nacional De Estatistica (2011) - *Classificação portuguesa das profissões 2010*. Acedido em: 2012/6/2. Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICAC
OESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmodo=2).
- Karsch, U. (2003) – Idosos dependentes: famílias e cuidadores. *Cadernos de saúde pública*. 19 (3) 861-866.
- Lage, M. (2007) - *Avaliação Dos Cuidados Informais Aos Idosos: Estudo Do Impacte Do Cuidado No Cuidador Informal*. Dissertação de Doutoramento. Porto. Apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Leme, M. (2000) - A interprofissionalidade e o contexto familiar. In Y. Duarte & M. Diogo (orgs.). *Atendimento domiciliar. Um enfoque gerontológico*. São Paulo.
- Lemos, J. (2012) - *Avaliação das dificuldades dos Cuidadores Informais de idosos dependentes*. Dissertação de Mestrado. Bragança. Apresentada no Instituto Politécnico de Bragança.

- Lopes, L. (2007) – Necessidades e estratégias na dependência: uma visão da família. *Revista Portuguesa de Saúde pública*. 25 (1), 28-34.
- Louro, M. (2010) – A pessoa doente e dependente: Do Hospital ao Domicílio. *Revista Investigação em Enfermagem*. 21 (1), 56-67.
- Marôco, J. (2010). *Análise Estatística com Utilização do SPSS*. (3.^a ed.) Pero Pinheiro: Report Number.
- Marques, S. (2007) – *Os cuidadores Informais de doentes com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, M. (2002) - *Uma crise acidental na família. O doente com AVC. Processos familiares/aceitação/dependência*. Coimbra: Formasau.
- Moreira, I. (2001) – *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Neri, A., & Carvalho, V. (2002) - O bem-estar do cuidador: aspetos psicossociais. In E. V. Freitas & col. (eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro.
- Nolan, M., Grant, G. & Keady, J. (1998) - *Assessing the needs of family carers: a guide for practitioners*. Brighton, Pavilion Publications. Acedido em: 2012/4/2. Disponível em: <http://trove.nla.gov.au/work/16068910?selectedversion=NBD20146615>.
- Observatório Português do Sistema de Saúde (2011) - *Da depressão da crise para a governação prospetiva da saúde. Estudos de Investigação da universidade de Coimbra e Évora*. Acedido em: 2012/5/23. Disponível em: <http://www.observaport.org/rp2011>.
- Observatório Português do Sistema de Saúde (2013) – *Duas faces da saúde*. Acedido em: 2013/7/7. Disponível em: <http://www.observaport.org/rp2013>.
- Ordem Dos Enfermeiros (2011) - *Regulamento de padrões de qualidade dos cuidados especializados em Comunitária e Saúde Pública*. Acedido em 2012/5/5. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEEComunitSaudePublica.pdf>.
- Ordem Dos Enfermeiros (2006) - *Código Deontológico do Enfermeiro*. Acedido em:2012/4/1. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

- Orem, D. (1993) – *Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas, S. A..
- Paúl, M. (1997) - *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, M. (2005) – Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Revista Faculdade de Letras. Sociologia I* (15), 289-302.
- Paúl, M., Fonseca, A. (2005) - *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M. & Filgueiras, M. (2009) – A dependência no processo de envelhecimento: uma revisão sobre cuidadores informais de idosos. *Revista Associação Portuguesa Sociologia*. 12 (1), 72-82.
- Petronilho, F. (2012) – *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (2010) – *Primeira Parte- Cidadania em Saúde*. Acedido em: 2012/6/30. Disponível em: www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/.../ea_16-03-2011.pdf.
- Polit, D., Beck, C. & Hungler, B. (2004) – *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (5ª Ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Ramos, C. (2012) – *Dificuldades e Necessidades de Cuidadores Informais de idosos dependentes da Beira Interior*. Dissertação de mestrado. Covilhã. Apresentada na Universidade da Beira Interior – Ciências da Saúde.
- Rice, R. (2004) – *Prática de enfermagem nos cuidados domiciliários: conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência.
- Rodrigues, L. (2001) – *Psicologia*. (1ª Ed.) Lisboa: Plátano Editora.
- Russel (1996) - *Manual de educação para a saúde*. Lisboa. Acedido em: 2012/9/23. Disponível em: www.dgs.pt.
- Sarmiento, E., Pinto, P. & Monteiro, S. (2010) – *Dificuldades sentidas pelos familiares em cuidar do idoso dependente no domicílio (Mecanismos de Adaptação)*. Coimbra: Formasau.
- Sen, E. & Yurtsever, S. (2007) – Difficulties Experienced by Families with Disabled Children. *Journal for Specialists in pediatric Nursing*. 12 (4), 238-252;
- Sequeira, C. (2007) - *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto.

- Sequeira, C. (2010) – *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2006) - *Envelhecer em Família*. Porto: Âmbar.
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (2010) – *Enfermagem de Saúde Pública*. (7ª Ed.) Loures: Lusodidacta.
- Stengard, E. (2003) – Educational intervention for the relatives of Schizophrenia patients in Finland. *Nord Journal Phychiatry*. 1(27), 271-277.
- Schumacher, K., Beck, C., & Marren, J. (2006). Family Caregivers: Caring for older adults, working with their families. *The American Journal of Nursing*. (1), 40-49.
- Tavares, A.(1990) – *Métodos e técnicas de planeamento em saúde*. Portugal: Departamento de Recursos Humanos da Saúde.
- Taylor, R. (2012) – Using and developing the evidence base in primary health care. *Primary Health Care*. 22 (1), 31-36.
- Towey, A. & Alligood, M. (2004) – *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de Enfermagem)*. (5ª Ed.) Loures: Lusociência.
- Whitehead, D. (2004) – Health promotion and health education: advancing the concepts. *Journal of Advanced nursing*. 47 (3), 311-320.

ANEXOS

APÊNDICES