



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

“Um olhar sobre o Cuidador Informal”

Maria Luís Arranja Martins de Barros

Orientação:

Professora Doutora Maria Laurência Grou Parreirinha Gemitto

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Évora, 2013



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS

“Um olhar sobre o Cuidador Informal”

Maria Luís Arranja Martins de Barros

Orientação:

Professora Doutora Maria Laurência Grou Parreirinha Gemitto

Mestrado em Enfermagem Comunitária

Relatório de Estágio

Évora, 2013

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Laurência Grou Parreirinha Gemitto pela sua disponibilidade, estímulo e interesse manifestado ao longo da orientação do projeto.

Aos cuidadores informais e utentes que se disponibilizaram para participar no projeto, pelas opiniões, vivências e experiências que comigo partilharam.

A toda a equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade de Vendas Novas pela forma disponível e cordial com que abraçou este projeto.

À minha família, em especial ao Bruno, pelo apoio incondicional, pela tolerância das minhas ausências e aceitação das privações que elas lhe causaram.

A todos os que direta ou indiretamente, contribuíram para que a realização do projeto fosse possível.

A todos dedico este trabalho e remeto os meus mais sinceros agradecimentos.

RESUMO

UM OLHAR SOBRE O CUIDADOR INFORMAL

Tema e referencial teórico: Conhecer as necessidades dos cuidadores informais é fundamental para se reduzir as suas dificuldades. As dificuldades das famílias na prestação de cuidados, relacionam-se com os obstáculos que enfrentam no cuidado e às repercussões da doença nas atividades básicas no domicílio. Essa situação agrava-se, pela falta de orientações e informações, que podem gerar ansiedade. **Objetivo:** Implementar um projeto de apoio ao Cuidador Informal. **Metodologia:** Projeto de intervenção comunitária que resultou da elaboração de um diagnóstico da situação. **Resultados:** Dos 23 cuidadores informais, 3 referiram dificuldades económicas, 12 dificuldades em saber como cuidar, 2 falta de tempo para outras atividades e 3 falta de descanso. Apenas 3 não sentem dificuldades na prestação dos cuidados. As necessidades de formação foram demonstradas pela presença das dificuldades em saber como cuidar, daí a necessidade de estabelecer um plano de formação e um guia prático para o cuidador informal. **Considerações finais:** as sessões de educação para a saúde, a execução de um guia prático para o cuidador informal e a visitação domiciliária foram as estratégias utilizadas.

Palavras – chave: cuidador informal; necessidades; domicilio.

ABSTRACT

A LOOK AT INFORMAL CAREGIVER

Theme and theoretical: Meet the needs of informal caregivers is essential to reduce their difficulties. The difficulties of families in care, relate to the obstacles they face in caring, and the effects of the disease on the basic activities in the home. This situation is aggravated by the lack of guidance and information that may create anxiety. **Methodology:** Project is a community intervention that resulted in making a diagnosis of the situation. **Results:** Of the 23 informal caregivers, 3 reported economic difficulties, 12 difficulties in knowing how to care, 2 lack of time for other activities and lack of rest 3. Only 3 feel no difficulty in providing care. Training needs were demonstrated by the presence of difficulties in knowing how to care, hence the need to establish a training plan and a practical guide for the informal caregiver. **Conclusion:** the education sessions for health, a practical guide for the informal caregiver, domiciliary visits and partnerships were the strategies used.

Key - words: informal caregiver; needs; home.

ÍNDICE

	Pág.
1. INTRODUÇÃO -----	8
2. ANÁLISE DO CONTEXTO -----	13
2.1. CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL-	13
2.2. CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS-----	15
2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS-----	16
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES -----	20
3.1. CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO / UTENTES-----	20
3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO-----	34
3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO- ALVO-----	36
3.4 RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO-----	38
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS -----	39
4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL-----	39
4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO-----	40
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES -----	41
5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES-----	41
5.2. METODOLOGIAS-----	55
5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS-----	57
5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS-----	60
5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS-----	61
5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL-----	62
5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA-----	63
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO -----	64
6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS-----	64
6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA-----	69
6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS-----	70
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS -----	71
8. CONCLUSÃO -----	74
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	77
ANEXOS -----	88

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 - Questionário aos cuidadores informais-----	89
ANEXO 2 - Escala de sobrecarga do cuidador de Zarit-----	95
ANEXO 3 - Escala numérica da dor-----	99
ANEXO 4 - Índice de Barthel-----	101
ANEXO 5 - Índice de Katz-----	104
ANEXO 6 - Escala de Lawton-----	106
ANEXO 7 - Escala de Morse-----	108
ANEXO 8 - Escala de Braden-----	110
ANEXO 9 - Mini Exame do Estado Mental-----	112
ANEXO 10 - Poster cuidador informal-----	114
ANEXO 11 - Guia prático de apoio ao cuidador informal-----	116
ANEXO 12 - Cronograma de atividades-----	121
ANEXO 13 - Plano de formação-----	123

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
GRÁFICO 1 – Género dos Cuidadores Informais-----	20
GRÁFICO 2 – Idades dos Cuidadores Informais-----	21
GRÁFICO 3 – Estado Civil dos Cuidadores Informais-----	22
GRÁFICO 4 - Habilitações Académicas dos Cuidadores Informais-----	23
GRÁFICO 5 – Situação Profissional dos Cuidadores Informais-----	23
GRÁFICO 6 – Relação do Cuidador Informal com o Utente-----	24
GRÁFICO 7 – Relação Familiar entre Cuidador Informal e Utente-----	25
GRÁFICO 8 - Proximidade de Residência entre Cuidador Informal e Utente-----	25
GRÁFICO 9 – Dificuldades dos Cuidadores Informais na Prestação dos Cuidados-----	26
GRÁFICO 10 – Dificuldades Sentidas pelo Cuidador Informal-----	27
GRÁFICO 11 – Tempo de Dependência dos Utentes-----	28
GRÁFICO 12 – Opinião dos Cuidadores Informais acerca do local mais adequado para o utente estar-----	29
GRÁFICO 13 – Experiências Anteriores como Cuidador-----	29
GRÁFICO 14 – Necessidades de mais apoio-----	30
GRÁFICO 15 – Necessidades de apoio-----	31
GRÁFICO 16 – Sobrecarga dos Cuidadores Informais-----	33
GRÁFICO 17 - Dor sentida pelos Cuidadores Informais-----	34
GRÁFICO 18 – Género dos utentes de ECCI-----	44
GRÁFICO 19 - Faixas Etárias dos utentes de ECCI-----	45
GRÁFICO 20 – Score dos Utentes de ECCI no Índice de Barthel-----	46
GRÁFICO 21 – Score dos utentes de ECCI no Índice de Katz-----	47
GRÁFICO 22 – Score dos utentes de ECCI na Escala de Lawton-----	48
GRÁFICO 23 – Escala de Braden/Risco de Úlceras de Pressão-----	49
GRÁFICO 24 – Score dos utentes na Escala de Morse-----	50
GRÁFICO 25 – Resultados no Mini Exame do Estado Mental-----	51

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
QUADRO Nº1 – Entidades Envolvidas no Projeto-----	61
QUADRO Nº 2 – Proposta Orçamental-----	62

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
FIGURA 1 – Concelho de Vendas Novas-----	13

1. INTRODUÇÃO

O prolongamento da vida associado aos avanços na medicina e à diminuição da fecundidade, entre outros, têm conduzido ao envelhecimento da população (Direcção Geral de Saúde, 2004). As alterações demográficas do último século, que se traduziram na modificação e na inversão das pirâmides etárias, refletindo o envelhecimento da população, vieram colocar aos governos, às famílias e à sociedade em geral desafios para os quais não estavam preparados.

A Organização das Nações Unidas (2007) estima que o mundo terá mais de dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos em 2050 e 80% delas estarão nos países em desenvolvimento. Dos dois bilhões de pessoas com mais de 60 anos esperados até à metade do século, cerca de 400 milhões terão mais de 80 anos, representando um explosivo crescimento em relação aos menos de 90 milhões que existiam há dois anos.

A idade avançada traz consigo maior fragilidade e, por consequência, mais doenças, tanto a nível físico como psíquico, o que leva a pessoa a necessitar de ajuda parcial ou total no desempenho das suas Atividades da Vida Diária (AVDs) (Sequeira, 2010). A dependência surge quando uma pessoa apresenta uma perda mais ou menos acentuada da sua autonomia funcional e necessita da ajuda de outra pessoa. É um processo incapacitante pelo qual uma determinada condição (aguda ou crónica) afeta a funcionalidade dos idosos e o desempenho das atividades de vida diárias (Duarte, Andrade e Lebrão, 2007). Segundo Caldas (2005) manter os idosos menos dependentes e ter familiares que possam cuidar dos seus idosos parece ser uma boa estratégia para lidar com o custo do envelhecimento.

O cuidador informal (CI) surge, então, da necessidade de se cuidar da pessoa/familiar doente no domicílio. O cuidador informal é aquele que presta cuidados, não profissional, sem receber nenhuma remuneração, podendo ser pessoas da família, amigos e vizinhos. Distingue-se, portanto, do prestador de cuidados formal, que é o profissional que optou voluntariamente por receber preparação académica, sendo remunerado pelos cuidados que presta (Machado, 2007).

As mudanças nos perfis demográficos e de morbi-mortalidade da população mundial, ao longo do último século e consequentes desafios para os sistemas de saúde explicam o

crecente interesse dos pesquisadores pelos cuidados domiciliários de saúde, realizados no âmbito da família e envolvendo cuidadores informais (Moreira et al, 2011).

O cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, o apoio e a proteção que o idoso necessita (Karsch, 2003). No entanto, pelas difíceis condições económicas, o custo benefício torna-se oneroso, o qual, associado às condições sociais no contexto familiar, torna fundamental a existência concreta de uma rede de apoio ao idoso e família de forma sistematizada. Os familiares que assumem o papel de cuidadores informais podem entrar em situação de crise, cujos principais sintomas são: tensão, constrangimento, fadiga, stresse, frustração, redução do convívio, depressão e alteração da autoestima, entre outros (Martins et al, 2003). Esta sobrecarga ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador. Isso demonstra a necessidade de apoio à família por outras instituições sociais (Ângelo, 2000).

A dependência é um problema grave de saúde, que interfere na qualidade de vida do idoso e do cuidador informal pelo que requer a tomada de medidas individuais, sociais, governamentais, devendo promover-se sempre a máxima autonomia, confiança e autovalorização. A nível governamental, tenta co-responsabilizar-se as famílias/cuidadores, na prestação dos cuidados. Desta forma, é prioritário capacitá-las para a prestação de cuidados informais, pois lidar com uma situação de dependência, torna-se dispendioso tanto a nível físico, emocional e social. Nesta abordagem a preocupação dos profissionais de saúde, deve orientar-se no sentido do apoio aos cuidadores informais de idosos dependentes, para encontrarem um equilíbrio que lhes permita superar as mudanças e consecutivamente favorecer um processo de adaptação mais rápido e consistente ao aparecimento da dependência do idoso (Grelha, 2009).

Sabe-se que a preparação das famílias, em especial dos cuidadores familiares, pelos profissionais de saúde, contribui para o sucesso no seguimento de tratamentos e, conseqüentemente, para uma mais rápida recuperação dos indivíduos. Nesse contexto, a enfermagem apresenta-se como profissão que participa da capacitação da família para o cuidado, visto que possui formação para educar/ensinar os utentes que assiste (Rocha et al, 2008).

O cuidado da Enfermagem no domicílio traz, além de um cuidado terapêutico, aspetos afetivos e de relação de ajuda. Dessa forma, a enfermagem dá valiosas contribuições para uma reestruturação no cenário de doenças crónico-degenerativas que hoje se apresenta (Lacerda, 2002).

Com base no reconhecimento da importância de se manter as pessoas doentes em casa, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados deu início à constituição de equipas domiciliárias para a prestação de cuidados continuados integrados, as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Estas equipas estão integradas nos Cuidados de Saúde Primários e prestam cuidados de saúde e apoio social, proporcionando às pessoas a sua permanência em casa integradas no seio da família e desfrutando do conforto e dos sentimentos que foram desenvolvendo ao longo da vida. As ECCI definem os objetivos e metas, as formas de os atingir, os níveis de intervenção necessários e a programação da respetiva monitorização. Estas equipas estão sedeadas nos Centros de Saúde e por isso beneficiam do conhecimento acumulado sobre as famílias, conhecem e relacionam-se com os cuidadores informais e com as redes sociais locais, conhecem os recursos disponíveis para o doente e a forma de os acionar quando necessário (Ministério da Saúde, 2010).

O conhecimento das necessidades/problemáticas dos cuidados informais dos utentes da ECCI de Vendas Novas é uma prioridade referida pela Unidade de Cuidados na Comunidade local e consta do seu plano de ação para o ano 2013. Diagnosticar a situação das famílias cuidadoras e definir estratégias de forma a diminuir as suas dificuldades é de grande pertinência para a equipa multidisciplinar, assim como para a população, podendo desta forma obter ganhos em saúde.

Com a finalidade de encontrar estratégias para a diminuição das dificuldades, o presente projeto tem como objetivo geral:

- Implementar um projeto de apoio ao Cuidador Informal;

Paralelamente a este objetivo definiram-se como objetivos específicos:

- Caracterizar o estado de saúde físico e mental dos utentes abrangidos pela ECCI;
- Identificar as necessidades/problemas dos cuidadores informais;

- Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais;
- Elaborar um plano de formação para o cuidador informal.

Desta forma, o projeto “Um Olhar sobre o Cuidador Informal” visa dar resposta às necessidades expressas pela comunidade, envolvendo os profissionais de saúde e outros parceiros, incentivando à responsabilização e participação dos intervenientes.

O presente documento encontra-se dividido em sete partes distintas. Na primeira parte é apresentada uma análise do contexto, caracterizando o ambiente em que decorreu o estágio, os recursos existentes e onde é feita uma descrição do processo de aquisição de competências.

Na segunda parte é feita a análise da população – alvo, incluindo a caracterização geral da mesma, os cuidados e necessidades específicas, estudos sobre programas de intervenção com a população – alvo e recrutamento da população – alvo.

De seguida é feita uma análise reflexiva sobre os objetivos da intervenção profissional e a atingir com a população-alvo.

Da quarta parte consta a análise reflexiva das intervenções. Esta integra a fundamentação das mesmas, as metodologias, a análise reflexiva sobre as estratégias acionadas, os recursos materiais, humanos e financeiros, os contactos desenvolvidos e as entidades envolvidas, bem como o cumprimento do cronograma.

De seguida, na quinta parte, é feita a análise reflexiva sobre o processo de avaliação e controlo, através da avaliação dos objetivos, da implementação do programa, descrevendo quais os momentos de avaliação intermédia e medidas corretivas introduzidas.

Na sexta parte é apresentada a análise reflexiva sobre competências mobilizadas e adquiridas.

Por fim, na última parte, são apresentadas as principais conclusões, bem como as aprendizagens realizadas e as dificuldades sentidas.

Este relatório está organizado de acordo com Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Universidade de Évora (ordem

de serviço n.º 18/2010). Foi utilizado o manual de normas para a elaboração de relatórios de estudos empíricos da Associação Americana de Psicologia (2006-2007).

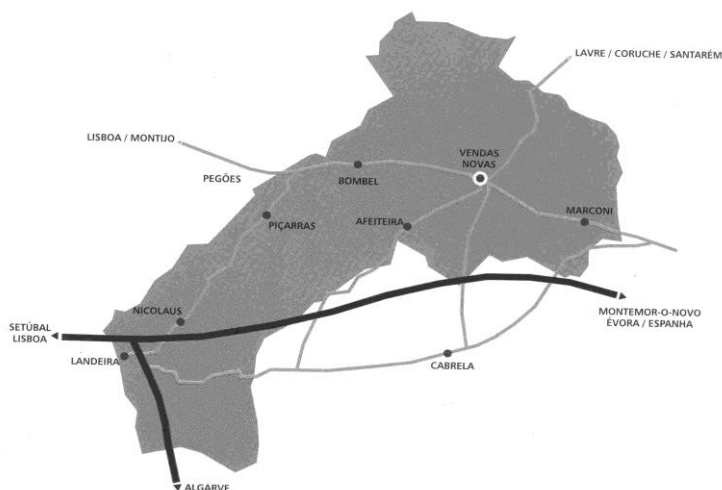
2. ANÁLISE DO CONTEXTO

O Alentejo corresponde à maior região estatística de Portugal. A região é limitada a norte pela Região Centro, a este com a Espanha, a sul com a Região do Algarve e a oeste com a Região de Lisboa e também com o Oceano Atlântico. Tem uma área de 31 551,2 km² (33% do continente) e 757 190 habitantes (7,6% do Continente, 7,2% de Portugal). Compreende 58 municípios e cerca de 400 freguesias. Vendas Novas é um dos municípios da Região Alentejo e Sub-região do Alentejo Central, no Distrito de Évora, com cerca de 11 120 habitantes (INE, 2011).

2.1. CARATERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O concelho de Vendas Novas (Figura 1) é constituído por sete aglomerados urbanos – Vendas Novas, Landeira, Bombel, Afeiteira, Piçarras, Nicolaus e Marconi – ocupando uma área total de 222,51 Km², subdividido em 2 freguesias (Vendas Novas e Landeira).

Figura 1 – Concelho de Vendas Novas



Fonte: www.portfoliomatematica.no.sapo.pt

Vendas Novas é uma freguesia com 152,87 km² de área, 11 123 habitantes e 72,8 h/km² de densidade. A Landeira é uma freguesia com 69,64 km² de área, 723 habitantes e densidade 10,4 h/km² (INE,2011).

Segundo os dados dos Censos 2011, Vendas Novas tem um índice de dependência total de 63,4 % e um índice de dependência de idoso de 41,3 % (INE, 2011).

Relativamente às estruturas locais que desenvolvem programas dirigidos à comunidade, podem nomear-se o Centro de Saúde de Vendas Novas, a Camara Municipal de Vendas Novas, Junta de Freguesia de Vendas Novas, Junta de Freguesia da Landeira, Santa Casa da Misericórdia de Vendas Novas, Casa do Povo de Vendas Novas, Associação de Solidariedade Social 25 de Abril, Associação de Intervenção Comunitária de Vendas Novas, Apoio Domiciliário Desfrute em Casa e Academia Sénior.

O Centro de Saúde de Vendas Novas está incluído no Agrupamento de Centros de Saúde do Alentejo Central (ACES). De acordo com o artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de Fevereiro, "...os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde.", sendo o Centro de Saúde, de acordo com o mesmo artigo, "...um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários individualizados por localização e denominação determinadas".

Segundo a mesma fonte, o artigo 3.º estipula que os ACES têm como objetivo prestar cuidados de saúde primários à população, desenvolvendo atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados, desenvolvendo ainda atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participação na formação de diversos grupos profissionais, nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

O Centro de Saúde de Vendas Novas é responsável pela prestação de cuidados de saúde a toda a população do concelho. Integra a UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados), a UCC (Unidade de Cuidados na Comunidade) e o SAP (Serviço de Atendimento Permanente). A UCSP tem como objetivo prestar cuidados de saúde

personalizados, incluindo programas de vigilância, promoção da saúde e prevenção da doença em todas as fases do ciclo vital e, cuidados de saúde em situação de doença aguda. O horário de funcionamento é das 9h às 17h30m, de 2.^a a 6.^a feira. A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) de Vendas Novas tem uma área de atuação correspondente à área total do concelho. O horário de funcionamento é entre as 8h00 e as 20h00, de segunda a sexta-feira. Aos fins-de-semana e feriados funciona entre as 8h00 e as 13h00. Esta unidade tem parcerias com as escolas do concelho e com a equipa de intervenção precoce. A intervenção comunitária, a saúde escolar, a equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) e a preparação para o nascimento fazem parte das áreas de atuação.

A ECCI está inserida na UCC de Vendas Novas. Sendo uma equipa da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) tem como missão a prestação de cuidados adequados, de saúde e apoio social, a todas as pessoas que, independentemente da idade, se encontrem em situação de dependência, no Concelho de Vendas Novas. Esta equipa multidisciplinar da responsabilidade dos cuidados de saúde primários e das entidades de apoio social, presta serviços domiciliários, a pessoas em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se do domicílio (n.º 1 do Art. 27.º do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho).

2.2. CARATERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS

O centro de saúde de Vendas Novas, como foi referido anteriormente, integra a USCP, a UCC de Vendas Novas e o SAP. A USCP e o SAP funcionam no rés-do-chão do edifício do Centro de Saúde e a UCC no 1º andar do mesmo edifício.

A UCSP dispõe de uma equipa multidisciplinar: médicos de clínica geral, enfermeiras de cuidados gerais, enfermeira especialista em saúde materna e obstetrícia, assistentes operacionais e administrativos.

A UCC é constituída por uma equipa com enfermeiros, médicos, psicólogo, assistente social, fisioterapeuta, administrativa e assistente operacional, contando ainda com a colaboração de uma nutricionista.

A ECCI da UCC é constituída por 4 enfermeiras, 1 médica, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social. A equipa presta cuidados em todo o Conselho de Vendas Novas, tendo uma viatura própria para as suas deslocações.

O Serviço de Atendimento Permanente é constituído por um médico, enfermeiro, administrativo e assistente operacional.

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

As projeções para os próximos vinte anos, prevêem um aumento significativo do número de pessoas com 60 e mais anos nas várias regiões do mundo. Prevê-se ainda que neste período de referência, a população mundial com 60 e mais anos passe dos atuais 600 milhões para 1000 milhões em 2020 (Hortelão, 2003).

As estatísticas demográficas confirmam que existe uma clara correlação entre a idade e a necessidade de apoio. É necessário reconhecer as necessidades e responder de forma a diminuir o sofrimento que lhe está associado para viver com qualidade o maior tempo possível (Davie e Higginson, 2004). Torna-se cada vez mais pertinente ter capacidade de resposta para os problemas e necessidades das populações/comunidades. Neste campo, os cuidados de saúde primários têm vindo a adquirir um papel cada vez mais ativo.

As exigências da sociedade atual, no que se relaciona com as questões da saúde, atribuem ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, um papel cada vez mais importante para a promoção da saúde da comunidade e desenvolvimento de programas e projetos de intervenção comunitária, visando a capacitação e *empowerment*, com o objetivo de que cada um dos clientes, alvo da sua intervenção, possa tomar decisões livres e esclarecidas, no que concerne ao seu estado de saúde e dos que os rodeiam (Regulamento n.º128/2011, de 18 de Fevereiro).

Desta forma, são prioritárias atividades, tais como:

“...educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada

comunidade. Responsabiliza-se, também, por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos de determinada área geográfica e assegurar a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a dos outros profissionais de saúde e parceiros comunitários num determinado contexto social, económico e político” (Regulamento n.º128/2011, de 18 de Fevereiro, p.1).

De acordo com as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, procurei mobilizar com o presente projeto as seguintes:

- **Avaliação do estado de saúde de uma comunidade, com base na metodologia do planeamento em saúde, de acordo com as seguintes etapas:**

- ✓ Elabora o diagnóstico de saúde de uma comunidade;

Esta etapa é imprescindível para o desenrolar das atividades desenvolvidas durante o estágio curricular. Para intervir junto da comunidade foi necessário efetuar um estudo da população de forma a identificar as suas necessidades e elaborar um diagnóstico da situação.

O diagnóstico é uma das fases que compõe o planeamento em saúde e surge após a colheita dos dados, levando à identificação de necessidades. É uma apreciação feita ao indivíduo, família ou comunidade de modo a detetar problemas de saúde, reais ou potenciais com o objetivo de traçar intervenções em enfermagem para atingir resultados esperados, sendo o enfermeiro um dos principais responsáveis (Stanhope e Lancaster, 2011).

- ✓ Estabelece prioridades em saúde;

Diagnosticar a situação das famílias cuidadoras e definir estratégias de forma a diminuir as suas dificuldades é de grande pertinência para a equipa multidisciplinar, assim como para a população, podendo desta forma obter-se ganhos em saúde.

Após a elaboração do diagnóstico de situação, foram identificados os problemas prioritários da população. Neste caso, a prioridade foi intervir junto dos cuidadores informais dos utentes em ECCI para diminuir as dificuldades/problemas sentidos no cuidar.

Os cuidadores informais apresentam frequentemente alguma perturbação na sua saúde (física, emocional e social) e qualidade de vida devido à sobrecarga da tarefa de cuidar, passando quase todo o tempo junto do idoso dependente (Leme e Silva, 2000).

Os familiares que assumem o papel de cuidadores informais podem entrar em situação de crise, cujos principais sintomas são: tensão, constrangimento, fadiga, stresse, frustração, redução do convívio, depressão e alteração da auto-estima, entre outros. Esta sobrecarga ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador (Martins, Ribeiro e Garret, 2003).

- ✓ Estabelece objetivos e estratégias face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas;

O planeamento de intervenções em enfermagem permite ao enfermeiro estabelecer objetivos, de acordo com as prioridades identificadas, formulando ainda os resultados esperados (Potter e Perry, 2006).

Para que as atividades implementadas fossem as adequadas, houve necessidade de se definirem objetivos e estratégias na elaboração do projeto de intervenção, de acordo com as necessidades e prioridades.

- ✓ Estabelece programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;

Com o diagnóstico da situação feito, estabelecidas as prioridades, os objetivos e as estratégias de intervenção, chegou o momento da intervenção junto da população, executando um projecto de apoio ao cuidador informal, de forma a diminuir as suas dificuldades na prestação dos cuidados.

Após o planeamento das atividades, foram criadas condições para a sua execução. Segundo Stanhope e Lancaster (2011) a execução é uma atividade desenvolvida para gerir um problema específico do utente e para promover e restabelecer a saúde ou prevenir a doença.

- ✓ Avalia programas e projetos de intervenção com vista à resolução dos problemas identificados;

No momento da avaliação, o enfermeiro constata os resultados obtidos após a sua intervenção. Segundo Potter e Perry (2006) a avaliação fará corresponder o valor das ações de enfermagem na reação do utente/família/comunidade e o progresso dos mesmos no sentido de serem atingidos os objetivos.

Após a realização das atividades planeadas, foi necessário proceder à sua avaliação, de forma a perceber se os objetivos foram ou não atingidos.

- **Contributo para o processo de capacitação de grupos e comunidades, de acordo com as seguintes etapas:**

- ✓ Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projetos de saúde e ao exercício da cidadania;

Este projeto de intervenção comunitária, apesar do seu cariz académico, contou com o apoio de outros agentes comunitários para desenvolver as atividades e atingir os objetivos planeados. Assim, é crucial estabelecer parcerias, com vista à mobilização de outros recursos da comunidade, na procura de soluções.

A capacitação dos cuidadores informais para a prestação dos cuidados ao familiar dependente esteve presente em todo o processo interventivo na comunidade.

- ✓ Integra, nos processos de mobilização e participação comunitária, conhecimentos de diferentes disciplinas: enfermagem, educação, comunicação, e ciências humanas e sociais;

O projeto de apoio ao cuidador informal, teve sempre inerente a promoção da melhoria dos cuidados prestados ao utente da ECCI, assim como da sua qualidade de vida e do cuidador.

No decorrer das sessões de educação para a saúde realizadas foi adequada a comunicação e linguagem de acordo com o receptor/população alvo, neste caso o cuidador. Para além da disciplina enfermagem, estiveram presentes outras disciplinas como a educação e foram considerados os conhecimentos presentes nas ciências humanas e sociais.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

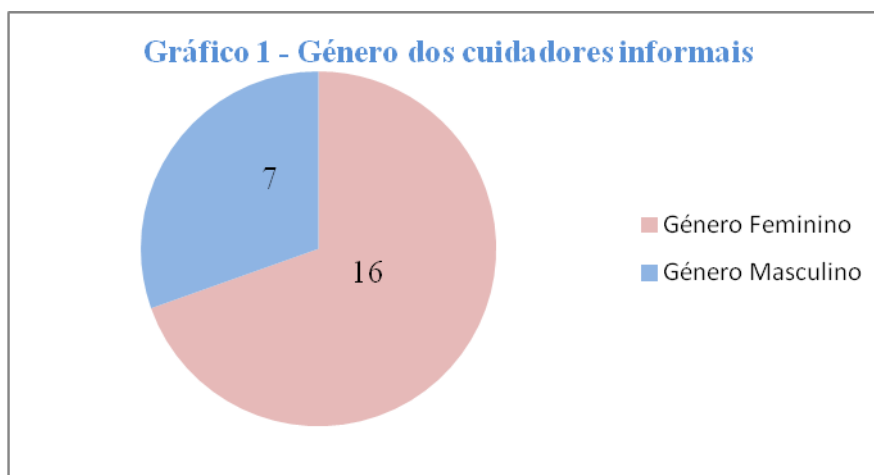
Segundo Polit, Beck e Hungler (2004: p.224), uma população “(...) é um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados”. Para Fortin (2009: p.70) a população alvo “é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum”.

A população alvo deste estudo são os cuidadores informais dos 23 utentes, a quem são prestados cuidados pela ECCI da UCC de Vendas Novas.

3.1. CARATERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

Segundo Martín (2005), a maioria do cuidado informal proporcionado aos idosos é prestado pelas mulheres. Kalache (2009) refere que é a mulher, principalmente as mulheres idosas, por vezes também doentes, que cuidam em casa, continuando a suportar o encargo principal da comunidade, em qualquer país.

Para a caraterização da população foi construído um questionário (Anexo1), que será apresentado em capítulo próprio. Assim, da análise dos dados recolhidos através deste instrumento, conclui-se que na ECCI de Vendas Novas, os cuidadores informais são maioritariamente do género feminino. Como se pode observar no gráfico 1, dos 23 cuidadores informais, 16 são do género feminino e 7 do género masculino.

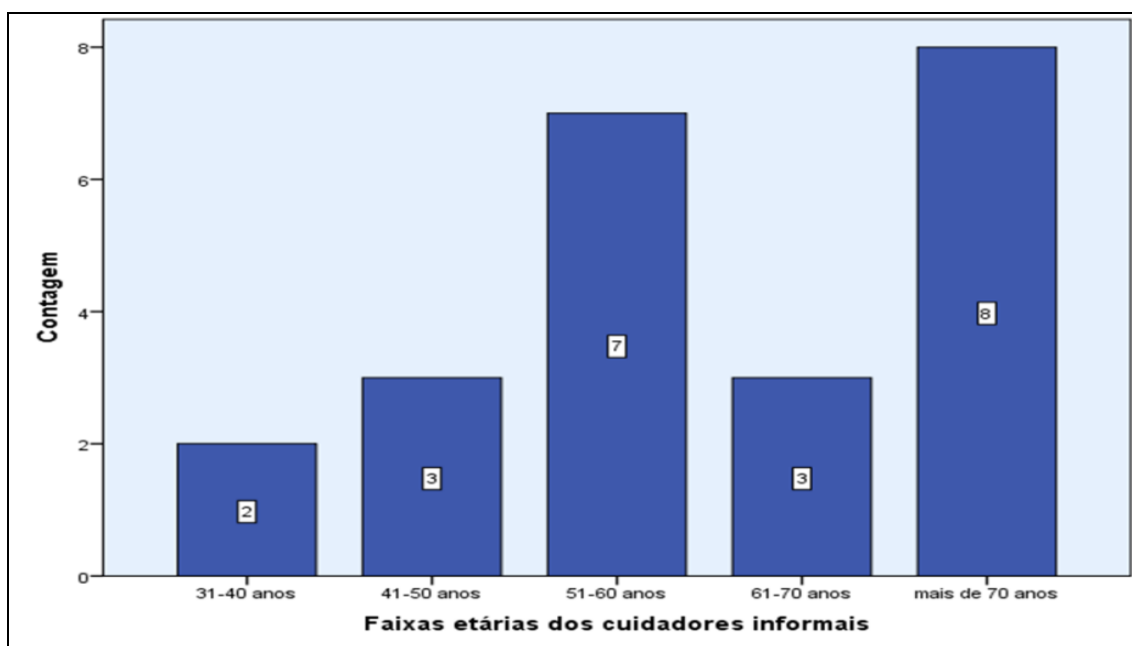


Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

Os cuidadores informais dos utentes da ECCI são na sua maior parte idosos, facto que deve ser considerado, pois também estes cuidadores idosos vão perdendo algumas das suas capacidades, tendo maiores dificuldades em cuidar. Estes cuidadores deixam muitas vezes de cuidar da própria saúde para cuidar do seu familiar.

Em consequência do envelhecimento demográfico acresce o número de cuidadores idosos, o que por vezes acarreta limitações físicas inerentes ao processo de envelhecimento logo, a atividade de cuidar representa um fator acrescido de morbilidade física e mental (Sequeira, 2007). Como se pode observar no gráfico seguinte, 8 dos cuidadores têm idades superiores a 70 anos, 3 têm entre 61 e 70 anos, 7 têm entre 51 e 60 anos, 3 entre os 41 e os 50 anos e 2 entre os 31 e os 40 anos.

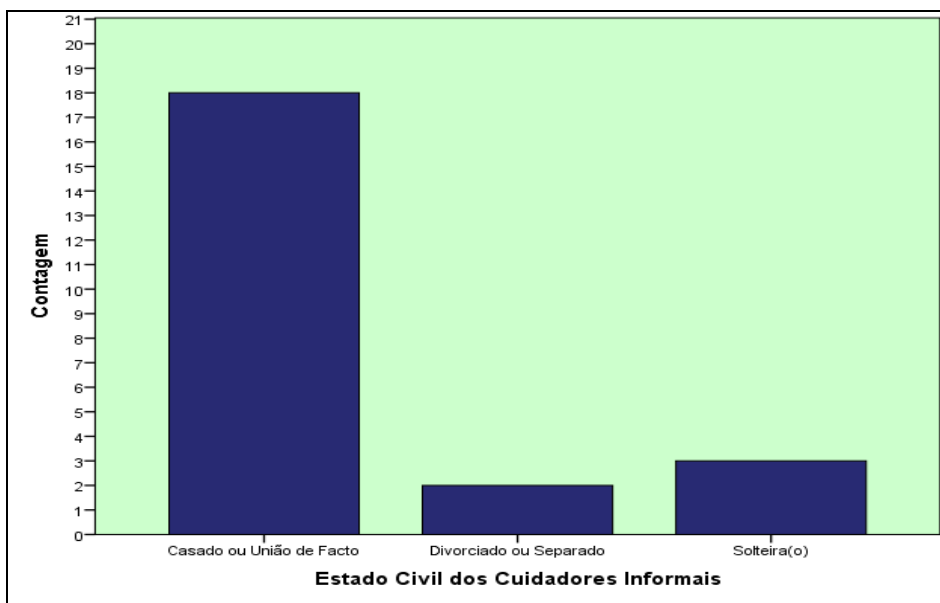
Gráfico 2 – Idades dos Cuidadores Informais



Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

Relativamente ao estado civil dos cuidadores informais, a maioria (18) são casados ou em união de facto. Os cuidadores solteiros são 3 e os separados ou divorciados são 2 (gráfico 3).

Gráfico 3 – Estado Cívil dos Cuidadores Informais

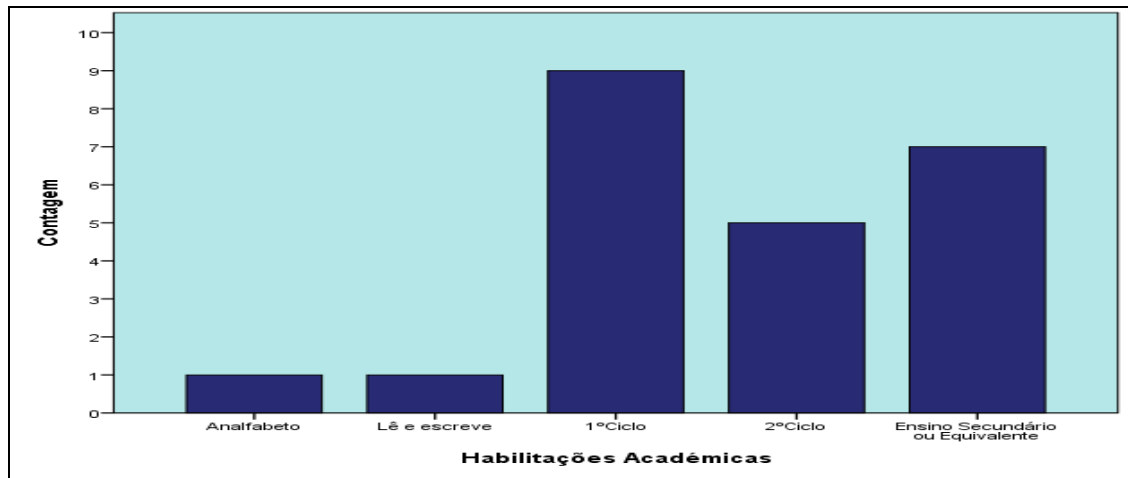


Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

Segundo Sequeira (2007), a maioria dos cuidadores informais são pessoas com baixa escolaridade, que não têm atividade profissional, têm baixos rendimentos e habitualmente vivem em co-residência. Relativamente às habilitações académicas (gráfico 4), 9 dos cuidadores dos utentes da ECCI, têm o 1º ciclo, 5 têm o 2º ciclo, 7 têm o ensino secundário ou equivalente, 1 dos cuidadores apenas sabe ler e escrever e 1 é analfabeto.

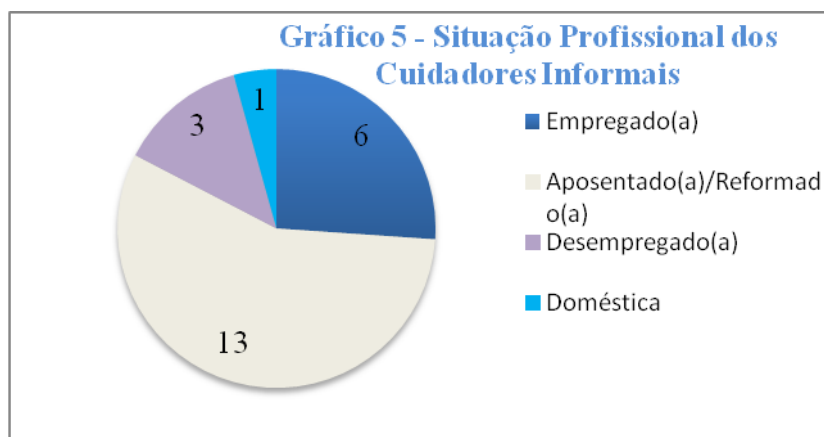
Apesar de prevalecer o 1º ciclo, saliente-se o número de cuidadores com o ensino secundário e o número baixo de cuidadores analfabetos ou que apenas sabe ler e escrever.

Gráfico 4 – Habilitações Académicas dos Cuidadores Informais



Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

No que diz respeito à situação profissional (gráfico 5), a maioria destes cuidadores são reformados(as)/aposentados(as) (13), 6 estão empregados, 3 dos cuidadores são domésticas e 1 está desempregado. Este facto pode estar relacionado com a idade avançada de parte dos cuidadores informais. Consta-se portanto que 17 cuidadores não têm atividade profissional.

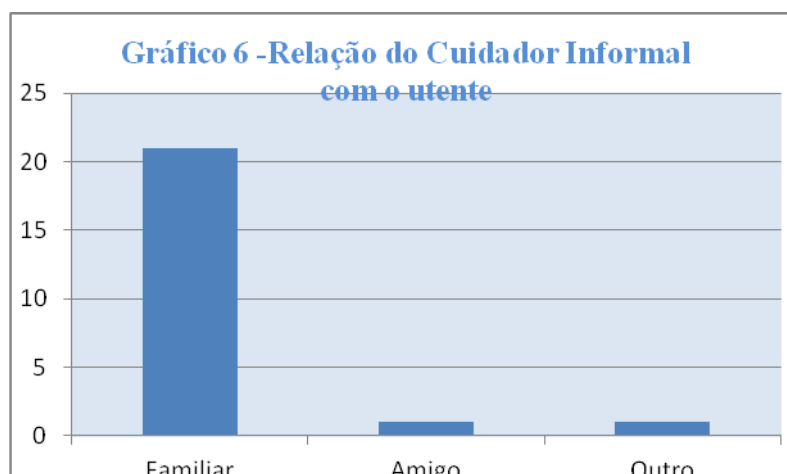


Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

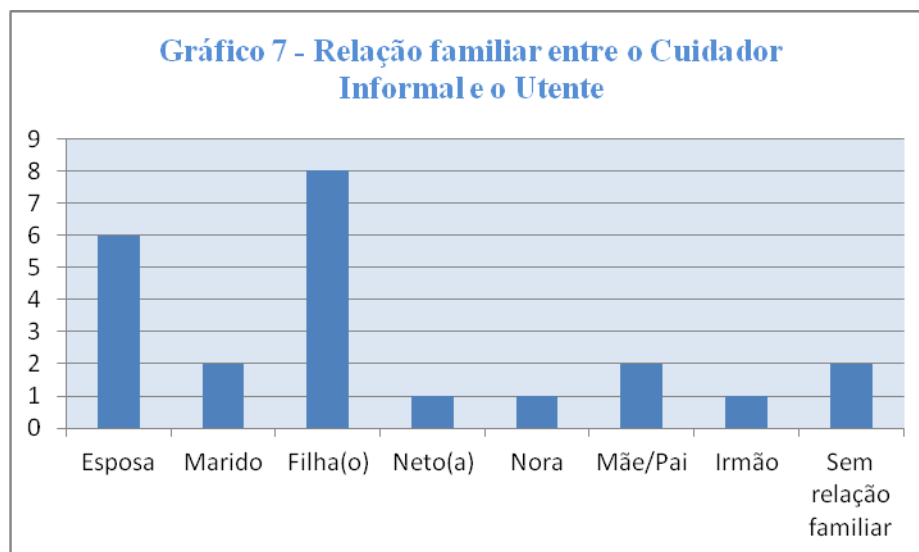
No atual contexto social, a família é um lugar privilegiado nos cuidados aos idosos, pois o ambiente familiar é sem dúvida o cenário onde cada pessoa anseia viver e morrer com respeito e dignidade (Silva, 2006). Imaginário (2004), concluiu no seu estudo sobre idosos

dependentes que, a tarefa de cuidar de um idoso dependente é um dever familiar, lugar privilegiado para ser cuidado, onde lhe são prestados melhores cuidados.

A relação entre o utente e cuidador (gráfico 6), é maioritariamente familiar e ocorre em 21 dos 23 cuidadores. Apenas 1 dos cuidadores tem relação de amizade com o utente e outro cuidador (empregada doméstica) tem outro tipo de relação com o utente. As relações familiares entre o cuidador e o utente estão expressas no gráfico 7. Dos 23 cuidadores informais, 8 são filha(o) do utente, 6 das cuidadoras são esposas. O marido é cuidador em 2 casos. Existe também uma situação em que o cuidador é neto(a), outra em que é a nora e outra que é irmã(o). Existem 2 casos em que o cuidador é pai/mãe e outros 2 casos em que não existe relação familiar.



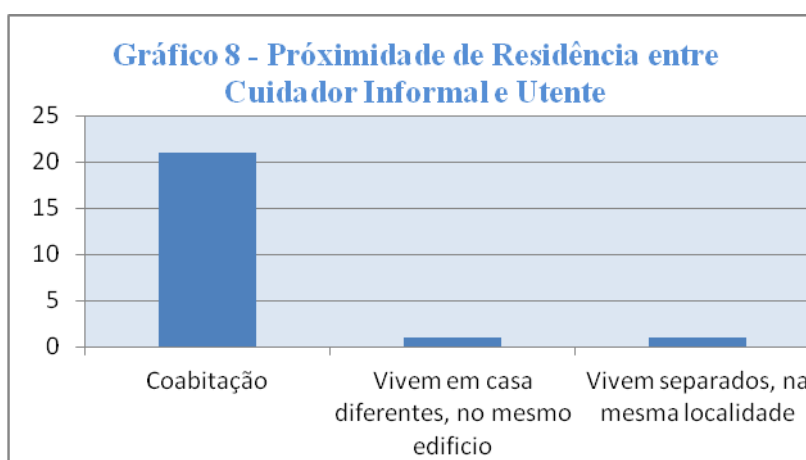
Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais



Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

A proximidade de residência entre o cuidador informal e o utente está descrita no gráfico 8, em que 21 dos cuidadores coabitam com o utente, ou seja, todos os que têm uma relação familiar. Um dos cuidadores vive em casa diferente mas no mesmo edifício e outro cuidador vive separado do utente, mas na mesma localidade.

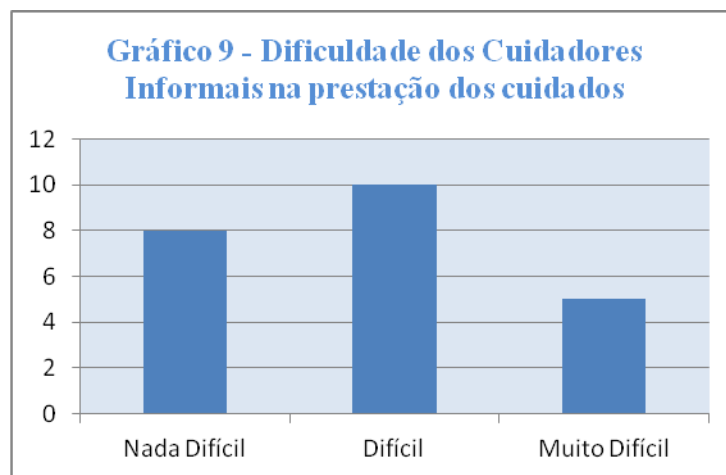
Lage (2005) refere que a coabitação é considerada como essencial para prestar os cuidados de carácter instrumental, pois o cuidado emocional depende da proximidade física. Sequeira (2007) refere que a co-residência é extremamente importante para o papel de cuidador informal, pela proximidade física e afetiva, o que o coloca numa posição privilegiada no desempenho do seu papel.



Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

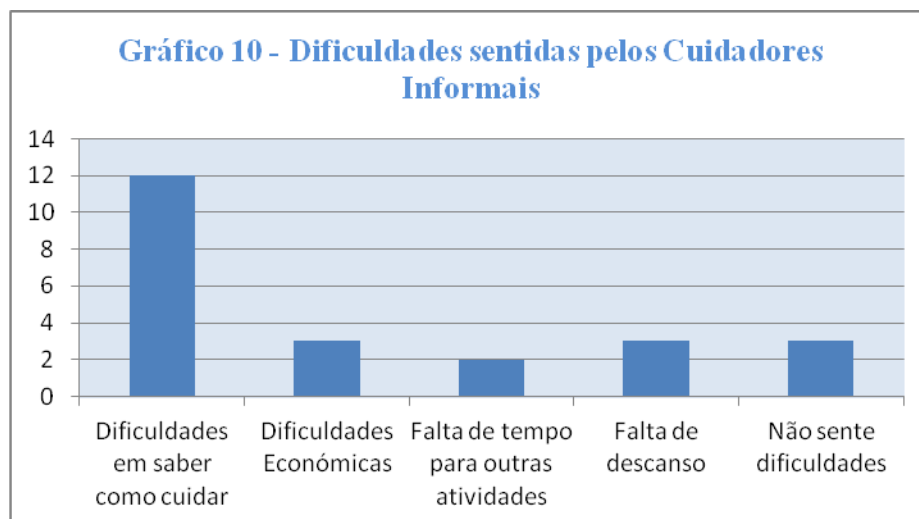
As dificuldades das famílias na prestação de cuidados, relacionam-se com os obstáculos que enfrentam no cuidado ao idoso e às repercussões da doença nas incapacidades e/ou dependência total ou parcial, nas atividades básicas no domicílio (Marcon et al, 2006).

Quando questionados acerca das dificuldades sentidas ao cuidar dos familiares, os cuidadores consideram, na sua maior parte (10) que é “difícil cuidar”, 8 referem que cuidar é “nada difícil” e 5 consideram que cuidar é “muito difícil” (Gráfico 9). Desta forma, para a maioria destes cuidadores, cuidar de uma pessoa dependente apresenta algum grau de dificuldade.



Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

Apesar de na questão anterior 8 dos cuidadores terem referido que era “nada difícil” cuidar, quando questionados acerca das dificuldades sentidas, apenas 3 não apresentaram qualquer dificuldade. As dificuldades sentidas pelos cuidadores informais são para a maioria “saber como cuidar” (12), 3 referem a “falta de descanso”, as “dificuldades económicas” também estão presentes em 3 dos cuidadores e 2 referem a “falta de tempo para outras atividades”. De referir que 3 dos cuidadores não sentem dificuldades (Gráfico 10).

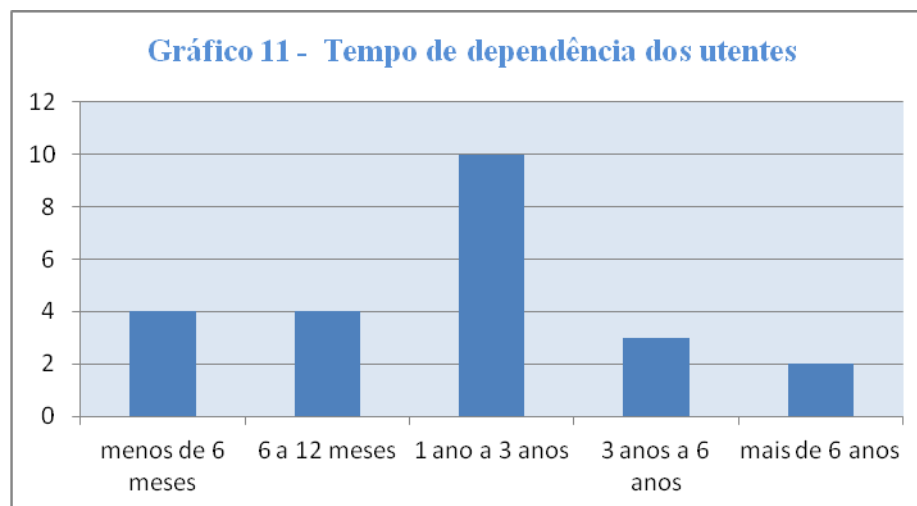


Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

A dependência é um problema grave de saúde, que interfere na qualidade de vida do idoso e do cuidador informal pelo que requer a tomada de medidas individuais, sociais, governamentais, devendo-se promover sempre a máxima autonomia, confiança e autovalorização (Grelha, 2009).

Em Portugal a população está cada vez mais idosa, com um acréscimo de situações de dependência que criam novas necessidades em saúde. Desta conjuntura surge a exigência real e potencial de cuidados complexos por longos períodos de tempo, onde as redes informais ocupam um lugar privilegiado nos cuidados à pessoa idosa (Cruz et al, 2010).

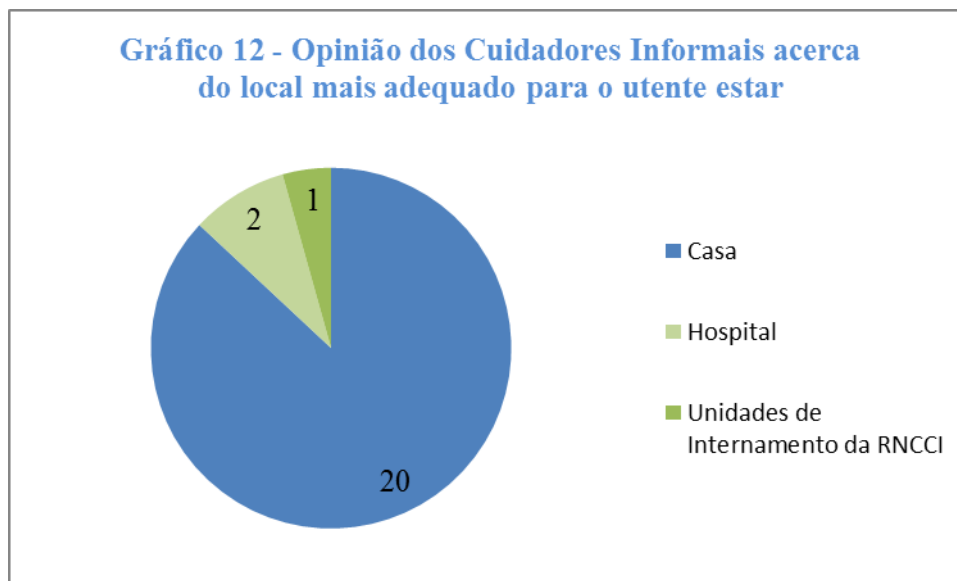
Grande parte dos utentes cuidados por estes cuidadores informais, estão em situação de dependência desde há 1 a 3 anos (10 utentes), 4 estão dependentes há menos de 6 meses, 4 entre 6 a 12 meses, 3 estão dependentes de 3 a 6 anos e 2 há mais de 6 anos (Gráfico 11). Podemos concluir que a maioria está numa situação de dependência há mais de 1 ano.



Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

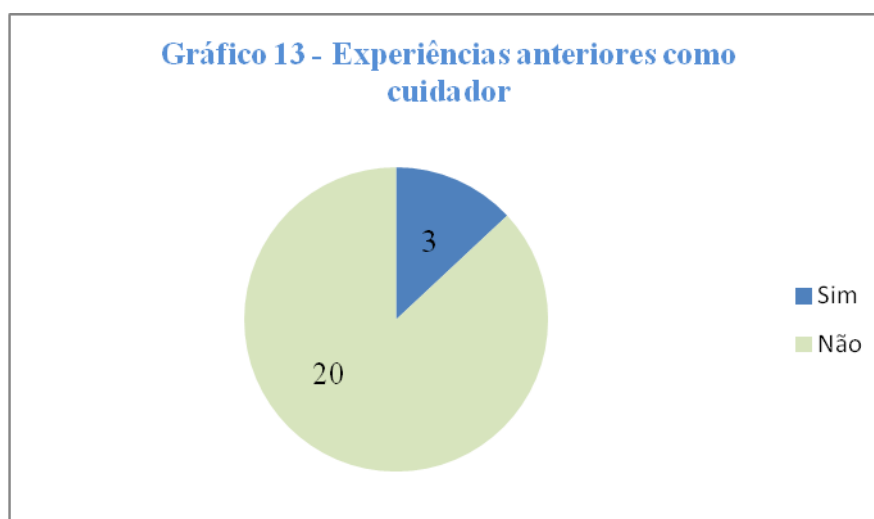
Lage (2005) dá importância ao facto da manutenção do idoso no ambiente familiar, lhe permitir viver num ambiente conhecido e preservar a sua intimidade. A preocupação de não recorrer à institucionalização é evidente, tanto por parte das pessoas dependentes como dos seus cuidadores, fundamentalmente para não se sujeitarem à censura social, pela importância que advém da manutenção do idoso no seu meio familiar e social, pela interação que podem estabelecer e pela possibilidade de satisfazer a vontade da pessoa dependente (Imaginário, 2004).

Quando os cuidadores informais foram questionados relativamente ao local mais adequado para os seus familiares estarem, a grande maioria dos cuidadores referiu ser em casa (20 cuidadores). Apenas 1 cuidador referiu que o utente estaria melhor em unidades de internamento da RNCCI e 2 cuidadores escolheram o hospital como o local mais adequado para o utente ser cuidado (gráfico 12).



Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

A maioria dos cuidadores informais questionados (20) não têm experiências anteriores como cuidadores. No gráfico 13, pode observar-se que apenas 3 dos cuidadores já tinham, anteriormente, cuidado de outros familiares

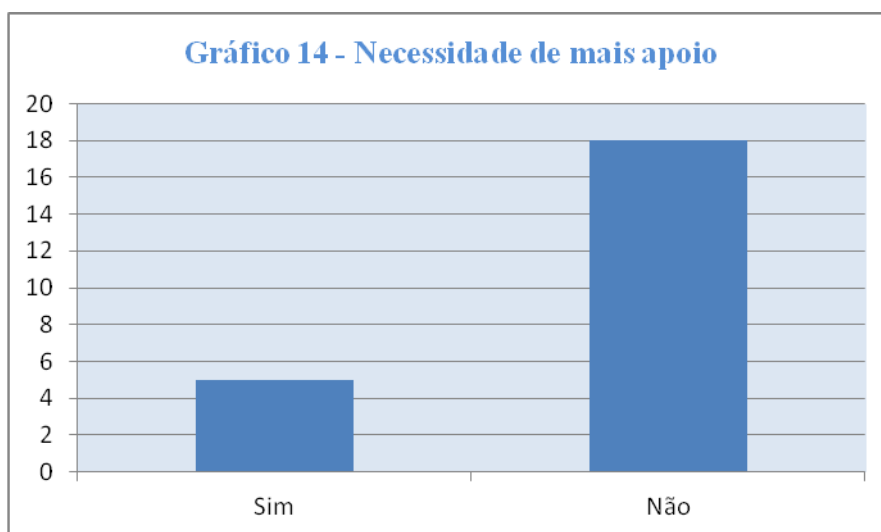


Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

Pimentel (2006), menciona que serão poucos os cuidadores que têm algum tipo de formação ministrada por profissionais, apesar disso, muitos deles sentem-se preparados para

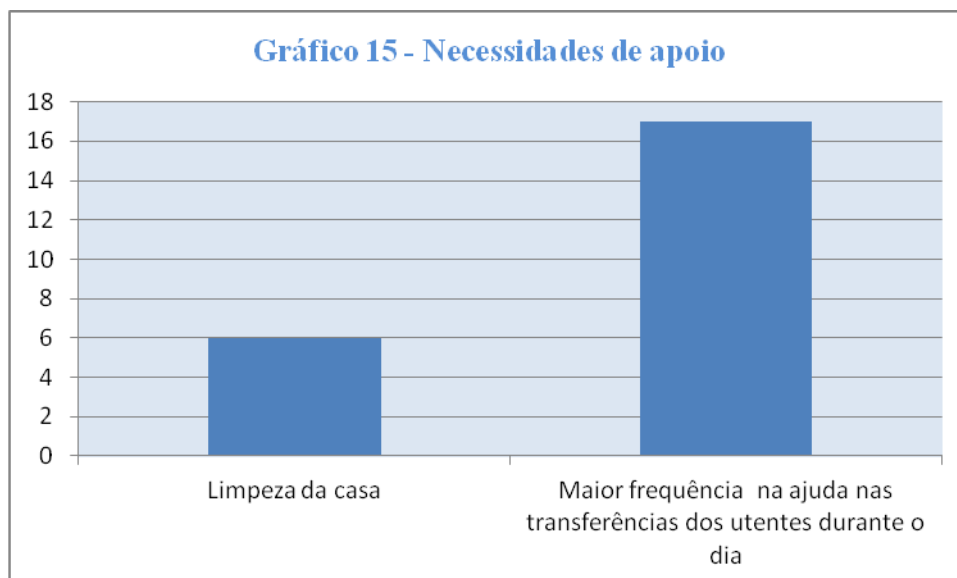
desempenhar todas as tarefas necessárias à manutenção do bem-estar dos seus familiares, situação esta que pode ser propiciada pelo fato de que muitas vezes, os próprios cuidadores se auto-representam como pessoas com uma aptidão especial para cuidar.

Quando questionados sobre a necessidade de apoios, a maioria dos cuidadores informais referem não precisar de mais. Como se pode observar no Gráfico 14, apenas 5 dos cuidadores informais refere precisar de mais apoio.



Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

Apesar de apenas 5 dos cuidadores terem referido, na questão anterior, que necessitavam de mais apoio, quando questionados acerca das necessidades de apoio, 6 dos cuidadores referiram necessitar de apoio na limpeza da casa e 17 referiram necessitar de mais apoio na atividade deitar/levantar utente, com maior frequência durante o dia (Gráfico 15).



Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

Os cuidadores informais apresentam frequentemente alguma perturbação na sua saúde (física, emocional e social) e qualidade de vida, devido à sobrecarga da tarefa de cuidar, passando quase todo o tempo junto do idoso dependente (Leme e Silva, 2000).

Para Sequeira (2010) o conceito de sobrecarga reporta-se ao conjunto das consequências que sucedem na sequência de um contacto próximo com um doente ou idoso dependente com/sem demência. Os familiares que assumem o papel de cuidadores informais podem entrar em situação de crise, cujos principais sintomas são: tensão, constrangimento, fadiga, stress, frustração, redução do convívio, depressão e alteração da auto-estima, entre outros. Esta sobrecarga ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador (Martins, Ribeiro e Garret, 2003).

Relativamente à sobrecarga do cuidador, foi aplicada a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Anexo 2), escala validada para a população portuguesa (Sequeira, 2007), da qual fazem parte 22 questões que avaliam a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento. A escala de Zarit está dividida em quatro domínios

(impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas com o cuidar e a percepção de auto-eficácia)

A classificação da sobrecarga atribui um score global que varia entre 22 e 110, em que um maior score corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: Inferior a 46 = Sem sobrecarga; Entre 46 a 56 = Sobrecarga ligeira; Superior a 56 = Sobrecarga intensa (Sequeira, 2007).

Nos anos 80, Zarit e seus colaboradores alargaram a avaliação da sobrecarga do cuidador ao âmbito gerontológico. Segundo estes, a avaliação das várias alterações observadas nos cuidadores revelou-se a chave fundamental para a definição do conceito de sobrecarga (Zarite, Reeve e Bach-Peterson, 1980).

Sequeira (2007) refere que vários estudos gerontológicos realizados mostraram que, as dimensões que influenciam a sobrecarga do cuidador têm uma componente objetiva e outra subjetiva. A dimensão objetiva refere-se às atividades e acontecimentos diretamente associados ao desempenho do papel do cuidador no apoio às tarefas diárias, resolução dos problemas comportamentais e emocionais, enquanto a dimensão subjetiva tem a ver com as reações emocionais, sentimentos e emoções, relacionadas com as atividades e acontecimentos decorrentes da dimensão objetiva. Para além das dimensões referidas há outros aspetos relacionados com a sobrecarga e que são: carga física associada à prestação dos cuidados, limitação do tempo para si devido ao cuidar, custos económicos e o impacto nas relações interpessoais.

Segundo Scazufca (2002), no domínio da sobrecarga objetiva, a literatura tem realçado a sobrecarga apresentada pela pessoa que cuida (“caregiver burden”), também designado por cuidador ou prestador de cuidados. Tendo sido o cuidador principal ou cuidador primário (“primary caregiver”), o elemento mais investigado. O papel do cuidador tem uma função principal na relação de prestação de cuidados, tendo como consequência lógica a de destinatário das principais repercussões associadas ao cuidar.

Segundo Sequeira (2007), o componente objetivo da sobrecarga surge em consequência da natureza e da necessidade de cuidados, em função dos sintomas e sinais orgânicos e psíquicos.

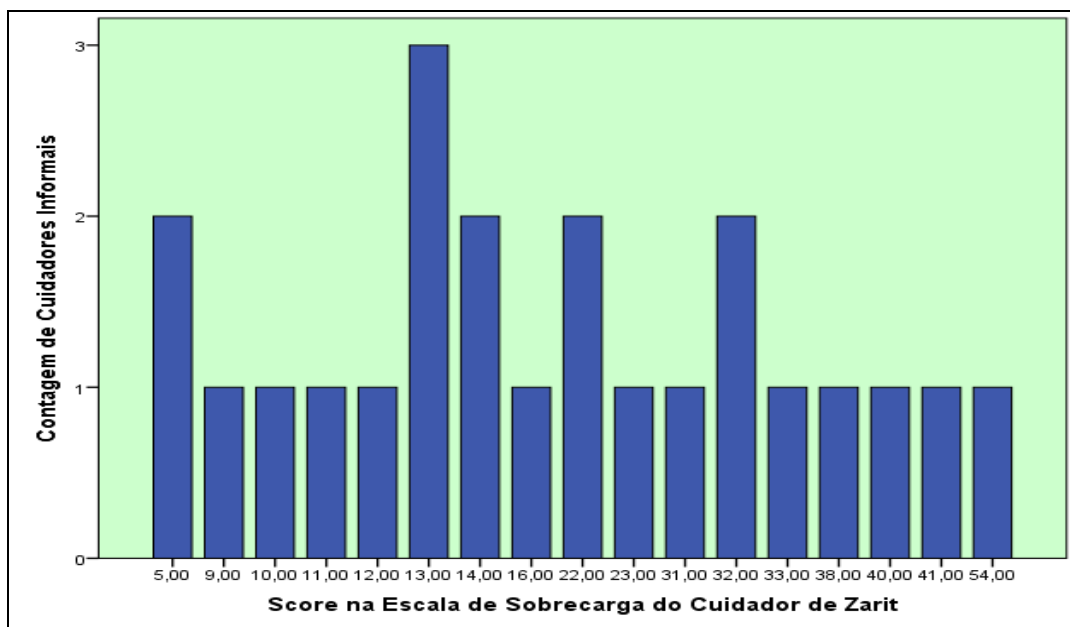
A sobrecarga subjetiva consiste na percepção pessoal do familiar cuidador sobre as consequências do cuidar.

A Escala de Zarit é um instrumento de medida que nos permite identificar/monitorizar a sobrecarga, de modo a construir uma matriz, a partir da qual se estruturam respostas capazes de diminuir as consequências negativas associadas à prestação de cuidados (Sequeira, 2007).

O acumular dos vários papéis pelo cuidador informal, resulta muitas vezes em sobrecarga física, psicológica e intelectual que amiúde se traduz num elevado absentismo ao trabalho, devido a dificuldades e doenças familiares (Relvas e Alarcão 2007). A sobrecarga do cuidador diz respeito às consequências físicas, psicológicas e sociais próprias do facto de se cuidar de outra pessoa (Lage 2005).

No gráfico 16, observa-se que dos 23 cuidadores informais, 22 têm ausência de sobrecarga, 1 apresenta sobrecarga ligeira e nenhum cuidador apresenta sobrecarga intensa.

Gráfico 16 - Sobrecarga dos Cuidadores Informais

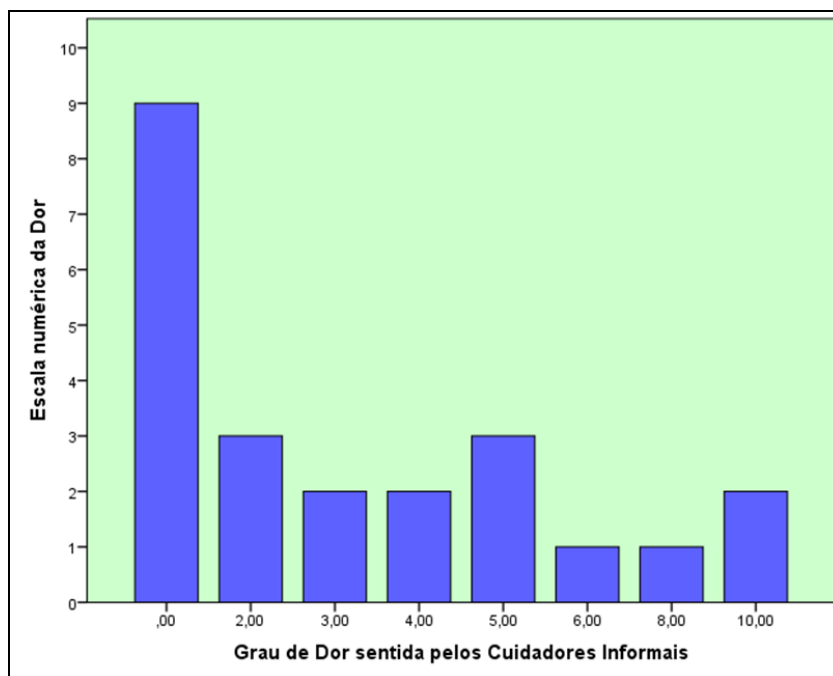


Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

Karsch (2003), realizou um estudo onde mostrou que as dores corporais, nos cuidadores informais, seriam um fator limitante no desenvolvimento da prestação de cuidados. Para se ter informação acerca da dor sentida pelos cuidadores, foi utilizada a escala numérica da dor (Anexo 3). De zero a dez, a pessoa refere o número correspondente à sua dor, em que zero corresponde a ausência de dor e dez à dor mais intensa.

No Gráfico 17, observa-se a escala da dor e a classificação dos cuidadores informais. Dos 23 cuidadores, 9 referem não ter dor; 3 referem ter dor de grau 2; 2 de grau 3; 2 de grau 4; 3 de grau 5; 1 de grau 6; 1 de grau 8 e 2 de grau 10.

Gráfico 17 – Dor sentida pelos Cuidadores Informais



Fonte: Questionário aos Cuidadores Informais

3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECIFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

A família em Portugal e nos países do sul da Europa é considerada a unidade básica de suporte a todos aqueles que precisam de cuidados, sejam crianças, jovens, adultos ou idosos (Figueiredo, 2006). Cuidar faz parte da história, experiência e valores da família. A função assistencial tem estado intimamente vinculada à família, até ao ponto de ser considerada como uma tarefa diretamente sua (Lage, 2005).

O papel dos cuidadores informais é de extraordinária importância na sociedade atual com implicações importantes tanto a nível económico, como social e humano. Sobretudo na Europa e nos Estados Unidos também é visível a tendência para a manutenção dos idosos no seu domicílio, mesmo os idosos com demência (Sequeira 2007). Wacker e Roberto (2008) confirmam que é indiscutível que os cuidadores informais são atualmente uma peça importante nos cuidados aos mais velhos, apesar das alterações ao nível da estrutura familiar, dos novos modelos de família, da elevada taxa de atividade feminina e da consequente sobrecarga de trabalho, devido ao facto de acumular todos estes papéis. As pesquisas documentam que os familiares que prestam apoio aos idosos, assumem um papel importante no seu bem-estar físico, psicológico e financeiro. Hoff (2009) também considera que para, a ameaça de que num futuro mais ou menos próximo, o número dos futuros cuidadores sofrerá uma diminuição, numa sociedade em que o envelhecimento da população é uma realidade indiscutível.

José, Wall e Correia (2002) reforçam a ideia de que as famílias que cuidam de idosos com elevada dependência são acometidas pelos impactos negativos resultantes dessa prestação de cuidados, tanto ao nível individual, como familiar. Também Paúl (1997) refere que os cuidadores familiares principais têm uma qualidade de vida mais baixa e uma saúde mais fraca do que a população em geral. Leme e Silva (2000) referem ainda, que os cuidadores informais apresentam frequentemente alguma perturbação na sua saúde (física, emocional e social) e qualidade de vida devido à sobrecarga da tarefa de cuidar, passando quase todo o tempo junto do idoso dependente.

Os familiares que assumem o papel de cuidadores informais podem entrar em situação de crise, cujos principais sintomas são: tensão, constrangimento, fadiga, stresse, frustração, redução do convívio, depressão e alteração da auto-estima, entre outros. Esta sobrecarga ou tensão pode acarretar problemas físicos, psicológicos, emocionais, sociais e financeiros, que acabam por afetar o bem-estar do doente e do cuidador (Martins, Ribeiro e Garret, 2003).

A sobrecarga do cuidador diz respeito às consequências físicas, psicológicas e sociais próprias do fato de se cuidar de outra pessoa (Lage 2005). Segundo Sequeira (2007) considera-se sobrecarga objetiva aquela que está relacionada com os acontecimentos e atividades concretas e refere-se à alteração em parâmetros da vida do cuidador, potencialmente observáveis e quantificáveis (sobrecarga física, económica,...), a sobrecarga subjetiva é entendida enquanto

sentimentos, atitudes e reações emocionais face à experiência do cuidar, ou seja, como cada um avalia a sobrecarga objetiva.

No estudo realizado por Brito (2002) para os prestadores de cuidados, as principais fontes de dificuldades relacionam-se com as consequências diretas para os próprios, tanto pelos efeitos a nível físico, como psicológico ou social, além dos problemas financeiros. A falta de liberdade, o excesso de trabalho, a falta de tempo para os outros membros da família e a alteração geral na dinâmica familiar foram mencionadas. Os problemas relacionais com o idoso dependente foram sentidos como uma importante fonte de dificuldade. Aliado a estes aspetos surge ainda o deficiente apoio profissional. Refere ainda a autora que, outros estudos corroboram estes resultados, salientando os mesmos, as alterações da vida social e familiar, problemas económicos e laborais, cansaço e desgaste físico e psíquico.

Tendo em conta o aumento da dependência dos idosos, existe uma preocupação em promover a autonomia dos cuidadores informais, reforçando e promovendo através da intervenção da Educação para a Saúde os conhecimentos necessários para o processo de cuidar, tentando melhorar a sua qualidade de vida e os cuidados prestados. Contudo, verifica-se que os apoios das organizações de saúde, ainda são pontuais. Existe uma preocupação: o bem-estar físico e psicológico dos cuidadores informais de idosos dependentes, também eles, em muitos casos idosos (Grelha, 2009).

As estatísticas demográficas certificam que existe uma clara correlação entre a idade e a necessidade de apoio. É necessário conhecer as necessidades e responder de forma a diminuir o sofrimento que lhe está associado, para viver com qualidade o maior tempo possível (Davie e Higginson, 2004).

3.3. ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO-ALVO

Dada a pertinência deste tema, bastante atual e motivo de grandes preocupações para as políticas de saúde, existem diversos estudos que abordam as questões das necessidades dos cuidadores informais.

As consequências que os cuidadores informais e os familiares enfrentam ao cuidarem de seus doentes no domicílio são abordadas por diferentes autores. Segundo Martins, Ribeiro e Garrett (2003), a doença é uma situação de crise, seja que doença for, é sempre um acontecimento de angústia e nervosismo, que tem impacto no doente e na família.

Um estudo desenvolvido por Marques et al. (2012) destaca o impacto de um utente dependente e da sua doença na vida do familiar responsável pelo seu cuidado. Com base nos depoimentos das oito cuidadoras informais entrevistadas, do estudo anteriormente referido, pode compreender-se a extensão das dificuldades e implicações negativas que o cuidar pode ter para os cuidadores quando estes não são apoiados e orientados. A falta de preparação do cuidador pode trazer consequências negativas tanto para quem cuida quer para a pessoa doente, resultando, inclusivé, em frequentes hospitalizações. Pode, também, originar ansiedade e maior desgaste físico, ocasionando situações de risco para ambos.

Com base em vários estudos, Figueiredo (2006), refere alguns tipos de necessidades sentidas pelos cuidadores, tais como, necessidades de apoio no domicílio e de ajudas técnicas, necessidades em cuidados de enfermagem, de higiene e, no apoio das tarefas domésticas. A existência de material técnico adequado é também importante, como, por exemplo, cadeira de rodas, andarilho, cama articulada, arrastadeira, urinol, etc., tudo o que facilite as tarefas do cuidar. Será também importante saber se este tipo de material pode ser alugado ou não, para reduzir as despesas.

Palma (1999) citado por Andrade (2009) concluiu no seu estudo que as cuidadoras tinham os cuidados de alimentação, de higiene e de vestir a pessoa dependente como atividades difíceis, devido ao tempo gasto com elas, ao esforço despendido e à frequência com que as realizavam. Também para os familiares de pessoas com demências, as maiores necessidades são a nível das ajudas nas atividades de vida diárias (Gonçalves P. e Mateos, 2006).

Estudos internacionais reforçam a necessidade dos cuidadores informais receberem formação sobre como melhor cuidar dos seus familiares dependentes, uma vez que muitas das tarefas realizadas podem ser inadequadas e provocarem acentuados problemas físicos, emocionais, psicológicos e pessoais (Andrade, 2009; Kurz, et al., 2010). Ações de formação já desenvolvidas revelaram significativos sucessos na formação dos cuidadores informais e uma maior partilha de informação e interação com outros cuidadores acerca das suas experiências

e inquietudes, bem como novos conhecimentos sobre as doenças, sugestões em como melhor cuidar, mudança nas ideias preconcebidas e consciencialização do grupo de enfermagem em oferecer habilidades básicas no acompanhamento dos familiares e pacientes dependentes (Mahoney, 1994; Padilla, 2008; Gelmini et al., 2009).

O reforço em programas de intervenção na área formativa, de modo a capacitar o cuidador informal, promove um aumento de competências, diminuindo-lhe a sobrecarga, e um aumento da sua qualidade de vida e da própria pessoa idosa a quem presta cuidados (Júnior, Corrente et al., 2011).

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

A população-alvo, segundo Fortin (2009) (p.70) “é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum. Como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível, isto é, que está limitada a um lugar, uma região, uma cidade, uma escola, um centro hospitalar”.

No início deste projeto foi feito o recrutamento da população-alvo. Foram identificados os utentes cuidados pela Equipa de Cuidados Continuados de Vendas Novas, sendo o número de vagas em ECCI de 23 utentes. Podemos constatar que todas estavam preenchidas. Procedeu-se de seguida, à identificação dos seus cuidadores, com a colaboração dos profissionais que integram a equipa.

Desta forma foram inseridos neste projeto os 23 utentes e seus respectivos cuidadores informais.

Todos aceitaram integrar o projeto, depois de informados dos seus objetivos e atividades previstas.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

O objetivo consiste no enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema que altera, em princípio, a tendência da evolução natural desse problema, traduzido em termos de indicadores de resultado ou de impacto, mensuráveis a médio prazo (Tavares, 1990). De acordo com o autor, não interessam objetivos vagos, de âmbito alargado, impossíveis de serem atingidos na prática, não tendo de facto qualquer utilidade. Devem conter um conjunto de características, tais como serem pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis.

4.1. OBJETIVOS DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Cuidar de um idoso dependente é uma missão árdua que envolve compromisso e dedicação e, por isso mesmo, não podemos remetê-la para a invisibilidade da esfera privada, como uma função sem relevância social (Pimentel, 2008). Com todo este quadro torna-se imperativo cuidar de quem cuida, valorizar o papel dos cuidadores e não ficarmos indiferentes a toda a complexidade inerente ao ato de cuidar.

A existência de uma adequada resposta na comunidade por parte dos profissionais devidamente treinados e formados é fundamental. Se não existir esta resposta na comunidade por parte de profissionais, a família/cuidador principal sentir-se-à perdida(o) e sem saber a quem recorrer. Logo, a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece, por parte dos profissionais de saúde, uma atenção particular, pois dela depende a permanência do doente no domicílio, com qualidade (Glajchen, 2004).

Perante esta realidade, foi definido como objetivo geral:

- Implementar um projeto de apoio ao Cuidador Informal;

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, detentor de conhecimentos científicos, encontra-se num lugar privilegiado para prestar cuidados a idosos, bem como fornecer informações e prestar apoio a quem deles cuida. Participa ainda na

tomada de decisão acerca dos principais problemas de saúde pública. Considerando a complexidade dos problemas de saúde de uma comunidade o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública inicia o planeamento em saúde, elaborando o diagnóstico de saúde de uma comunidade. Identifica os problemas/necessidades dos indivíduos/famílias e grupos comunitários, assegurando a continuidade dos cuidados, participando ainda no desenvolvimento e implementação de projetos de intervenção. Esta sua participação ativa visa a capacitação das comunidades, de modo a promover a mudança de comportamentos e contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida.

4.2. OBJETIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO-ALVO

O objetivo geral de qualquer projeto, se for construído de uma forma ampla, carece da definição de objetivos específicos que detalhem mais pormenorizadamente a situação em que se pretende intervir. Este é, portanto detalhado nas suas diversas componentes, como forma de ser mais facilmente atingido (Tavares, 1990).

Para implementar um plano de apoio ao cuidador informal dos utentes da ECCI é necessário conhecer as características dos utentes cuidados e também do cuidador informal. Classificar o nível de dependência de cada utente nas atividades de vida diárias e a forma como essa dependência afeta os cuidadores é de extrema importância para se identificarem as necessidades dos cuidadores, a fim de se realizar um plano de apoio que diminua as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais.

Neste sentido, paralelamente ao objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Caracterizar o estado de saúde físico e mental dos utentes abrangidos pela ECCI;
- Identificar as necessidades/problemas dos cuidadores informais;
- Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais;
- Elaborar um plano de formação para o cuidador informal.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

De acordo com Tavares (1990), as atividades que constituem o projeto devem ser definidas em função dos objetivos operacionais previamente definidos, não devendo ser criadas atividades que não satisfaçam esses mesmos objetivos, uma vez que, tal só conduz a desperdício de recursos.

Assim, de modo a atingir os objetivos traçados para o presente projeto, foram planeadas intervenções, que serão apresentadas de seguida.

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

No processo de planeamento em saúde, a todos os níveis, há a responsabilidade de identificar necessidades de saúde, ganhos potenciais em saúde e intervenções prioritárias capazes de alcançar esses ganhos com os recursos disponíveis (Plano Nacional de Saúde 2012-2016). De forma a iniciar o planeamento, quando surgiu o interesse em abordar a temática do cuidador informal foi agendada uma reunião com a enfermeira coordenadora da UCC de Vendas Novas e com a responsável da ECCI.

Após discussão acerca da temática e objetivos do projeto, a UCC de Vendas Novas mostrou interesse no tema “Um Olhar sobre o Cuidador Informal”. O conhecimento das necessidades/probleáticas dos cuidados informais de utentes da ECCI de Vendas Novas foi referido pela UCC local, como prioridade no seu plano de ação para o ano 2013.

Estavam reunidas as condições iniciais para que o projeto fosse aceite pois, era uma necessidade partilhada por todos os intervenientes.

Consulta de dados

Para a contextualização da problemática e justificação do projeto foi necessário proceder à pesquisa bibliográfica para contextualizar teoricamente o tema e recolher dados de estudos centrados no cuidador informal. Foi também feita pesquisa sobre os dados demográficos da

população, de forma a perceber se seria pertinente a implementação de um projeto direcionado para o cuidador informal.

De forma a fundamentar a problemática do cuidar e do cuidador informal, foi feita pesquisa bibliográfica sobre o papel do cuidador, as suas dificuldades e necessidades. Foi também feita análise sobre os dados relativos à caracterização dos utentes dependentes, cuidados no domicílio.

A pesquisa estatística nacional e do concelho de Vendas Novas foi também realizada com recurso aos dados do Instituto Nacional de Estatística, nomeadamente dos últimos censos.

Apresentação do Projeto aos profissionais de saúde do Centro de Saúde de Vendas Novas

Com o propósito de dar a conhecer o projeto, nomeadamente, o tema, os objetivos, as intervenções e as atividades planeadas foi realizada uma reunião onde foi apresentado o projeto “Um olhar sobre o Cuidador Informal”, destinado a médicos, enfermeiros e outros técnicos de saúde da instituição.

A apresentação teve lugar na sala de reuniões do Centro de Saúde de Vendas Novas e contou com a presença de 8 enfermeiros, 1 fisioterapeuta e 4 médicos. Foi apresentado o contexto de implementação do projeto de apoio ao cuidador informal e a caracterização da população-alvo.

A equipa multidisciplinar mostrou interesse pela temática, tendo o coordenador do Centro de Saúde de Vendas Novas afirmado que o projeto é uma mais-valia para a instituição e a sua continuidade de grande importância, pelo que todos se disponibilizaram para colaborar.

Construção/Seleção dos instrumentos de recolha de informação

De forma a caracterizar os utentes e os cuidadores informais, da ECCI, e identificar as suas necessidades/dificuldades foram aplicadas escalas e um questionário,

O questionário (Anexo 1) construído e aplicado aos cuidadores informais da ECCI de Vendas Novas, identificou os cuidadores relativamente à idade, sexo, situação conjugal, habilitações académicas, situação profissional e ao tipo de relação existente com a pessoa a quem prestam cuidados. Os cuidadores foram também questionados acerca da proximidade da residência com a do utente, tempo de prestação de cuidados, experiências anteriores de cuidar e opinião existente relativa ao local mais adequado para a pessoa dependente ser cuidada.

As escalas aplicadas aos cuidadores informais foram a Escala da Dor (Anexo 3) e a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit (Anexo 2).

Aos utentes da ECCI, foram aplicadas as Escalas de Lawton (Anexo 6) e o Índice de Katz (Anexo 5). Para avaliação da funcionalidade dos utentes foi aplicado o Índice de Barthel (Anexo 4). O Mini Exame do Estado Mental (Anexo 9) foi utilizado para caraterizar o estado da saúde mental dos utentes. A Escala de Morse (Anexo 7) foi aplicada para identificar o risco de queda dos utentes e a Escala de Braden (Anexo 8) para classificar o grau de risco dos utentes para desenvolver úlceras de pressão.

Realização de Visitas Domiciliárias

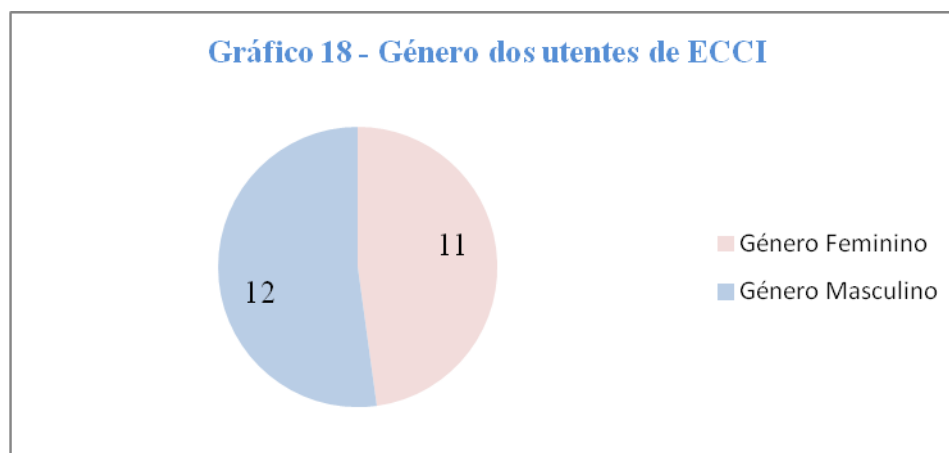
Os cuidados domiciliários são cuidados integrais de saúde proporcionados no domicílio a pessoas dependentes e, por simpatia, às suas famílias, com o propósito de promover a saúde e minorar os efeitos da doença e da incapacidade (Friedman, 2006; Rice, 2006; Garrote, 2005); procuram satisfazer as necessidades sociais e de saúde das pessoas em suas casas, através da provisão de cuidados de saúde de qualidade, por cuidadores formais e informais, com a utilização de tecnologia adequada, mantendo a continuidade dos cuidados (WHO, 2008).

Os cuidados domiciliários são prestados no espaço onde a pessoa prefere permanecer quando o mal-estar se instala. Permitem ainda, que as pessoas permaneçam juntas, unem a família, o que é particularmente importante perante a doença, pois previnem ou adiam a institucionalização, promovem a cura, permitem maior liberdade e, em contraste com a instituição, são cuidados personalizados, adequados às necessidades específicas da pessoa (WHO, 2008; Lopes, 2005).

Para a WHO (2008), os enfermeiros representam o maior grupo profissional em cuidados domiciliários. Compete-lhes a avaliação, o desenvolvimento de planos de cuidados, a prestação de cuidados e a identificação das necessidades de intervenção de outros profissionais. Igualmente devem fazer o melhor uso dos recursos disponíveis e prestar informação à pessoa e à família.

Durante as visitas fui observando e questionando utentes e cuidadores sobre as capacidades, dependência, funcionalidade e características de cada utente, através da aplicação de escalas e questionário para recolha de dados sociodemográficos e necessidades (Anexo 1) aos cuidadores.

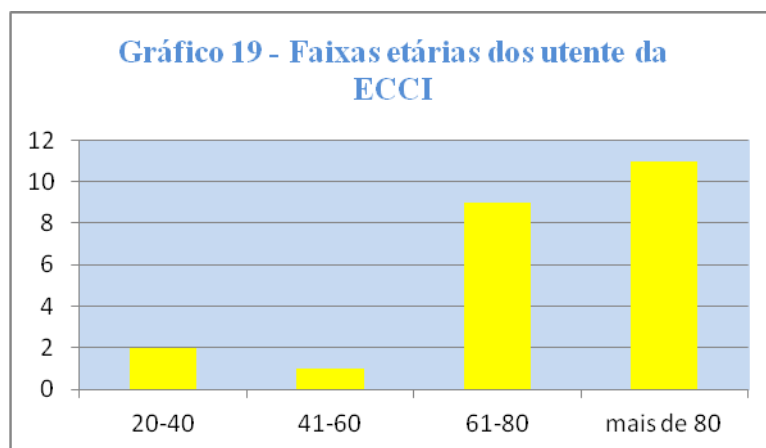
Relativamente ao género dos utentes da Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Vendas Novas, verifica-se que o numero de utentes do género maculino é muito próximo do de utentes do género feminino, 12 e 11, respectivamente (gráfico 18).



Fonte: Documentos da ECCI

Os 23 cuidados pela ECCI têm idades entre os 24 e os 92 anos. Para uma melhor visualização da distribuição etária, os utentes foram classificados por faixas etárias: dos 20 aos 40, dos 41 aos 60, dos 61 aos 80 e idades superiores a 80. Como se pode observar no gráfico 19, a maioria dos utentes tem idade superior a 61 anos (20 utentes). Quase metade dos utentes (11) tem idades superiores a 80 anos. Este fato pode estar relacionado com o aumento da longevidade populacional, como refere Fernandes (1997), em Portugal, tem-se vindo a evidenciar esta situação de envelhecimento demográfico. Entre 1991 e 2001 houve um

aumento de mais de 25% da população com mais de 65 anos de idade, do que resultou uma preocupação, o aumento das necessidades de cuidados de saúde deste grupo, atualmente já consideráveis e que serão ainda maiores num futuro próximo (Fernandes, 1997). Os Censos (2011) vieram confirmar esta tendência. Relativamente ao Concelho de Vendas Novas, o Índice de Envelhecimento populacional passou de 150,7 % em 2001, para 181,2 % em 2011 (INE, 2011).



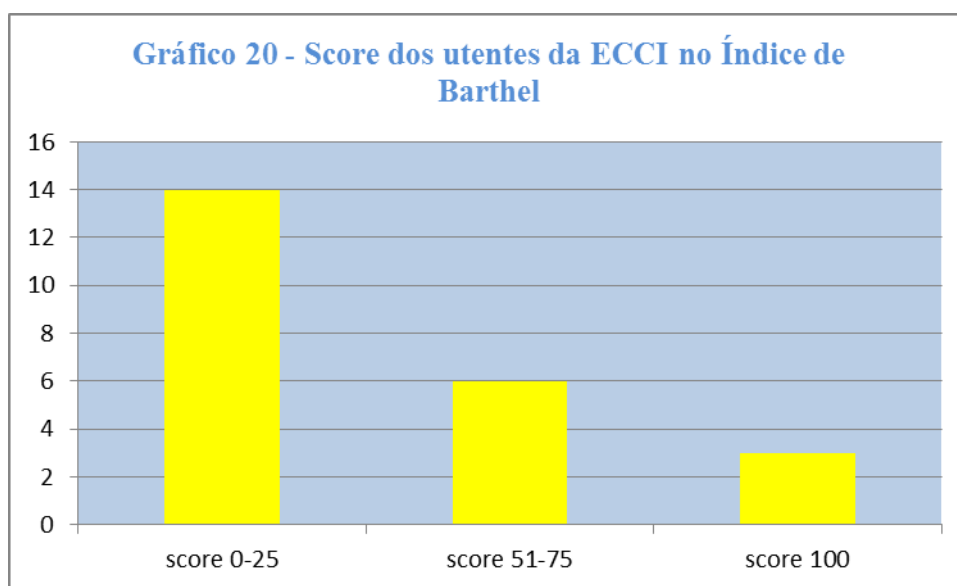
Fonte: Documentos da ECCI

No decorrer das visitas domiciliárias, foram aplicadas escalas de avaliação para ajudar na interpretação e na classificação dos graus de dependência nas atividades de vida de cada utente e também sobre os riscos maiores a que estão sujeitos devido às suas limitações, como úlceras de pressão e quedas. As escalas utilizadas foram o Índice de Barthel (Anexo 4), Índice de Katz (Anexo 5), Escala de Lawton (Anexo 6), Escala de Morse (Anexo 7), Escala de Braden (Anexo 8) e Mini Exame do Estado Mental (Anexo 9).

A dependência de um indivíduo é caracterizada pela incapacidade de realizar as atividades básicas da vida. A dependência é constituída por um somatório de incapacidades e necessidades dos indivíduos, sendo que estes podem ser modificados se houver condições e assistência adequadas. Manter os idosos menos dependentes e ter familiares que possam cuidar dos seus idosos parece ser uma boa estratégia para lidar com o custo do envelhecimento (Caldas, 2005).

A Escala de Barthel (Anexo 4) avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007).

A avaliação pelo Índice de Barthel foi efetuada, de forma a classificar a dependência dos utentes. Os dados foram interpretados sendo o resultado de 100 pontos correspondente à pessoa totalmente independente, 99 a 76 pontos – dependência leve, 75 a 51 pontos - dependência moderada, 50 a 26 pontos – dependência severa, e 25 e menos pontos – dependência total. O gráfico 20 mostra que 14 dos utentes têm dependência total, 6 têm dependência moderada e 3 são independentes.

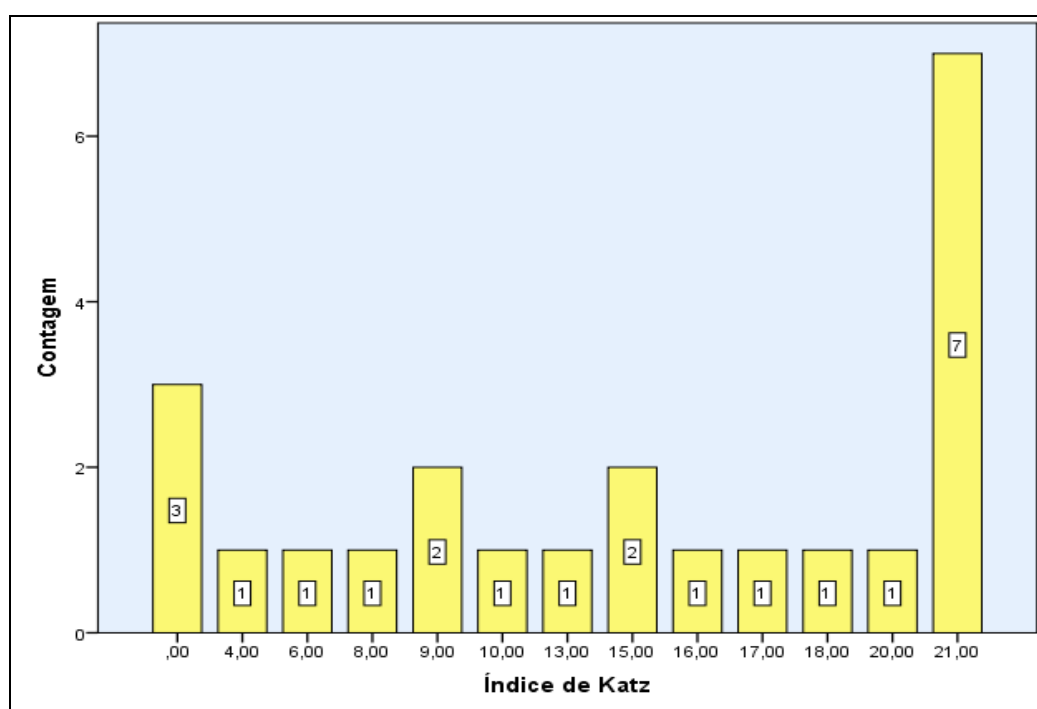


Fonte: Aplicação da Escala de Barthel

O Índice de Katz foi utilizado para caracterizar a dependência nas atividades de vida diária como higienizar-se, vestir-se, transferir-se, controlo dos esfínteres na micção e na eliminação intestinal e alimentar-se. Cada atividade destas é avaliada de 0 a 3, onde o 0 corresponde a

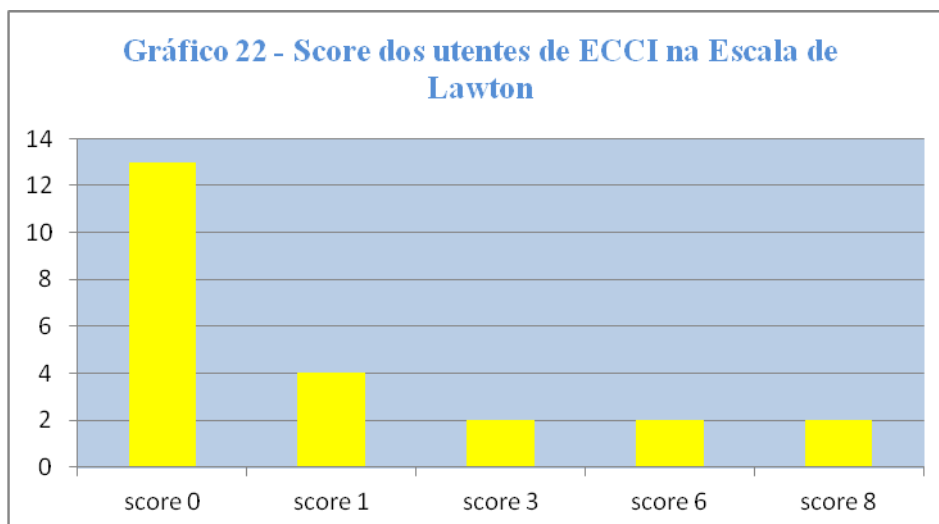
independência e o 3 a dependência total. Os utentes com dependência total nas AVD's têm um total de pontuação de 21, os utentes totalmente independentes têm pontuação de 0 e os utentes com um total entre 0 e 21 são dependentes parciais. O Gráfico 21 mostra que na ECCI, dos 23 utentes, 7 são totalmente dependentes, 3 são totalmente independentes e os restantes 13 são dependentes parciais nas atividades de vida, essencialmente na higiene, posicionamentos e transferências.

Gráfico 21 – Score dos utentes de ECCI no Índice de Katz



Fonte: Índice de Katz

A escala de Lawton foi utilizada para avaliar a funcionalidade dos utentes. O *score* desta escala é interpretado sendo a máxima dependência correspondente ao resultado 0 e independência total a um *score* de 8. No gráfico 22 pode observar-se que, da totalidade dos utentes de ECCI, 13 têm máxima dependência e 2 são totalmente independentes.



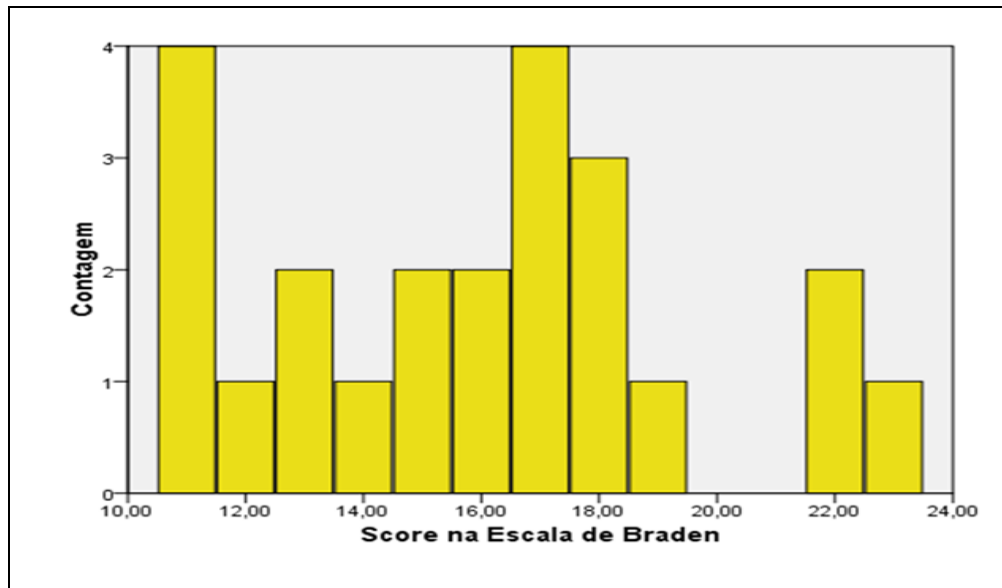
Fonte: Escala de Lawton

Para avaliar este risco de úlceras de pressão foi aplicada a escala de Braden a todos os utentes. A avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras de pressão é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção e tratamento.

Segundo a Direção Geral de Saúde (2011), estima-se que cerca de 95% das úlceras de pressão são evitáveis através da identificação precoce do grau de risco. O conhecimento da etiologia e fatores de risco associados ao desenvolvimento de úlceras de pressão são a chave para o sucesso das estratégias de prevenção. O registo e a caracterização das úlceras de pressão são fundamentais para a monitorização adequada dos cuidados prestados aos doentes, uma vez que permitem estabelecer corretamente medidas de tratamento e melhorias nos cuidados aos doentes. Através da interpretação do resultado obtido na Escala de Braden, é possível fazer um ensino direcionado a cada cuidador informal de acordo com as necessidades de prevenção de úlceras de pressão em cada utente (Direção Geral de Saúde, 2011).

Segundo as orientações da Direcção Geral de Saúde, o *score* na escala de Braden classifica-se em baixo risco de desenvolver úlceras de pressão $score \geq 17$. Valores de $score \leq 16$ traduzem um alto risco de úlcera de pressão. A aplicação desta escala mostrou que dos 23 utentes, 12 utentes têm alto risco para desenvolver úlceras de pressão, os restantes 11 têm um baixo risco (gráfico 23).

Gráfico 23 – Escala de Braden/Risco de úlceras de pressão

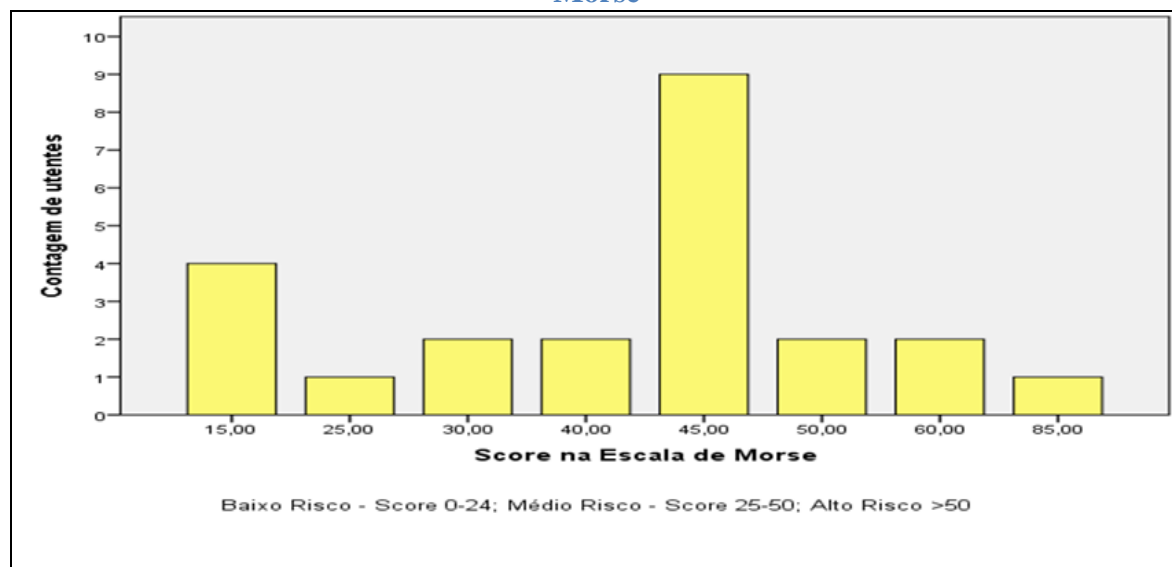


Fonte: Escala de Braden

As quedas são a principal causa de acidentes nas pessoas mais velhas, resultando muitas vezes em fraturas. As alterações sensoriais como problemas de visão e/ou audição, alterações do equilíbrio e doenças músculo-esqueléticas, tais como a osteoporose, estão relacionadas com o aumento do número de quedas (Duarte e Barbosa, 2011). Gama e Gómez-Conesa (2008) referem que, para além das consequências físicas, a nível psicológico as quedas também têm consequências negativas, dando lugar ao síndrome pós-queda, provocando sentimentos de insegurança e ansiedade perante a possibilidade de uma nova queda. As quedas têm ainda consequências económicas, aumentando os custos com a saúde e apoio social.

A avaliação do grau de risco de queda dos utentes da ECCI foi feita pela aplicação da escala de Morse (Gráfico 24). Dos 23 utentes, 4 apresentam baixo risco de queda, 14 médio risco e 5 alto risco.

Gráfico 24 – Score dos utentes na Escala de Morse



Fonte: Escala de Morse

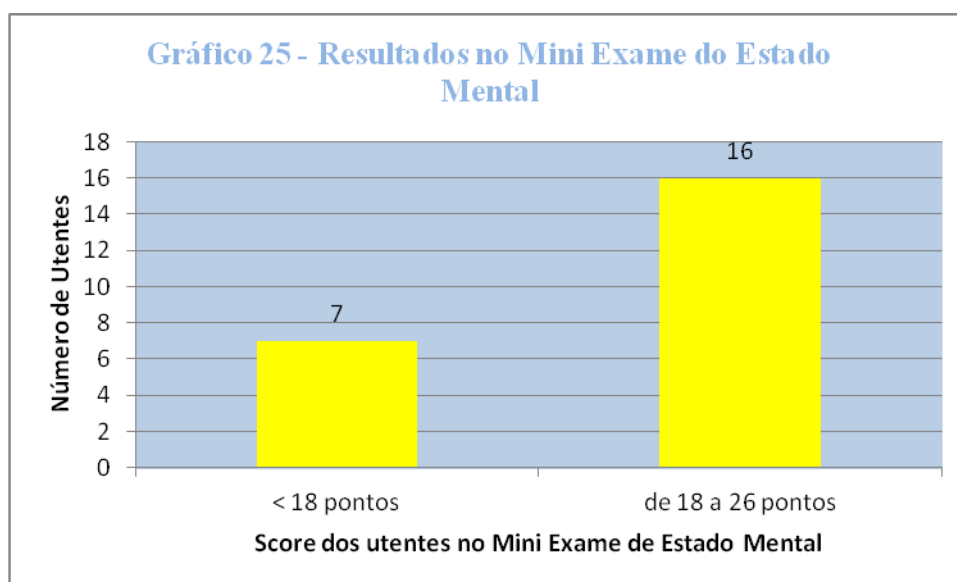
Para a avaliação do estado mental dos utentes em ECCI, foi utilizado o Mini Exame do Estado Mental. Conhecer o estado mental do utente é fundamental pois em situações de demência o utente tem um grau de dependência maior e, conseqüentemente, o cuidador informal apresenta uma sobrecarga mais elevada.

Os utentes com demência perdem progressivamente as suas capacidades cognitivas e motoras, originando, em estados mais avançados da doença, um elevado sentimento de sobrecarga na família (Schulz et al., 2004). Cuidar de idosos demenciados está associado a elevados níveis de stress, sobrecarga física (Rolland et al., 2007), devido à grande dependência e frequentes distúrbios comportamentais (agitação, deambulação, discurso repetitivo, agressão verbal e física) que acompanham a doença (Kuske et al., 2009).

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), elaborado por Folstein et al (1975), é um dos testes mais empregados e mais estudados em todo o mundo. Usado isoladamente ou incorporado a instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e o rastreio de quadros demenciais (Laks et al., 2003). Fornece informações sobre diferentes parâmetros cognitivos, contendo questões agrupadas em sete categorias, cada uma delas com o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas como a orientação temporal (5 pontos), orientação espacial (5 pontos), registo de três palavras (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), memória

das três palavras (3 pontos), linguagem (8 pontos) e capacidade construtiva visual (1 ponto). O score do MEEM pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. O resultado é interpretado de acordo com os seguintes valores: < 26 Alta escolaridade: Possível demência; < 18 Escolaridade baixa e média: Possível demência; < 14 Analfabeto: Possível demência (Bertolluci et al,1994).

Nenhum dos utentes em ECCI apresenta alta escolaridade, 4 dos utentes são analfabetos e os restantes têm uma escolaridade baixa ou média. De acordo com as características dos utentes de ECCI, pode observar-se no gráfico 25 que, dos 23 utentes 7 apresentam uma possível demência.



Fonte: Aplicação do Mini Exame do Estado Mental

Relativamente aos cuidadores informais foram-lhes aplicadas duas escalas, a Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit e Escala Numérica da Dor, e um questionário. Com o questionário pretendeu-se fazer a caracterização sociodemográfica dos cuidadores informais (descrita no ponto 3 do relatório) e conhecer as dificuldades sentidas na prestação de cuidados, o tempo de dependência dos utentes e necessidades de apoio. Estes dados já foram apresentados anteriormente no capítulo destinado a estas questões.

Sessões informais de Educação para a Saúde nos Domicílios

A ação educativa em saúde é um processo dinâmico que tem como objetivo a capacitação dos indivíduos e/ou grupos em busca da melhoria das condições de saúde da população. Ressalta-se que nesse processo a população tem a opção de aceitar ou rejeitar as novas informações, podendo também, adotar, ou não, novos comportamentos frente aos problemas de saúde (Martins et al, 2007).

Cuidar é uma ação e um comportamento que envolve conhecimento, valores, habilidades e atitudes empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer. O cuidado é inerente ao ser humano, por isso, cuidar de alguém requer do cuidador habilidades que se expressam no cotidiano do cuidado (Waldow, 1998).

Promover a educação em saúde e cuidar no domicílio é uma das tarefas mais desafiantes para o profissional enfermeiro, bem como para a equipe multidisciplinar atuante na saúde (Martins et al, 2007). A parceria com a família é crucial, para garantir uma atenção integral ao idoso, para isso, os cuidadores informais devem ser considerados como elo de cuidados, e como tal serem ouvidos, e detetadas as suas necessidades e, a partir deste diagnóstico, receber atenção (Grelha, 2009).

A existência de uma adequada resposta na comunidade por parte dos profissionais devidamente treinados e formados é fundamental. Se esta resposta não existir na comunidade por parte de profissionais, a família/cuidador principal sentir-se-á perdida(o) e sem saber a quem recorrer. Logo, a promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece, por parte dos profissionais de saúde, uma atenção particular, pois dela depende a permanência do doente no domicílio, com qualidade (Glajchen, 2004).

Durante as visitas domiciliárias, identificaram-se dificuldades e angustias nos cuidadores informais dos utentes em ECCI. Nos domicílios são feitas sessões informais de educação para a saúde, de acordo com as necessidades dos cuidadores e famílias, nomeadamente sobre posicionamentos do utente, transferências, administração de terapêutica, alimentação, higiene, prevenção de úlceras de pressão e prevenção de quedas.

Saliente-se a importância dos resultados obtidos pela aplicação das escalas para a selecção dos temas a desenvolver nas sessões de educação para a saúde.

Realização de uma Sessão de Educação para a saúde na Academia Sénior sobre a temática do acompanhamento da pessoa terminal no domicílio

A UCC de Vendas Novas colabora semanalmente com a Academia Sénior local, realizando sessões de formação e educação para a saúde de acordo com as necessidades referidas e interesses dos alunos da academia.

No dia 8 de Abril, realizou-se uma sessão na academia sénior sobre o acompanhamento da pessoa em fase terminal no domicílio. Temática apresentada devido ao interesse mostrado pelos alunos da academia.

Foram abordados temas como cuidar e a dificuldade em desempenhar o papel de cuidador informal, principalmente quando se trata de cuidar em final de vida. Foi dado a conhecer o cuidado prestado aos utentes e famílias do concelho pela ECCI e o apoio dado por outras entidades de apoio domiciliário em atividades como a higiene, fornecimento de refeições e limpeza da habitação.

Muitos dos participantes na sessão mostraram não ter conhecimento do funcionamento da intervenção comunitária no domicílio.

Apresentação de uma Palestra “Um Olhar sobre o Cuidador Informal”

No dia 16 de Maio de 2013, realizou-se uma palestra dirigida à população no Auditório Municipal de Vendas Novas, enquadrada nas comemorações do dia Internacional da Família. A palestra teve como finalidade dar a conhecer a importância do papel do cuidador informal na sociedade atual, que embora seja satisfatório e gratificante é muitas vezes associado a cansaço e trabalho árduo.

Foi dado a conhecer à população o papel de cada profissional integrante na ECCI. A mesa foi composta por mim, pela enfermeira coordenadora da ECCI, fisioterapeuta, assistente social e

psicóloga. A médica que tinha sido convidada e que aceitou participar na atividade, não pode estar presente na sessão.

Cada profissional da saúde deu a conhecer o desenvolvimento profissional na ECCI, assim como o testemunho pessoal no desempenho das suas funções, principalmente no acompanhamento da família/cuidador informal. A importância do suporte de apoio ao cuidador informal e a consequente melhoria dos cuidados prestados ao utente foram sublinhados por todos os profissionais intervenientes.

No âmbito desta sessão foi realizado um póster (Anexo 10) alusivo à importância do papel do cuidador informal.

Elaboração de um Plano de Formação para o cuidador informal

A existência de um plano de formação é essencial para que haja continuidade deste projeto. Como tal, foi elaborado um plano de formação para a ECCI de Vendas Novas (Anexo 13) continuar a implementar sessões de educação para a saúde aos cuidadores informais dos seus utentes, de acordo com as necessidades de formação identificadas.

Estas sessões de educação para a saúde são realizadas desde o momento da admissão dos utentes na ECCI, continuando ao longo de todo o tempo em que os utentes sejam cuidados pela equipa e sempre que os cuidadores ou utentes solicitem. As sessões podem ser realizadas de forma individual a cada cuidador informal ou de forma coletiva a grupos que tenham interesse e necessidades comuns.

Realização de um guia prático de apoio ao cuidador informal

Os manuais para os cuidadores informais são criados a partir da necessidade de registar as informações que são fornecidas aos cuidadores durante as orientações técnicas e as sessões de educação para a saúde. Os familiares podem consultar os manuais a fim de serem auxiliados nas eventuais dúvidas que tenham durante o ato de cuidar dos utentes em casa, podendo ser consultados em qualquer ocasião (SPDM, 2011).

Na realização dos cuidados à pessoa dependente, surgem algumas dúvidas do cuidador informal. Para além dos ensinamentos realizados no decorrer das visitas domiciliárias, é importante que se coloquem em documento informações sobre a forma como cuidar do utente. Assim, foi realizado um guia prático de apoio ao cuidador informal (Anexo 11).

Temas como higiene, posicionamentos, transferências, alimentação, prevenção de quedas e de úlceras de pressão fazem parte do documento, onde são explicadas as formas de realizar os cuidados, tendo imagens explicativas. Estes temas emergiram da aplicação do questionário e das escalas aos cuidadores e utentes.

Divulgação do projeto

A divulgação do projeto foi realizada com a colaboração da UCC, sua equipa multidisciplinar e da Academia Sénior de Vendas Novas.

A Câmara Municipal de Vendas Novas também ajudou na divulgação da palestra “Um olhar sobre o Cuidador Informal”, através do Boletim Municipal, folhetos e páginas na internet.

5.2. METODOLOGIAS

O planeamento pode ser definido como um instrumento de racionalização da ação humana, sendo uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real (Imperatori e Giraldes, 1992). O planeamento é, assim, na sua essência, um modelo teórico para a ação futura, no sentido de que a transformação da realidade se processe da forma mais eficiente (Tavares, 1990).

O carácter prospetivo do planeamento é destacado por Pineault e Daveluy (1987). Para estes autores, o planeamento diz respeito ao futuro, planear é aplicar um processo que conduz à decisão sobre o que fazer, como o fazer e como se avaliará o que se fizer, antes da ação. Tavares (1990) refere, ainda, que o planeamento constitui uma técnica de mudança e inovação, para absorver a incerteza do futuro.

A necessidade do planeamento da saúde é justificada, por Imperatori e Giraldes (1992) e por Tavares (1990), pela indispensabilidade de definir prioridades e por permitir uma intervenção multisectorial, evitando intervenções isoladas, mais onerosas. Tavares (1990) justifica, ainda, essa necessidade, uma vez que os progressos na medicina são rápidos e há que integrá-los na prestação de cuidados. Por outro lado, o aumento da complexidade tecnológica exige que não se corra o risco de não a utilizar corretamente (Tavares, 1990). Assim, o planeamento da saúde permite adaptar os serviços à mudança constante da realidade (Imperatori e Giraldes, 1992).

Tavares (1990) identifica seis etapas do processo de planeamento: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação.

Na primeira etapa, o diagnóstico de situação, são identificados os problemas de saúde da população em estudo e determinadas as suas necessidades (Tavares, 1990). Na etapa de determinação de prioridades, selecionar-se-ão os problemas de saúde que deverão ser solucionados em primeiro lugar, através de uma das diferentes metodologias possíveis e utilizando-se critérios de diversa ordem para este fim (Imperatori e Giraldes, 1992).

A fixação dos objetivos consiste em definir para onde se vai, sendo a forma como se lá chega parte integrante da etapa seguinte: a seleção das estratégias. Os objetivos deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior (Tavares, 1990).

A escolha das estratégias deve ter em conta os custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes de cada estratégia. Sendo sempre possíveis diferentes combinações de abordagens do problema em causa, as análises de custo-oportunidade, custo-benefício ou custo-efetividade podem ser determinantes na tomada de decisão entre várias alternativas (Tavares, 1990).

A operacionalização poderá estar organizada em programas e projetos, sendo um programa definido como um conjunto de atividades que colaboram para a execução de uma estratégia e um projeto como um conjunto de atividades que dão origem à execução de um programa (Tavares, 1990).

A sexta e última etapa do planeamento é a avaliação. Sendo o final do processo, integra-se em cada uma das suas etapas. A avaliação deve ser precisa e pertinente, determinando o grau de sucesso na aquisição de um objetivo, confrontando os objetivos e as estratégias ao nível da adequação (Tavares,1990).

Também o Plano Nacional de Saúde (2004-2010: p.23), no seu volume I, para a definição de prioridades refere que o planeamento na saúde é definido como “(...) um processo para estabelecer prioridades consensuais, objectivos e actividades para o sector da saúde, à luz das políticas adoptadas, das intervenções seleccionadas e das limitações dos recursos”.

O planeamento em saúde permite adequar os recursos disponíveis para resolução dos problemas identificados, melhorando o desempenho e permitindo atingir os objetivos propostos. Nem sempre é fácil de alcançar mas, a sua elaboração é imprescindível para o sucesso de qualquer programa ou projeto.

De acordo com esta metodologia, o projeto de intervenção comunitária mostrou-se adequado, tendo em conta as fases do planeamento em saúde e a aposta no envolvimento da comunidade e na melhoria da saúde do utente e do seu cuidador informal.

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACIONADAS

Segundo Imperatori e Giraldes (1982), as estratégias correspondem a um “...conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de serem atingidos os objetivos fixados” (Tavares, 1990: p. 143).

Tavares (1990: p. 143) refere ainda que “o estudo detalhado da estratégia não deve ser exagerado”, podendo conter algum detalhe mais minucioso, relativamente aos recursos (humanos, físicos e financeiros). Considera ainda que esta é uma etapa de “...grande criatividade por parte dos planificadores...”, devendo incluir “...um conjunto de passos para a concepção e selecção da estratégia a adoptar.”

No decorrer do projeto “Um olhar sobre o Cuidador Informal” foram acionadas, essencialmente, as seguintes estratégias:

- **Visita Domiciliária**

A Visita Domiciliária é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Apesar de antiga, a visita domiciliária traz resultados inovadores, uma vez que permite conhecer a realidade do cliente e sua família *in loco*, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos cliente – terapêutica – profissional. (Souza et al, 2004)

A visita domiciliária tem como objetivo a proteção da saúde, por meio de uma abordagem inter-relacional e educativa, desenvolvendo as potencialidades individuais e coletivas no momento de doença (Mandú et al, 2008). Permite conhecer a realidade em que o utente está inserido, a sua família, como se relacionam e a influência desses fatores no tratamento (Albuquerque e Bosi, 2009).

De forma complementar, a visita domiciliária permite a fusão de conhecimentos, habilidades e valores. Tendo o diálogo como metodologia, ajuda a atingir a excelência no cuidado, pois as necessidades dos utentes são avaliadas continuamente (Lopes, Saupe e Massaroli, 2008).

O cuidado no domicílio também deve ser considerado no contexto de educação em saúde por contribuir para a alteração de padrões de comportamento e, conseqüentemente promover a qualidade de vida através da prevenção de doenças e promoção da saúde. Garante atendimento holístico por parte dos profissionais, sendo importante a compreensão dos aspetos psico-afetivo-sociais e biológicos dos utentes que são assistidos (Souza et al, 2004).

No decorrer do projeto “Um Olhar sobre o Cuidador Informal”, através das visitas domiciliárias, observou-se o ambiente onde o utente e o seu cuidador informal estavam inseridos. Foi feito o levantamento das necessidades do cuidador através da aplicação de instrumentos e do diálogo. Foram realizadas sessões de educação para a saúde, de acordo com essas necessidades/problemas, de forma a melhorar os cuidados prestados ao utente e diminuindo as dificuldades do cuidador informal.

- **Educação para a saúde**

Considerando a educação para a saúde uma forma de promover o progresso do homem como indivíduo e como parte de um ecossistema complexo, a atuação do enfermeiro nesta área não pode agir numa simples transmissão de informação científica e técnica, culturalmente neutra, mas sim numa intervenção genuína na cultura dos indivíduos, tendo em conta os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos (Amorim, 2000).

As sessões de Educação para a Saúde, realizadas com os cuidadores informais de idosos dependentes tem especial importância quando prestada no domicílio, na informação partilhada, nas atitudes e motivações, no sentido de promover condições ambientais significativas à manutenção da funcionalidade do utente, para respeitar a sua autonomia e para fornecer-lhe suporte físico, cognitivo, legal, afetivo e espiritual, de modo a promover a coerência dos membros da família em torno das necessidades do utente e das providências que melhorem o seu bem-estar (Pavarini e Neri, 2000).

Os profissionais de saúde têm uma responsabilidade acrescida sobre a saúde das populações, nomeadamente no apoio às famílias – cuidadores informais de utentes dependentes. Devem ensinar e ajudar as pessoas a viver com as suas implicações e limitações, nomeadamente no que se refere à atenção prestada à qualidade de vida. É responsabilidade do profissional de saúde, influenciar os processos de mudança inerentes ao maior conhecimento do Ser Humano. O enfermeiro e a equipa multidisciplinar, como educadores no campo da saúde, devem estar atentos na assistência domiciliária ao cuidador informal e ao idoso através de uma assistência de qualidade (Grelha, 2009).

Após a recolha de dados e a identificação das necessidades dos utentes, foram realizadas sessões de educação para a saúde sobre transferências, posicionamentos, higiene, alimentação, prevenção de quedas e de úlceras de pressão.

- **Parcerias**

As parcerias comunitárias são uma maneira de promover respostas coordenadas para problemas sociais complexos (Chavis, 1995; Roussos & Fawcett, 2000 citados por Ornelas e

Moniz, 2007) e são um espaço de participação cívica e um tipo de estrutura aceite pelos que agem para edificar comunidades mais saudáveis (Berkowitz, 2001).

A determinação de parcerias ajuda a promover uma melhor saúde para a comunidade envolvida, podendo contribuir para os processos de mudança. O processo de identificação de necessidades, planeamento, implementação e avaliação poderá ser partilhado por todos aqueles que o constituem, de modo a atingir os seus objetivos (Stanhope e Lancaster, 2011). Segundo estas autoras, as parcerias devem ser flexíveis, negociadas e informadas.

As parcerias, a nível comunitário ajudam a promover respostas de várias entidades, de acordo com as dificuldades da comunidade, permitindo a participação cívica. Devem estar presentes vários critérios para que seja possível a criação desta ligação, nomeadamente centrar-se em questões locais e utilizar recursos que existam na comunidade. As parcerias devem ainda ser construídas com o objetivo de perdurarem no tempo (Ornelas e Moniz, 2007).

Neste projeto foi envolvida a Câmara Municipal de Vendas Novas (CMVN), para divulgação da palestra “Um Olhar sobre o Cuidador Informal” através de panfleto alusivo às comemorações do aniversário da elevação de Vendas Novas a cidade e da internet, na reserva do Auditório Municipal e meios audiovisuais.

Foi dada continuidade, à parceria existente com a Santa Casa da Misericórdia de Vendas Novas na cedência de ajudas técnicas, entre as quais, camas articuladas e colchões anti escaras aos utentes de ECCI.

A parceria, já existente, com a Academia Sénior local, também teve continuidade, na divulgação do projeto e na realização da sessão para a saúde.

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

Os recursos disponíveis são fundamentais para a continuação do processo de planeamento do projeto.

Neste projeto foram envolvidos recursos materiais, físicos e humanos.

Recursos Materiais e Físicos:

Folhas de papel A4, impressora, tinteiros, fotocopadora, computador, data-show, folhetos, transporte dos profissionais da ECCI, domicílios dos utentes, instalações da UCC de Vendas Novas e instalações da CMVN.

Recursos Humanos:

Enfermeira Perceptora e aluna, Vereadora da CMVN, Funcionário da CMVN, Fisioterapeuta, Assistente Social e Psicóloga.

5.5. CONTATOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

A operacionalização do projeto levou à necessidade de contactos com algumas entidades como de pode verificar no quadro nº1 seguinte:

Quadro nº 1 – Entidades envolvidas no Projeto

Entidades	Colaboração
UCC de Vendas Novas	Divulgação do Projeto e autorização para implementação do mesmo Colaboração na implementação do projeto Transporte dos técnicos de ECCI Cedência de Instalações
Câmara Municipal de Vendas Novas	Divulgação da palestra “Um Olhar sobre o Cuidador Informal” Cedência de instalações Disponibilização de apoio técnico

Entidades	Colaboração
Academia Sénior de Vendas Novas	Divulgação do projeto

Inicialmente o contato com a CMVN e Academia Sénior foi feito através de carta. Foi descrito o projeto e seus objetivos. Posteriormente, os contactos foram feitos pessoalmente.

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

A implementação deste projeto teve gastos relacionados com materiais consumíveis (folhas A4, tinteiros para impressora a cores e preto, impressão de poster), horas gastas pela enfermeira (visitas domiciliárias e sessões de educação para a saúde), horas gastas pelos 2 funcionários da CMVN e custo com as deslocações aos domicílios.

Em todo o processo foi contou-se com o apoio dos parceiros envolvidos no projeto, nomeadamente na aquisição de materiais, na cedência de instalações e utilização de transporte.

De seguida irá ser apresentada, no quadro nº 2, a proposta orçamental deste projeto.

Quadro nº 2 – Proposta Orçamental

Itens a serem financiados	Valor em €
Materiais Consumíveis	500 €
Vencimento do enfermeiro	700 €
Vencimento funcionários da CMVN	100€
Deslocações	400€
Utilização de Equipamentos e apoios técnicos	250€

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

A execução de um cronograma de atividades tem por base o período total de tempo em que se espera que o programa decorra. De acordo com esse período temporal, as atividades devem ser calendarizadas, programadas e executadas, mantendo coerência e articulação (Carvalhosa, Domingos, e Sequeira, 2010).

Desde o planejamento do projeto até à sua implementação foi utilizado um cronograma de atividades para orientar o decorrer das mesmas (Anexo 12).

As atividades delineadas foram cumpridas dentro do tempo previsto.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação é um processo dinâmico que permite analisar os resultados alcançados. Pode ser útil para desenvolver, modificar ou redesenhar projetos e para acompanhar ou monitorizar a implementação dos componentes de um programa aos participantes (Frechtling, 2002).

Embora existam inúmeras dificuldades inerentes ao processo de avaliação, é importante que esteja presente em qualquer projeto, seja em relação aos resultados esperados, seja em relação à sua elaboração, implementação e execução (Tavares, 1990).

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

O projeto “Um Olhar sobre o Cuidador Informal”, cujo objetivo geral é “Implementar um projeto de apoio ao Cuidador Informal” tem como objetivos específicos os seguintes:

- Caracterizar o estado de saúde físico e mental dos idosos abrangidos pela ECCI;
- Identificar as necessidades/problemas dos cuidadores informais;
- Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais;
- Elaborar um plano de formação para o cuidador informal.

Caraterizar o estado de saúde físico e mental dos idosos abrangidos pela ECCI

No decorrer das visitas domiciliárias foram avaliados o estado de saúde dos utentes abrangidos pela ECCI, a nível mental e físico. Os utentes foram caraterizados de acordo com género e idade, quanto ao grau de dependência nas atividades de vida, risco de quedas e risco de úlceras de pressão.

Para caraterizar os utentes foram utilizadas várias escalas, nomeadamente:

Escala de Barthel

A Escala de Barthel avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): alimentação, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Pode ser preenchido através da observação direta, de registos clínicos ou ainda ser auto ministrado. Pretende avaliar se o doente é capaz de desempenhar determinadas tarefas independentemente (Mahoney & Barthel, 1965; Sequeira, 2007).

De acordo com os resultados obtidos através da aplicação da Escala de Barthel, observou-se que dos 23 utentes admitidos em ECCI, 14 têm uma dependência total nas atividades de vida que esta escala avalia. Apenas 3 utentes são independentes nas atividades de vida e 6 têm uma dependência moderada nas atividades de vida (higiene pessoal, banho, alimentação, uso dos sanitários, vestuário, controlo de esfíncteres, deambulação e transferência).

Índice de Katz

O Índice de Katz permite atribuir diferentes graus de independência funcional aos sujeitos nas atividades: higiene, vestir-se, usar a casa de banho para eliminações, mobilizar-se da cama para a cadeira, ter controlo das eliminações vesical e intestinal e alimentar-se. A independência é considerada quando a função é realizada sem supervisão, direção ou ajuda, sendo essa avaliação baseada na situação real e não na capacidade do sujeito. Quando um indivíduo se nega a cumprir uma função, considera-se que não a realiza, embora possa ter capacidade para fazê-la (Araújo e Ceolim, 2007).

Segundo os mesmos autores, os graus considerados para a independência ou dependência funcional são progressivos, desde a independência plena para dependência parcial e dependência total.

Com a aplicação do Índice de Katz, concluiu-se que de acordo com os critérios desta escala, dos 23 utentes admitidos em ECCI, 7 são totalmente dependentes, 3 são independentes e 13 têm uma dependência parcial nas atividades de vida (Higiene, vestuário, uso dos sanitários, transferência, controlo dos esfíncteres e alimentação).

Escala de Lawton

A Escala de Lawton avalia o desempenho funcional da pessoa idosa em termos de atividades instrumentais, que possibilita que a mesma mantenha uma vida independente. Tais atividades incluem usar o telefone, utilizar algum meio de transporte, fazer compras, preparar refeições, arrumar a casa, lavar roupa, tomar medicação e administrar as suas finanças. A escala é classificada em independente, dependente parcial e dependente total, em oito funções. Para cada questão a primeira resposta significa independência, a segunda dependência parcial ou capacidade com ajuda e a terceira, dependência.

Na avaliação da funcionalidade dos utentes em ECCI, verificou-se que 13 dos 23 utentes têm máxima dependência e 2 são totalmente independentes nas atividades incluídas na escala (capacidade de usar o telefone, fazer compras, preparação da alimentação, cuidado da casa, lavagem da roupa, uso de meios de transporte, responsabilidade na toma da medicação e controlo de assuntos financeiros). Os restantes utentes (8) são dependentes parciais.

Escala de Braden

As úlceras de pressão são um problema de saúde pública e um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Causam sofrimento e diminuição da qualidade de vida dos doentes e seus cuidadores, podendo levar à morte. Constituem um problema recorrente em Portugal (Russo e Elixhauser, 2006).

A Escala de Braden avalia o risco de desenvolver úlceras de pressão, avaliando a percepção sensorial (capacidade de reacção significativa ao desconforto), o nível de exposição da pele à humidade, o nível de atividade física, a mobilidade (capacidade de alterar e controlar a posição do corpo), a nutrição e a fricção e forças de deslizamento.

No que diz respeito ao risco dos utentes de ECCI, dos 23 utentes, 12 têm alto risco para desenvolver úlceras de pressão e 11 têm baixo risco.

Escala de Morse

A Escala de Morse é uma escala utilizada para a avaliação do risco de queda de um doente. É constituída por seis variáveis: história de queda, diagnóstico secundário, ajuda para deambular, terapêutica endovenosa/uso de heparina, postura/transferência e estado mental.

Os resultados obtidos sobre o risco de queda, dos utentes avaliados mostrou que dos 23 utentes, 4 apresentam baixo risco de queda, 14 risco médio e 5 alto risco.

Mini Exame do Estado Mental

O Mini Exame do Estado Mental é interpretado de acordo com os seguintes valores de score: < 24 Boa escolaridade: Possível demência; < 18 Escolaridade média: Possível demência; < 14 Analfabeto: Possível demência. Pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva.

Os dados foram interpretados de acordo com média escolaridade, pois as características dos utentes em termos de escolaridade é este. Dos 23 utentes, 7 apresentam uma possível demência.

Em relação ao número de utentes integrados no projeto, foram abrangidos os 23 utentes admitidos em ECCI, ou seja, a sua totalidade.

Número de utentes que foram alvo da aplicação das escalas x 100

Número de utentes em ECCI

23/23 x 100 = 100%

Identificar as necessidades/problemas dos cuidadores informais

O levantamento das necessidades dos cuidadores informais foi também realizado nas visitas domiciliárias, tendo sido aplicado um questionário aos cuidadores dos utentes da ECCI.

O questionário aplicado ao cuidador teve como finalidade fazer a caracterização sociodemográfica do cuidador e recolher dados sobre as suas necessidades e dificuldades sentidas no cuidado.

Da totalidade dos cuidadores informais dos utentes em ECCI, foram abrangidos no projeto, os 23 existentes.

Número de cuidadores que foram alvo da aplicação do questionário x 100

Número de cuidadores informais dos utentes de ECCI

$23/23 \times 100 = 100\%$

Avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais

Para avaliar a sobrecarga dos cuidadores informais foi aplicada a escala de Zarit a cada cuidador informal. A Escala de Sobrecarga do Cuidador é um instrumento válido e fiável para ser utilizado na avaliação do impacto de doenças físicas ou mentais nos cuidadores informais (Sequeira, 2007).

A Escala de Zarit é um instrumento de medida que nos permite identificar/monitorizar a sobrecarga, de modo a construir uma matriz, a partir da qual se estruturam respostas capazes de diminuir as consequências negativas associadas à prestação de cuidados (Sequeira, 2007). Com a aplicação desta escala observou-se que apenas um dos cuidadores informais apresenta sobrecarga ligeira (score entre 46 e 56), os restantes não apresentam qualquer tipo de sobrecarga.

Número de cuidadores que foram alvo da aplicação da Escala de Zarit x 100

Número de cuidadores informais dos utentes de ECCI

$23/23 \times 100 = 100\%$

Elaborar um plano de formação para o cuidador informal

Após o conhecimento das necessidades de cada cuidador, através da aplicação de questionário, em colaboração com a equipa de enfermagem da ECCI, foi realizado um plano de formação para o cuidador, desde o momento da admissão.

Para que haja um modelo de apoio escrito, foi elaborado um guia prático para o cuidador informal.

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação contínua das atividades realizadas é de extrema importância para que haja continuidade na implementação do projeto, de modo a eliminar obstáculos e contratempos que possam surgir. Tavares (1999: p. 214) destaca a importância desta fase do projeto referindo que “... da própria avaliação final nasce um novo diagnóstico de situação actualizado e exigindo novas acções, novos planos, com programas e projectos ainda mais inovadores”.

Das atividades a que me tinha proposto para atingir os objetivos, todas foram efectuadas, uma vez que foram aplicadas as escalas e questionário e elaborei um plano de sessões de educação para a saúde.

Ao longo das visitas domiciliárias foi observada a melhoria dos cuidados, de acordo com os ensinamentos e sessões de educação para a saúde informais realizadas e feito o diagnóstico de novas necessidades. A totalidade dos utentes acamados possuíam camas articuladas e com grades e encontravam-se posicionados com almofadas de acordo com os ensinamentos efetuados para prevenção de úlceras de pressão.

Além destas atividades surgiu a possibilidade de participar noutras atividades, nomeadamente na sessão de educação para a saúde na academia sénior e participação na palestra “Um olhar sobre o Cuidador Informal”, enquadrada na comemoração do dia Internacional da Família.

6.3. DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Desde o momento de admissão em ECCI, na primeira visita domiciliária, inicia-se a observação e conhecimento das necessidades de cada utente e de cada cuidador informal. Existem dúvidas e falta de conhecimentos que são identificados através de questões colocadas.

Os ensinamentos sobre as questões práticas de cada utente/família, foram realizados demonstrando a forma correta de prestar cuidados ou de auxiliar os utentes na realização das suas atividades de vida. Foram realizadas sessões educacionais para a saúde informais que esclarecem sobre a correta alternância de decúbitos no utente acamado, as transferências do utente do leito para a cadeira, a correta alimentação em utentes com dificuldade de deglutição e a importância da prevenção de quedas e de úlceras de pressão.

Ao longo do estágio concluiu-se que seria mais adequado realizar as sessões de educação para a saúde no próprio domicílio dos utentes, uma vez que os cuidadores tinham dificuldade em ter alguém próximo que ficasse com os utentes nos períodos das sessões. Desta forma as sessões de educação para a saúde informais foram uma mais-valia na transmissão de conhecimentos de uma forma mais particular e individualizada para cada cuidador.

De visita para visita, é notória a mudança na forma de agir dos cuidadores/família, melhorando os seus cuidados de acordo com os ensinamentos efetuados nas visitas. Observaram-se utentes melhor posicionados no leito, com a colocação de almofadas nas zonas anatómicas de maior pressão para prevenir as úlceras de pressão, maior facilidade na transferência dos utentes, alimentos preparados de acordo com as necessidades do utente e suas dificuldades de deglutição e alterações nas habitações e colocação de camas com grades, para prevenção de quedas do utente.

A parceria com a Santa Casa da Misericórdia de Vendas Novas na acessibilidade a camas articuladas com grades é bastante importante pois agiliza a sua aquisição.

De uma forma geral, é gratificante, ver que as sessões de educação para a saúde realizadas trazem benefício para os utentes de ECCI, seu cuidador informal/família, melhorando o seu bem-estar e consequentes ganhos em saúde.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Todo o ser humano valoriza o seu bem-estar físico e emocional e é bastante gratificante, enquanto enfermeira, conseguir garantir que os utentes e suas famílias possam beneficiar de cuidados diferenciados que lhe tragam esse bem-estar. A existência de pessoas qualificadas nos serviços de saúde é um dos fatores que permite a prestação de cuidados de qualidade e individualizados.

A formação dos profissionais de saúde é fundamental para a excelência dos cuidados, na aquisição de conhecimentos e competências que façam a diferença, de modo a que haja uma melhor gestão na prestação de cuidados e da complexidade que lhe está inerente.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2003: p. 5) os cuidados de enfermagem

“... tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação após a doença. Procura-se, também, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida diária, bem como se procura a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem”.

Ainda

“... ajudam a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde, prevendo- -se vantajoso o assumir de um papel de pivot no contexto da equipa. Na gestão dos recursos de saúde, os enfermeiros promovem, paralelamente, a aprendizagem sobre a forma de aumentar o repertório dos recursos pessoais, familiares e comunitários para lidar com os desafios de saúde” (Ordem dos enfermeiros, 2003: p. 5)

A especialização numa determinada área de cuidados, da preferência e de maior interesse para os profissionais é muito importante para a consolidação de uma identidade profissional. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010: p. 1) “a enfermagem comunitária desenvolve uma prática globalizante e centrada na comunidade”, sendo que o Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública possui competências “... que lhe permite participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção com vista à capacitação e “*empowerment*” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania.”

A Ordem dos Enfermeiros (2010: p.1) evidencia ainda como competências do Enfermeiro Especialista em Comunitária e de Saúde Pública “...as actividades de educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem uma dada comunidade”.

Com a elaboração do projeto “Um olhar sobre o Cuidador Informal” foi efetuado o diagnóstico da situação da comunidade em estudo, de modo a poder intervir junto dos cuidadores informais dos utentes de ECCI, implementado um projeto de apoio ao cuidador informal. De acordo com as necessidades/dificuldades na prestação de cuidados à pessoa dependente, após ter sido realizada a colheita de dados relativa ao estado de saúde da população em estudo, foi aplicada a alínea a) do artigo 4.^a do Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, aprovado em assembleia-geral extraordinária a 20 de Novembro de 2010, em que o Enfermeiro Especialista, “Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”.

Ao longo de todo o projeto, a educação para a saúde informal teve sempre presente, com o objetivo de capacitar os cuidadores informais para a melhoria dos cuidados e do bem-estar de utentes e dos próprios cuidadores, ao encontro da alínea b) do artigo 4.^a do Regulamento referido anteriormente, que menciona que o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública “Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades”.

Foi realizada uma avaliação contínua dos cuidados para melhor corresponder às necessidades dos cuidadores informais. Ao nível da componente técnica é de salientar a aplicação de normas e rotinas instituídas pela unidade de saúde. A componente relacional esteve presente na boa relação que existe na equipa multidisciplinar, utentes e cuidadores informais da ECCI. Nas visitas domiciliárias e nas sessões informais de educação para a saúde, foi dada

importância à informação/comunicação com os familiares, disponibilizando informações, esclarecimentos e orientação para a educação em saúde, considerando cada situação do utente e do seu cuidador.

Foram atingidos os objetivos a que me propus inicialmente, aplicando os conhecimentos adquiridos ao longo do percurso pessoal e académico, intervindo de acordo com as necessidades da população, utilizando metodologia específica da enfermagem comunitária, em busca de soluções para os problemas detetados, a fim de obter ganhos em saúde e uma melhor prestação de cuidados, através da concepção, implementação e avaliação do projeto de intervenção desenvolvido.

Julgo ter sido capaz de aplicar os conhecimentos de forma a inovar, trabalhando em equipa com sentido crítico e reflexivo.

Tendo em conta que este projeto vai ter continuidade após a minha passagem pela ECCI, devo realçar que algumas das atividades de sessões de educação para a saúde vão ser continuadas pela equipa de enfermagem da ECCI, pois as mesmas constam no plano de acção para o ano 2013 da UCC de Vendas Novas.

8. CONCLUSÃO

O envelhecimento demográfico veio para ficar nas próximas dezenas de anos nos países desenvolvidos. Em Portugal, tem-se vindo a evidenciar esta situação de envelhecimento demográfico. Entre 1991 e 2001 houve um aumento de mais de 25% da população com mais de 65 anos de idade, do que resultou uma preocupação, o aumento das necessidades de cuidados de saúde deste grupo, atualmente já consideráveis e que serão ainda maiores num futuro próximo (Fernandes, 1997). As taxas de fecundidade e natalidade, têm vindo a decair, a consequência destas alterações é uma inversão na pirâmide etária, em que passamos a ter menor número de pessoas jovens (<14 anos) e maior número de pessoas adultas (65 ou mais anos). (INS, 2002).

Segundo Hortelão (2003), em termos de projeções para os próximos vinte anos, prevê-se um aumento significativo do número de pessoas com 60 e mais anos nas várias regiões do mundo. Prevê-se ainda que neste período de referência, a população mundial com 60 e mais anos passe dos atuais 600 milhões para os 1000 milhões em 2020. Este aumento será mais marcado nos países menos desenvolvidos do que nos países ditos ricos. O mesmo autor considera que os idosos constituem um grupo de risco, na medida em que, vivendo mais anos, não os viverão com a qualidade de vida desejável se não se alterarem as mentalidades face à velhice e ao próprio envelhecimento.

As estatísticas demográficas confirmam que existe uma clara correlação entre a idade e a necessidade de apoio. É necessário reconhecer as necessidades e responder de forma a diminuir o sofrimento que lhe está associado para viver com qualidade o maior tempo possível (Davie e Higginson, 2004).

As famílias são a principal fonte de prestação de cuidados, assegurados essencialmente pelas mulheres, apesar de predominar o mito de que os idosos são rejeitados e abandonados pelos seus familiares, especialmente pelos filhos (Connidis, 2009). A prestação de cuidados informais constitui-se a mais relevante ajuda e assistência aos idosos, sejam autónomos ou não. O apoio informal, assume um papel de grande importante no atraso da institucionalização dos idosos e conseqüente afastamento do seu meio familiar (Saraceno e Naldini, 2003).

Conhecer as necessidades dos cuidadores informais é fundamental para se intervir de modo a reduzir as suas dificuldades. As dificuldades das famílias na prestação de cuidados, relacionam-se com os obstáculos que enfrentam no cuidado ao idoso e às repercussões da doença nas incapacidades e/ou dependência total ou parcial, nas atividades básicas no domicílio. Essa situação, agrava-se pela falta de orientações e informações que geram ansiedade no cuidador. Algumas vezes, o cuidador não recebe preparação para o cuidado, adquirindo habilidades e conhecimentos na prática diária (Marcon et al., 2006).

Os cuidadores informais são, cada vez mais, pessoas com idade avançada, facto que afeta as capacidades físicas destes cuidadores, que necessitam de mais apoio. Neste projeto, observou-se que dos 23 cuidadores informais dos utentes admitidos em ECCI, 8 apresentam idade superior a 70 anos, 10 apresentam idades entre os 51 e os 70 anos, sendo apenas 5 os cuidadores com idades inferiores a 50 anos.

A dependência dos utentes também é um importante quando se avaliam as necessidades dos cuidadores informais, uma vez que, quanto mais dependente o utente, mais apoio necessita nas atividades de vida diárias. De acordo com os resultados obtidos através da aplicação da Escala de Barthel, dos 23 utentes da ECCI, 14 apresentam uma dependência total, 6 dependência moderada e 3 são independentes.

Os cuidadores informais referiram sentir dificuldades económicas (3 cuidadores), dificuldades em saber como cuidar (12 cuidadores), falta de tempo para outras atividades (2 cuidadores) e falta de descanso (3 cuidadores). Dos 23 cuidadores, apenas 3 referem não sentir dificuldades na prestação dos cuidados.

As necessidades de formação foram demonstradas pelo facto de referirem dificuldades em saber como cuidar, daí a necessidade de estabelecer um plano de formação e um guia prático para o cuidador informal.

Ao cuidar do cuidador e ao dar importância às suas necessidades, melhora-se, conseqüentemente, a qualidade dos cuidados aos utentes e a sua qualidade e dignidade de viver.

De forma a serem atingidos os objetivos traçados para a realização deste projeto, as estratégias acionadas foram a realização de sessões de educação para a saúde, a visitação

domiciliária e o estabelecimento de parcerias na comunidade, havendo necessidade de realizar reuniões para apresentação do projeto.

Pretende-se que este projeto possa ter continuidade, tendo para isso sido apresentado à equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar, de forma a tomarem conhecimento do mesmo e justificar a sua pertinência nesta comunidade. O envolvimento de outros parceiros e a sua divulgação podem, da mesma forma, contribuir para a sua continuidade.

A realização do projeto “Um olhar sobre o Cuidador Informal” foi um momento importante e essencial para a aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque A., Bosi M. (2009). *Visita domiciliar no âmbito da estratégia saúde da família: percepções de usuários no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil*. Cad Saúde Pública. 25:1103-12.
- Almeida, Ana Cristina; Miranda, Mónica; Rodrigues, Márcia; Monteiro, Ricardo (2005). *Transição do doente dependente para a família*. Revista Sinais Vitais. Nº 62. Coimbra.
- Angelo M. (2000). *O contexto familiar*. In: Duarte YAO, Diogo MJE, organizadores. *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*. Sao Paulo: Editora Atheneu; p. 27-31.
- Andrade, A. (2009). *Escuela de Cuidadores como programa psicoeducativo para cuidadores informales de adultos mayores con demencia*. Revista Cubana de Salud Pública, El vedado, Habana v. 32, n. 2, p. 1-14.
- Araújo, M. O. P. H.; Ceolim, M. F. (2007) *Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência*. Rev. Esc. Enferm. USP. V. 4, n. 3, p. 378-85.
- Assis, M. et al (2007). *Acções educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ*. O mundo da saúde, 31(3): 438-447. Acedido em 20 de maio de 2013 em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/55/15_promocao_da_saude.pdf
- Berkowitz, B. (2007). *Studying the outcomes of community based coalitions*. American Journal of Community Psychology, 29 (2), 213-227.
- Bertolucci, P., Brucki, S., Campacci, S., & Juliani, Y. (1994). *O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade*. Arquivos Brasileiros de Neuropsiquiatria, 52 (1), 1-7.

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

Caldas CP. *Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas na família*. Cad Saud Públic 2005; 19(3): 733-781.

Carcel, C. (2000). *Paradigma holístico*. Revista trajectos e Projectos, 2, 31-35.

Carvalhosa, A., Domingos, A. e Sequeira, C. (2010). *Modelo lógico de um Programa de Intervenção Comunitária*. Acedido em 25 de Maio de 201, <http://www.scielo.oces.metes.pt/pdf/aps/v28n3a08>

Connidis, A. (2009) *Family Ties and Aging*, 2ª ed., London: SAGE Publications, Inc

Cruz et al. (2010). *As vivências do cuidador informal do idoso dependente*. Revista de Enfermagem Referência - III - n.º 2

Davie, E. & Higginson, I. (2004). *The solid facts (Palliative care) Denmark* : World Health Organization.

DGS (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.

Duarte, Y.; Andrade C.; Lebrão, M. (2007). *O Índice de Katz na avaliação da funcionalidade dos idosos*. Revista Esc. Enferm USP; 41(2); 317-25

Duarte, Susana (2010). *Continuidade em Cuidados Domiciliários: O papel do Enfermeiro*. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa.

Duarte, N. e Barbosa, C. (2011). Sinta-se seguro. In O. Ribeiro e C. Paúl (coord.), Manual de envelhecimento activo. Lidel: LisboaEliopoulos C. *Enfermagem gerontológica*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Fernandes, A.A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Figueiredo, Daniela (col.) (2006). *Cuidados Familiares: Cuidar e ser Cuidado na família. Envelhecer em família – Cuidados familiares na velhice*, Âmbar, Porto.

Fortin, F. (1996). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Décarie Éditeur. Universidade de Montreal.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta: Loures

Frechtling, J. (2002). *The 2002 user-friendly handbook for project evaluation*. Arlington, VA: National Science Foundation.

Friedman, Y. (2006): *Mapping the literature of home health nursing*. J Med Assoc. 94(2) Supplement: 49-55.

Folstein M., Folstein S., McHugh P. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". Journal of Psychiatric Research 12 (3): 189–98.

Gama, Z. e Gómez-Conesa, A. (2008). Factores de riesgo de caídas en ancianos: revisión sistemática. Revista Saúde Pública, 42 (5). Acedido em 10 de Maio de 2013 de, <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6793.pdf>

Garrote, J. P-C. (2005). *La valoración geriátrica hoy: atención Domiciliaria*. Rev Mult Gerontol. 15(1):16-22

Gelmini, G; Morabito, B; Braidì, G. (2009) *Educational and formative training reduce stress in the caregivers of demented patients*. Archives Gerontology and Geriatrics. n. 1, v. 1, p. 119-124.

Glajchen, M. (2004). *The emergency role and needs of family caregivers in cancer care*. Journal of Supportive Oncology. 2 (2) (March/April).

Gonçalves Pereira, M., Mateos, (2006). R. *A Família e as pessoas com demência: Vivências e necessidades dos cuidadores*. In Firmino H, Cortez Pinto L, Leuschner A, Barreto J (Eds). Psicogeriatria, Ed. Psiquiatria Clínica. Coimbra.

Grelha, P (2009) *Qualidade Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário*. Estudo sobre a Influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida. IV Mestrado em Cuidados Paliativos.

Hoff, A. (2009) *Alteração das Relações Intergeracionais nas Sociedades Europeias*, in O Tempo da Vida – Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento, Parede: Princípa

Hortelão, A. P. S. (2003). *Qualidade de vida e envelhecimento: Estudo comparativo de idosos residentes a comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Lisboa: Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta.

Imaginário, C. (2004). *O Idoso Dependente em Contexto Familiar*, Coimbra: Formasau

Imperatori, E.; Giraldes, M. (1992). *Metodologia Do Planeamento Da Saúde: Manual Para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3.^aEdição. Lisboa:EdiçõesDe Saúde.

Instituto Nacional de Saúde (2002). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas*. Acedido em 25 de Julho, 2009, em <http://www.ine.pt>

INE, Instituto nacional de estatística (2004). *Projeções de população residente, Portugal e NUTS II 2000-2050. Destaque do INE*. Acedido em 19 de Maio de 2013 em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=72193&DESTAQUESmodo=2

José, S. J.; et al. (2002). *Trabalhar e cuidar de um idoso dependente: Problemas e soluções*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa

Júnior, P. et al. (2011) *Efeito da capacitação dos cuidadores informais sobre a qualidade de vida de idosos com deficit de autocuidado*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3131-3138.

Kalache, A. (2009). *O Envelhecimento e a Cidade*, in *O Tempo da Vida – Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o Envelhecimento*, Parede: Príncípa

Krasch, U. (2003); *Idosos dependentes: famílias e cuidadores*. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 861-866.

Kurz, A. et al. (2010). *Evaluation of a brief educational program for dementia carers: the AENEAS Study*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Manchester, v. 25, n. 8, p. 861-869.

Kuske, B., Luck, T., Hanns, S., Matschinger, H., Angermeyer, M., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. (2009). *Training in dementia care: a cluster randomized controlled trial of a training program for nursing home staff in Germany*. *International Psychogeriatrics*, 21(2), 295-308.

Lacerda M. (2002) *Tornando-se profissional no contexto domiciliar – vivência do cuidado da enfermeira* [tese]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC.

Lage, I. (2005). *Cuidados familiares a Idosos*, in Constança Paul e António M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal*, Lisboa: Climepsi Editores

Laks J, Batista E, Guilherme E, Contino A, Faria M, Figueira I, et al. (2003) *O mini exame do estado mental em idosos de uma comunidade: dados parciais de Santo Antonio de Pádua*, Rio de Janeiro. *Arq Neuropsiquiatr*. 61(3B):782-5.

Leme, L.E.G. & Silva, P. S.C. (2000). *O idoso e a família*. In M.P. Netto (Ed), *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu.

Lopes, M.J. (2005). *Os utentes e os enfermeiros: construção de uma relação*. Dissertação de Doutoramento. ICBAS. Porto

Lopes W., Saupe R., Massaroli A. (2008) *Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa*. *Ciênc Cuid Saúde*. 7:241-7.

Machado, Ana Larissa G. (2007); *O fazer do cuidador familiar: significados e crenças*. *Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília*, v. 60 , n. 5, p. 530-534.

Machado ALG, Jorge MSB, Freitas CHA. (2009) *A vivencia do cuidador familiar de vitima de acidente vascular encefalico: uma abordagem interacionista*. *Rev Bras Enferm*, 62(2): 246-51.

Mahoney, F., Barthel, D. (1965). *Functional evaluation : the Barthel Index*. *Maryland State Medical Journal*. 14 61-65.

Mahoney, D.; Shippee-Rice, R. (1994). *Training family caregivers of older adults: a program model for community nurses*. *Journal of Community Health Nursing*, v. 11, n. 2, p. 71-78.

Mandú E., Gaíva M., Silva M., Silva A. (2008). *Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família*. *Texto contexto - enferm.*; 17:131-40.

Marcon S., Lopes M., Fernandes J, Antunes C., Waidman M. (2006) *Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico*. *Online Braz J Nurs* [periódico na Internet]. [citado 2006 jan. 20]; 5(1). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/printerFriendly/145/40>.

Marques, M.; Teixeira, H.; Souza D.; (2012). *Cuidadoras Informais de Portugal: Vivências do cuidar de idosos*. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 10 n. 1, p. 147-159,mar./jun.2012

Marcon SS, Lopes MCL, Fernandes J, Antunes CRM, Waidman MAP. (2006) *Famílias cuidadoras de pessoas com dependência: um estudo bibliográfico*. Online Braz J Nurs [periódico na Internet]. [citado 2006 jan. 20]; 5(1). Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/rt/prINTERfriendly/145/40>.

Martin, I.; C. Paul , J. Roncon . (2000). *Estudo de adaptação e validação da escala de avaliação de cuidado informal*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, I, 001 , 3- 9.

Martin, I. (2005). *O Cuidado Informal no âmbito Social*, in Constança Paul e António M. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal*, Lisboa: Climepsi Editores

Martins J, Albuquerque G, Nascimento E, Barra D, Souza W, Pacheco W. (2007) *Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio*. Florianópolis; Abr-Jun; 16(2).

Martins, Teresa; Ribeiro, José Pais.; Garrett, Carolina. (2003); *Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 4, n. 1.

Medeiros, M. C. S. (2000) - *A prestação de cuidados á população idosa: Inquérito a uma amostra de população idosa dependente e aos seus prestadores de cuidados, na cidade de Lisboa*. Lisboa: Monografia da Licenciatura em Política Social, Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

Ministério da Saúde (2003). *Plano Nacional de Saúde: Orientações Estratégicas para 2004-2010*, Lisboa

Ministério da Saúde (2010). *A rede - A Revista da Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados ; nº1*; Dezembro.

Ministério da Saúde (2010). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*, Lisboa

Moreira, T.; Fialho A.; Vieira C. (2011) *Dissertações e Teses de Enfermagem sobre o Cuidador Informal do Idoso, Brasil, 1979 a 2007*. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jan-Mar; 20(1): 160

Ordem dos enfermeiros (2003). Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais. Divulgar. Acedido em 23 de Maio de 2013 de, <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2010). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Acedido em 6 de Maio de 2013:

http://www.ordemenfermeiros.pt/legislação/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%Publica_aprovadoAG_20Nov2010.pdf

Organização Das Nações Unidas. *Estudo Económico e Social Mundial*, 2007. Disponível em: www.un.org/esa/analysis/wess/. Acesso em: 28 de Novembro de 2012.

Ornelas, J. e Moniz M. (2007). *Parcerias comunitárias e intervenção preventiva*. Análise Psicológica, 1 (XXV): 153-158

Padilla, O. (2008). *Efectos del programa cuidando al cuidador, en la mejora de la habilidad de cuidado*. Avances en Enfermería, Bogotá, v. 26, n. 2, 27-34, jul.- dez.

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

Pavarini, S. e Neri, A. (2000). *Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos*. In Y.A.O Duarte & M.J.D. Diogo (Eds). Atendimento domiciliário: um enfoque gerontológico (no prelo). São Paulo: Atheneu.

Pineault, R.; Daveluy, C. (1987). *La planificación Sanitária: Conceptos, Métodos, Estrategias*. 1.ª edição. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión.

Pimentel, L. (2006). *Entre o dever e os afectos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. VI Congresso Português de Sociologia Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Consultado em Março, 10, 2011, através da fonte <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/259.pdf>

Pimentel, L. (2008). *Entre o dever e os afectos: os dilemas de cuidar de pessoas idosas em contexto familiar*. VI Congresso Português de Sociologia Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Consultado em 10 de Maio de 2013, através da fonte <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/259.pdf>

Polit, D. Beck, C. e Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.ª edição, Porto Alegre: Artmed

Portugal. Decreto-Lei N°28/2008 de 22 de Fevereiro. Diário da República. 1 Série, n°38/1182. Ministério da Saúde. Lisboa.

Potter, P. & Perry, A. (2000). *Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática*. 4ª ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan

Relvas, A.; Alarcão, M. (2007) *Novas Formas de Família*, 2ª ed., Coimbra: Quarteto Editora

Rice, R. (2006). *Home Care Nursing Practice: Concepts and Application*. Philadelphia. Mosby.

Rocha, M.; Vieira, M.; Sena, R. (2008). *Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília 2008 nov-dez; 61(6): 801-8.

Rolland, Y., Pillard, F., Klapouszczak, A., Reynish, E., Thomas, D., Andrieu, S., Reviere, D., & Vellas, B. (2007). *Exercise Program for Nursing Home Residents with Alzheimer's Disease: A 1-Year Randomized, Controlled Trial*. *Journal of American Geriatrics Society*, 55, 158-165.

Russo C., Elixhauser A. *Hospitalizations related to pressure sores. Statistical Brief #3. AHRQ Healthcare cost and utilization project.* April 2006. Disponível em: www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb3.pdf. Acesso a 23/06/2013.

Saraceno, C.; Naldini, M. (2003) *Sociologia da Família*, 2ª ed. atualizada, Lisboa: Editorial Estampa

Scazufca, M. (2002); *Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. Revista Brasileira de Psiquiatria.* Vol. 24, nº 1, p. 12-17.

Sequeira C. (2007); *Impacto da doença mental no familiar cuidador.* In Unidade de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida, ed. lit. - Livro de Actas do 2º Congresso Saúde e Qualidade de Vida. Porto: Escola Superior de Enfermagem de S. João.

Sequeira, C. (2010); *Adaptação e validação da escala de sobrecarga do cuidador de Zarit.* Referência, Coimbra, v. 2, n. 12, p. 9-16.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com dependência Física e Mental.* Lisboa. edições Lidel.

Silva, M. (2006). *Racionalidades Leigas sobre Envelhecimento e Velhice – um Estudo no Norte de Portugal*, Tese de Doutoramento em Sociologia, apresentada à Universidade Aberta

Sousa, L; Figueiredo, D; Cerqueira, M. (2004) *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice.* Lisboa: Âmbar.

Souza, C.; Lopes, S.; Barbosa, M.; *A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar.* Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004 on line (www.proec.ufg.br)

SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (2011). *Cuidando de cuidador- Guia Prático para Cuidadores Informais*. São Paulo. Disponível em: <http://www.spdm.org.br/site/images/stories/pdf/publicacoes/manual%20de%20cuidador%20adulto%20final.pdf>, consultado a 25 de Junho de 2013

Schulz, R., Belle, S., Czaja, S., McGinnis, K., Stevens, A., & Zhang, S. (2004). *Long-term care placement of dementia patients and caregiver health and well-being*. The Journal of American Medical Association, 292(8), 961-967.

Stanhope, M. e Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. 7.ª ed. Lusodidacta: Lisboa

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde: departamento de recursos humanos da saúde.

Wacker, R.; Roberto, A. (2008) *Community Resources for Older Adults - Programs and Services in an Era of Change*, 3ª ed., London: SAGE Publications, Inc

Waldow V. (1998) *Cuidado humano: o resgate necessario*. Porto Alegre: Sagra Luzzato.

WHO (2008): *Home Care in Europe*. Em linha. [Consult. 24 Janeiro 2010]. Disponível em: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20081103_2

Zarite, Reeve e Bach-Peterson (1980). *Entrevista de Carga del Cuidador – Sociedade Espanhola de Geriatria e Gerontologia*.

Netgrafia:

www.dgs.pt

www.ine.pt

www.portfoliomatematica.no.sapo.pt

ANEXOS

ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO AOS CUIDADORES INFORMAIS

Questionário

O presente questionário é dirigido ao(s) cuidador(es) informal(ais) de utentes dependentes que são cuidados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados da Unidade de Cuidados Continuados de Vendas Novas. Tem como intuito ser o ponto de partida para o projeto, realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, intitulado "Um olhar sobre o Cuidador Informal".

Os objetivos são: Realizar o diagnóstico da situação referente às necessidades sentidas pelo cuidador informal dos utentes inseridos na ECCI de Vendas Novas; Identificar as necessidades dos cuidadores informais e promover a articulação com instituições da comunidade.

A sua colaboração é essencial, de forma a atingir os objetivos.

Solicito que responda às questões, tendo o cuidado de não deixar nenhuma por responder.

É garantido o sigilo e a confidencialidade dos dados recolhidos, assim como a sua utilização, no âmbito restrito da realização e divulgação do projeto.

Grata pela sua colaboração

Enf^a Maria Barros

As questões que se seguem são dirigidas ao(s) cuidador(es) informal(ais), sendo acerca dos mesmos.

Nas questões em que existem opções de resposta deve colocar um X na resposta que se adequa à sua situação. Nas questões de resposta escrita, deve escrever nos espaços definidos.

1) Idade: _____

2) Sexo: Masculino Feminino

3) Situação conjugal:

a) Casado/a / União de facto

b) Divorciado/a / Separado/a

c) Viúvo/a

d) Solteiro/a

4) Habilitações académicas:

a) Analfabeto

b) Sabe ler e escrever

c) 1º Ciclo do Ensino Básico ou Equivalente

d) 2º Ciclo do Ensino Básico ou Equivalente

e) 3º Ciclo do Ensino Básico ou Equivalente

f) Ensino Secundário ou Equivalente

g) Ensino Superior

5) Situação profissional:

a) Empregado/a

b) Aposentado/a /Reformado/a

c) Desempregado/a

d) Estudante

e) Doméstica

f) Outra situação Qual? _____

6) Relação com a pessoa a quem presta cuidados:

a) Amigo/a

b) Familiar Qual? _____

c) Vizinho

d) Outra Qual? _____

7) Qual a distância entre a residência do cuidador e a pessoa a quem presta cuidados?

a) Co-habitação

b) Vivem em casas diferentes, mas no mesmo edifício (ou geminadas)

c) Na mesma rua

d) Na mesma terra ou vila

e) Fora da mesma localidade

8) Há quanto tempo presta cuidados ao idoso (aproximadamente)?

Anos: _____ Meses: _____

9) Como classifica a sua dificuldade em cuidar?

a) Nada difícil

b) Difícil

c) Muito Difícil

10) No seu entender, qual o local mais adequado para a pessoa que necessita de cuidados ser cuidada?

a) Casa

b) Hospital

c) Unidades de internamento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

d) Outros Quais? _____

11) Quais as dificuldades que sente desde que é cuidador?

a) Falta de tempo para outras actividades

b) Dificuldades económicas

c) Falta de descanso

d) Dificuldades em saber como cuidar

e) Não sente dificuldades

f) Outras

12) Tem experiências anteriores de cuidar?

a) Sim

b) Não

13) Sente falta de apoio na prestação de cuidados?

a) Sim De que tipo? _____

b) Não

Muito Obrigada!

ANEXO 2 - ESCALA DE SOBRECARGA DO CUIDADOR DE ZARIT

ENTREVISTA DE ZARIT PARA A SOBRECARGA DO CUIDADOR

ZARIT BURDEN INTERVIEW

1. Acha que o seu familiar pede mais ajuda do que ele(ela) realmente precisa?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
2. Acha que não tem tempo suficiente para si próprio(a), devido ao tempo que tem de dedicar ao seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
3. Sente-se em "stress" por ter de se dividir entre o cuidar do seu familiar e as suas outras responsabilidades (trabalho/família)?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
4. Sente-se envergonhado(a) com o comportamento do seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
5. Sente-se irritado(a) ou zangado(a) quando está com o seu familiar?
 nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre

6. Acha que o seu familiar está presentemente a afectar, de forma negativa, a sua relação com outros membros da família ou com os seus amigos?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
7. Tem medo do que o futuro pode reservar ao seu familiar?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
8. Acha que o seu familiar está dependente de si?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
9. Sente-se em tensão quando está com o seu familiar?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
10. Acha que a sua saúde se tem ressentido por causa do seu envolvimento com o seu familiar?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
11. Acha que não tem tanta privacidade quanto desejaria, por causa do seu familiar?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
12. Acha que a sua vida social se tem ressentido por estar a cuidar do seu familiar?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
13. Sente-se desconfortável quando recebe visitas dos amigos, por causa do seu familiar?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
14. Acha que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pode contar?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
15. Acha que não tem dinheiro suficiente para cuidar do seu familiar, tendo em conta todas as suas outras despesas?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
16. Acha que já não será capaz de continuar a cuidar do seu familiar por muito mais tempo?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
17. Sente que perdeu o controlo sobre a sua vida desde que a doença do seu familiar apareceu?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre
18. Deseja que pudesse ser uma outra pessoa a cuidar do seu familiar?
- nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre

19. Sente-se indeciso(a) quanto ao que fazer com o seu familiar?

nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre

20. Acha que devia estar a fazer mais pelo seu familiar?

nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre

21. Acha que podia cuidar melhor do seu familiar?

nunca raramente algumas vezes bastantes vezes quase sempre

22. De uma maneira geral, de que forma se sente sobrecarregado(a) por estar a cuidar do seu familiar?

absolutamente nada um pouco moderadamente muito muitíssimo

Cotação dos itens:

nunca/absolutamente nada=0

raramente/um pouco=1

algumas vezes/moderadamente=2

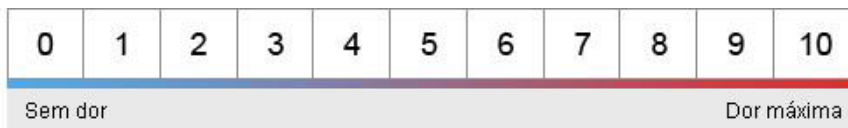
bastantes vezes/muito=3

quase sempre/muitíssimo=4

Nota: alguns trabalhos consideram cotação de 1 a 5

ANEXO 3 - ESCALA NUMÉRICA DA DOR

Escala numérica da dor



ANEXO 4 - ÍNDICE DE BARTHEL

CATEGORIA 8: CONTROLE ESFINCTERIANO (INTESTINO)
<ol style="list-style-type: none"> O paciente não tem controle de esfínteres ou utiliza o cateterismo. O paciente tem incontinência, mas é capaz de assistir na aplicação de auxílios externos ou internos. O paciente fica geralmente seco ao dia, porém não à noite e necessita dos equipamentos para o esvaziamento. O paciente geralmente fica seco durante o dia e a noite, porém tem acidentes ocasionais ou necessita de assistência com os equipamentos de esvaziamento. O paciente tem controle de esfínteres durante o dia e a noite e/ou é independente para realizar o esvaziamento.
CATEGORIA 9: DEAMBULACAO
<ol style="list-style-type: none"> Totalmente dependente para deambular. Necessita da presença constante de uma ou mais pessoas durante a deambulação. Requer assistência de uma pessoa para alcançar ou manipular os dispositivos auxiliares. O paciente é independente para deambular, porém necessita de auxílio para andar 50 metros ou supervisão em situações perigosas. O paciente é capaz de colocar os braces, assumir a posição ortostática, sentar e colocar os equipamentos na posição para o uso. O paciente pode ser capaz de usar todos os tipos de dispositivos e andar 50 metros sem auxílio ou supervisão. <p style="text-align: center;">Não pontue esta categoria caso o paciente utilize cadeira de rodas</p>
CATEGORIA 9: CADEIRA DE RODAS *
<ol style="list-style-type: none"> Dependente para conduzir a cadeira de rodas. O paciente consegue conduzi-la em pequenas distâncias ou em superfícies lisas, porém necessita de auxílio em todos os aspectos. Necessita da presença constante de uma pessoa e requer assistência para manipular a cadeira e transferir-se. O paciente consegue conduzir a cadeira por um tempo razoável e em solos regulares. Requer mínima assistência em espaços apertados. Paciente é independente em todas as etapas relacionadas a cadeira de rodas (manipulação de equipamentos, condução por longos percursos e transferências). <p style="text-align: center;">Não se aplica aos pacientes que deambulam.</p>
CATEGORIA 10: TRANSFERENCIAS CADEIRA/CAMA
<ol style="list-style-type: none"> Incapaz de participar da transferência. São necessárias duas pessoas para transferir o paciente com ou sem auxílio mecânico. Capaz de participar, porém necessita de máxima assistência de outra pessoa em todos os aspectos da transferência. Requer assistência de outra pessoa para transferir-se. Requer a presença de outra pessoa, supervisionando, como medida de segurança. O paciente pode, com segurança, aproximar-se da cama com a cadeira de rodas, freiar, retirar o apoio dos pés, mover-se para a cama, deitar, sentar ao lado da cama, mudar a cadeira de rodas de posição, e voltar novamente para a cadeira com segurança. O paciente deve ser independente em todas as fases da transferência.

Tabela 9: Pontuação do Índice de Barthel Modificado

Item	Incapaz de realizar a tarefa	Requer ajuda substancial	Requer moderada ajuda	Requer mínima ajuda	Totalmente independente
Higiene Pessoal	0	1	3	4	5
Banho	0	1	3	4	5
Alimentação	0	2	5	8	10
Toalete	0	2	5	8	10
Subir escadas	0	2	5	8	10
Vestuário	0	2	5	8	10
Controle de Bexiga	0	2	5	8	10
Controle intestino	0	2	5	8	10
Deambulação	0	3	8	12	15
Ou cadeira de rodas*	0	1	3	4	5
Transferência cadeira/cama	0	3	8	12	15
					100

Interpretação do Resultado	75 a 51 pontos - dependência moderada
100 pontos – totalmente independente	50 a 26 pontos – dependência severa
99 a 76 pontos – dependência leve	25 e menos pontos – dependência total

ANEXO 5 - ÍNDICE DE KATZ

ÍNDICE DE KATZ

(modificado)

FUNÇÃO	INDEPENDÊNCIA Faz sozinho, totalmente, habitualmente e corretamente atividade considerada (0)	DEPENDÊNCIA			
		PARCIAL		COMPLETA	
		Faz parcialmente ou não corretamente a atividade ou com pouca dificuldade		O idoso não faz a atividade considerada	
		Ajuda não humana (1)	Ajuda humana (2)	(3)	
BANHAR-SE Usa adequadamente chuveiro, sabão e/ou esponja	Independente para entrar e sair do banheiro.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou algum apoio material para o banho.	Necessidade de ajuda humana para lavar algumas partes do corpo (costas ou pernas) ou supervisão	Recebe assistência no banho para mais de uma parte do corpo (ou não se banha)	
VESTIR-SE Apanha a roupa do armário ou gaveta, veste-se e consegue despir-se. Exclui-se calçados.	Independente para pegar a roupa e se vestir	Necessidade de apoio de algum objeto para se vestir.	Necessidade de ajuda humana para pegar a roupa.	Dependência total para vestir-se.	
USO DO BANHEIRO Locomove-se até o banheiro, despe-se e limpa-se e arruma a roupa.	Independente para ir ao banheiro e se limpar.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou marreco, comadre e urinol para a higiene	Necessidade de ajuda humana para ir ao banheiro ou se limpar.	Não vai ao banheiro para o processo de eliminação	
TRANSFERIR-SE Locomove-se da cama para a cadeira e vice-versa	Independente para entrar ou sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Necessidade de ajuda através do uso de órtese ou de algum apoio material para realizar a transferência	Necessidade de ajuda humana parcial para entrar e sair do leito, sentar e levantar da cadeira.	Não sai da cama. Restrito ao leito	
CONTROLE ESFINCTERIANO (Considerar o escore mais alto)	Micção	Independência para controlar a micção	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da micção e defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da micção) ou usa fralda noturna somente (supervisão)	Dependência total através do uso constante de cateteres ou fraldas
	Evacuação	Independência para controlar os movimentos intestinais	Necessidade de ajuda através do uso regular de urinol, comadre ou marreco para controle da defecação.	Necessidade de ajuda humana para controle da defecação (supervisão) ou usa fralda noturna somente.	Dependência total através do uso constante de fraldas
ALIMENTAR-SE Consegue apanhar a comida do prato ou equivalente e levar à boca	Independente para pegar o alimento e levá-lo até a boca.	Necessidade de ajuda através do uso de adaptadores para a alimentação	Alimenta-se sozinho exceto pela assistência para cortar a carne e passar manteiga no pão.	Dependência total para a alimentação.	

ANEXO 6 - ESCALA DE LAWTON

Escala de Lawton e Brody	Pontos
Capacidade de usar o telefone: Utiliza o telefone por iniciativa própria É capaz de marcar alguns números de telefone de familiares É capaz de falar ao telefone mas não consegue marcar os números Não utiliza o telefone	1 1 1 0
Fazer compras: Realiza todas as compras necessárias independentemente Realiza independentemente pequenas compras Necessita de ir acompanhado para realizar qualquer compra Totalmente incapaz de fazer compras	1 0 0 0
Preparação da alimentação: Organiza, prepara e serve a refeição sozinho adequadamente Prepara a refeição sem proporção correcta dos ingredientes Prepara, aquece e serve a refeição, mas não segue alimentação adequada Necessita que lhe preparem e sirvam as refeições	1 0 0 0
Cuidado da casa: Mantém a limpeza da casa sozinho ou com ajuda ocasional (trabalhos pesados) Realiza tarefas leves, como lavar os pratos e fazer as compras Realiza tarefas leves, mas não consegue manter um adequado nível de limpeza Necessita de ajuda em todas as actividades de casa Não participa em nenhuma actividade de casa	1 1 1 1 0
Lavagem da roupa: Consegue lavar a sua roupa Consegue lavar pequenas peças de roupa Todo o cuidado da roupa deve ser desempenhado por outra pessoa	1 1 0
Uso de meios de transporte: Viaja sozinho em transportes públicos e conduz o seu próprio carro É capaz de usar um táxi, mas não utiliza outros meios de transporte Viaja em transporte público quando acompanhado por outra pessoa Apenas usa o táxi e o carro com ajuda de outros Não viaja	1 1 1 0 0
Responsabilidade na toma da medicação: É capaz de tomar a medicação a horas certas e doses correctas Toma a medicação se for preparada previamente Não é capaz de administrar a medicação	1 0 0
Controlo dos assuntos financeiros Responsabiliza-se dos assuntos económicos Realiza as compras de cada dia, mas necessita de ajuda nas grandes compras, no banco, etc. Incapaz de utilizar o dinheiro	1 1 0
Total	Máxima dependência: 0 pontos Independência total: 8 pontos

ANEXO 7 - ESCALA DE MORSE

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE QUEDAS DE MORSE

Avaliação de Risco de Queda do Doente	Pontos Score
1. História de Quedas nos últimos três meses	
Sim	25
Não	0
2. Diagnóstico Secundário	
Sim	15
Não	0
3. Ajuda na mobilização	
Acamado/Repouso leito	0
Bengala/Andarilho/Canadiana	15
Aparelho/Equipamento	30
4. Terapia endovenosa	
Não	0
Sim	20
5. Marcha	
Normal/Acamado/Cadeira de rodas	0
Lenta	10
Alterada/cambaleante	20
6. Estado Mental	
Orientado	0
Desorientado/Confuso	15

Nível de Risco	Score
Sem Risco	0-24
Risco Baixo	25-50
Risco Elevado	≥ 50

ANEXO 8 - ESCALA DE BRADEN

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____						
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____						
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação, OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação, OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição, OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.						
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.						
Actividade Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.						
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.						
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido, OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.						
Fricção e forças de deslizamento	1. Problema: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.							
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.						Pontuação total				

ANEXO 9 - MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.


Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p> <p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1</p> <p>9. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

ANEXO 10 - POSTER CUIDADOR INFORMAL

UM OLHAR SOBRE O CUIDADOR INFORMAL



O cuidador informal surge, da necessidade de se cuidar da pessoa/familiar doente no domicílio. O cuidador informal é aquele que desempenha cuidado não profissional e o seu papel sem receber nenhuma remuneração, podendo ser pessoas da família, amigos e vizinhos.

... é aquela pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade da vida da pessoa dependente.

O cuidado no domicílio proporciona o convívio familiar, o apoio e a proteção que o idoso necessita. No entanto, cuidar de um idoso dependente é uma missão árdua que envolve compromisso e dedicação.



O familiar/cuidador ao assumir o papel do responsável pelo bem-estar e prestação de cuidados a um familiar, sente dificuldades e fica sujeito a tensão e a agentes de stresse.

Os cuidadores sentem dificuldades no cuidar, dificuldades económicas e problemas relativos à saúde.



É importante a existência de apoio aos cuidadores informais, realização de ensinamentos relativos ao cuidar e disponibilidade no acesso aos serviços de saúde. Se esta resposta não existir por parte de profissionais, a família/cuidador principal sentir-se-á perdida(o) e sem saber a quem recorrer.

Diagnosticar as situações das famílias cuidadoras e definir estratégias de forma a diminuir as suas dificuldades é de grande pertinência para a equipa multidisciplinar, assim como para a população, podendo desta forma obter-se ganhos em saúde.



Cuidar de quem cuida → Melhoria dos cuidados prestados

ANEXO 11 - GUIA PRÁTICO DE APOIO AO CUIDADOR INFORMAL



UCC Vendas Novas
ECCI Vendas Novas

Guia Prático do Cuidador Informal



A Equipa de Cuidados Continuados Integrados, para além da prestação de cuidados diretos ao utente tem como objetivo o apoio, não só ao utente, mas ao seu cuidador informal e restante família.

Com o intuito de facilitar a prestação de cuidados e esclarecer dúvidas existentes, surge este guia de apoio. Esperamos que lhe seja útil.

De seguida serão abordados temas como a higiene, posicionamentos, transferências, prevenção de úlceras de pressão e quedas.

Higiene do Utente

Parcial: É aquela que tem em conta os cuidados específicos de cada parte do corpo, frequentemente as regiões com secreção abundante e maior carência de higiene (cara e boca, mãos, axilas, pés e genitais).

Total: consiste no banho total, completo, desde a higiene ao corpo até ao cortar das unhas e cuidados com o cabelo.

Na cama OU no chuveiro, consoante as características da pessoa de quem se cuida.



Nas casas de banho

- ♦ Colocar barras de apoio e tapetes antiderrapantes no chuveiro e no chão. Aconselhar o idoso a apoiar-se nas barras de apoio ao entrar e sair do banho.
- ♦ Não deixar o idoso sozinho enquanto toma banho;
- ♦ Não permitir que o idoso circule sozinho quando o chão está molhado;

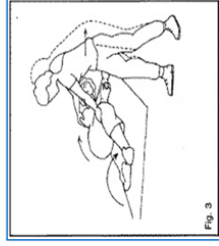
Posicionamentos no leito



- ◆ Deixar a cama em posição horizontal
- ◆ Colocar um travesseiro na cabeceira da cama
- ◆ Colocar um lençol ou plástico deslizante sob o corpo do paciente

- ◆ Permanecer duas pessoas, uma de cada lado do leito, olhando em direção dos pés da cama
- ◆ Segurar firmemente no lençol ou plástico e, num movimento rítmico, movimentar o paciente

Posição Lateral



- ◆ Permanecer do lado para o qual você vai virar a pessoa;
- ◆ Cruzar o seu braço e a sua perna no sentido em que ele vai ser virado, flectindo o joelho. Observar o posicionamento do outro braço;

- ◆ Fazer o utente virar a cabeça na sua direção
- ◆ Rodar o utente gentilmente, utilizando o seu ombro e joelho como alavancas;

Outra forma de realizar esse procedimento é utilizando o resguardo, da seguinte forma:

- ◆ Virar o utente e colocar o resguardo sob o seu corpo. Voltar o paciente e puxar o resguardo;



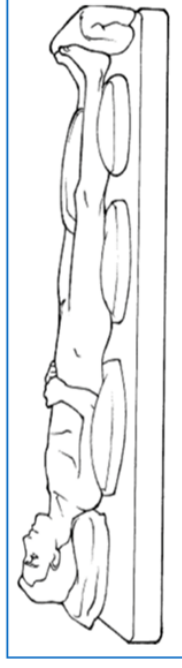
- ◆ Ficar no lado oposto ao que o utente será virado;
- ◆ Puxar o resguardo, movendo o utente na sua direção e para a beira da cama. Manter as costas direitas e utilizar o peso do seu corpo;
- ◆ Elevar o resguardo, fazendo o utente virar cuidadosamente. Manter uma grade de proteção no lado oposto da cama;

Durante a mudança de posição, o utente não deve ser “arrastado” mas sim “levantado”, utilizando-se o resguardo.

Para prevenir ou minimizar as lesões da pele, devem ser realizados posicionamentos adequados e alternados e com uma frequência mínima de 2h e máxima de 4h, consoante as características da pele da pessoa, idade e grau de mobilidade.

Prevenção de úlceras de pressão

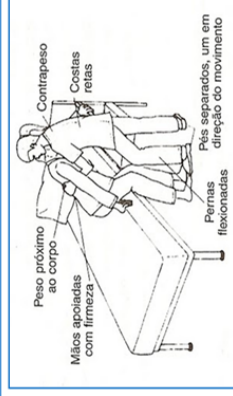
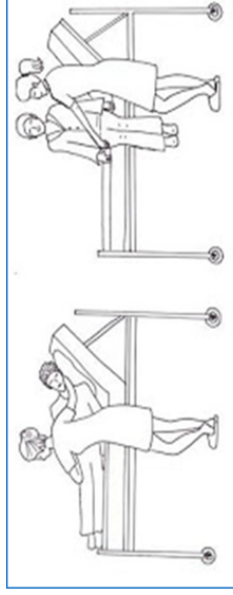
- ◆ Manter a pele do utente sempre limpa e seca, mudando ou limpando as zonas sujas com a frequência adequada às suas necessidades ;
- ◆ Minimizar a exposição da pele à humidade, usando fraldas descartáveis, colocando cremes apropriados a cada zona da pele;
- ◆ Massajar as zonas que estão mais sujeitas à pressão e aliviá-las com a colocação de almofadas.





Transferência do Utente

- ◆ Colocar a cadeira ao lado da cama, virada para a cabeceira da cama;
- ◆ Travar as rodas da cadeira e levantar o apoio para os pés;
- ◆ Sentar o utente na beira da cama;
- ◆ Calçar o utente com sapatos ou chinelos antiderrapantes;
- ◆ Segurar o utente pela cintura, auxiliando-o a levantar-se, virar-se e sentar-se na cadeira



Prevenção de Quedas

- ◆ Não encerar o chão;
- ◆ Os tapetes e as passadeiras devem existir o mínimo possível e de-
- ◆ Os sofás devem ter braços largos para ajudar os movimentos de se levantar e se sentar;
- ◆ Os degraus devem ser substituídos por rampas de inclinação leve;
- ◆ Não deixar objetos no caminho de passagem;
- ◆ Proporcionar uma boa iluminação das divisões, principalmente quando há existência de escadas e degraus;
- ◆ As escadas têm de ter corrimão e proteção antiderrapante e os beirais dos degraus devem ser pintados com cores vivas, como laranja ou amarelo;
- ◆ Orientar a pessoa a descer as escadas de lado, mantendo sempre a mão mais firme no corrimão;
- ◆ O relvado, o jardim, o pátio, as passagens para carros e passeios devem estar desimpedidas, sem buracos, fendas ou outras irregularidades.



Alimentação



Quando os idosos têm problemas em engolir, recomenda-se que os alimentos sejam passados; a carne e o peixe devem ser picados.

A situação de engasgamento é frequente no caso das pessoas idosas, muitas vezes por alimentação pouco adaptada, presença de próteses dentárias soltas ou por dificuldade em engolir.

Se por acaso houver um engasgo é importante não estimular a pessoa engasgada a empurrar o objeto, é necessário tossir e induzir o vômito.

Se a pessoa apresentar pele arroxeada é sinal de que o engasgo está a impedir a passagem de ar, podendo conduzir a iminente desmaio ou paragem respiratória.

Age-se inicialmente incentivando a pessoa a tossir.

Se não resultar aplicam-se as 5 pancadas interestapulares (no cimo e centro das costas), dobrando a pessoa ligeiramente para a frente.



Quando há necessidade de alimentar a pessoa através de sonda gástrica:

Um dos segredos da alimentação via sonda é a fluidez dos alimentos, devendo-se adicionar a água usada para cozinhar os alimentos, pois nela ficam retidos muitos nutrientes como vitaminas e minerais.

Uma outra opção é acrescentar leite, que é um alimento nutritivo, além de ser líquido.

Referências Bibliográficas e Fontes de imagens

- ♦ Alexandre, N; Rogante, M. (2000). *Movimentação e transferência de pacientes: aspectos posturais e ergonómicos*. Rev. esc. enferm. USP vol.34 no.2 São Paulo June
- ♦ www.guiabemcuidaridoiso.ebjc.pedome.net



Contactos

Telemóvel: 927740564

Fax: 265809009

Telefone Centro de Saúde: 265809000

Horário de atendimento telefónico:

De 2ª a 6ª feira—das 8h15 às 18 horas

Sábados, Domingos e Feriados—Das 8h15 às 12 horas

eccivnovas@alentejocentral2.min-saude.pt

ANEXO 12 - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

ANEXO 13 - PLANO DE FORMAÇÃO

PLANO DE FORMAÇÃO

Admissão do utente em ECCI	Sessões de Educação para a Saúde
1ª Visita Domiciliária	Higiene e Posicionamentos
2ª Visita Domiciliária	Prevenção de úlceras de pressão
3ª Visita Domiciliária	Transferência do utente da cama para a cadeira
4ª Visita Domiciliária	Prevenção de quedas
5ª Visita Domiciliária	Alimentação e Medicação