

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

“CANTINHO DO CUIDADOR”:

***Espaço de Apoio, Acompanhamento e (In)formação a
Cuidadores Informais do Concelho de Évora***

Ana Carla Silva Coelho

MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

**ORIENTADOR:
Ermelinda Batanete**

**ÉVORA
SETEMBRO, 2011**

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

**“CANTINHO DO CUIDADOR”:
Espaço de Apoio, Acompanhamento e (In)formação a
Cuidadores informais do concelho de Évora**

ANA CARLA SILVA COELHO

Relatório Apresentado para a Obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem

Orientador
Ermelinda Batanete

**Évora
2011**

CANTINHO DO CUIDADOR

“A vida de quem cuida de alguém é um novelo de rotinas deveres e tarefas complexas que queremos ajudar a desenrolar.”

RESUMO

"Cantinho do Cuidador"

Espaço de Apoio, Acompanhamento e (In)formação a Cuidadores Informais do Concelho de Évora

Palavras-chave: Cuidador informal, comunidade.

Este relatório descreve o projecto de intervenção Comunitária da responsabilidade do Centro de Saúde de Évora designado por *Cantinho do Cuidador*.

É um recurso criado para os Cuidadores do Concelho de Évora, e surge da constatação dos técnicos que intervêm no domicílio, das dificuldades e limitações dos Cuidadores.

Pretende ser um espaço de formação, apoio e sociabilização onde cuidadores informais e técnicos de saúde partilham vivências, experiência e emoções. É um espaço de afectos, onde todos os participantes recebem mais do que dão. A autora deste relatório é também a responsável pelo projecto que este relata e acompanha-o desde o primeiro minuto até á actualidade. Escolher este tema com projecto de estágio foi uma tentativa de ajudar o projecto a fortalecer-se, a adquirir uma estrutura mais organizada e estruturada que favoreça o seu crescimento e continuidade. A nível profissional constituiu um momento de consolidação das competências adquiridas na pós licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária e dessa forma um grande momento de aprendizagem profissional e crescimento Humano.

ABSTRACT

"Caregiver nook"

Support, follow up and (in)formation space for Évora county informal caregivers.

Key words: informal caregiver, community.

This report describes the responsibility of Évora health Centre for the communitarian intervention project, called *Cantinho do Cuidador*.

It is a resource created for Évora county caregivers because of technician's intervening at domicile awareness, due to their difficulties and limitations.

It is supposed to be a study, support and socialization space where informal caregivers and health technicians share personal know-how, experiences and emotions.

It is a space of affection, where all participants receive more than they give.

The Master who brought to light this report is also responsible for the mentioned project and has been following it since minute one up to date. Choosing this theme as stage project was an attempt to help the project to strengthen, and acquire a more organized structure that benefits it's development and continuity.

At a professional level this has worked as the moment that consolidated the competences acquired in the postgraduate of specialization in communitarian nursing and thus a great moment of professional learning and human growth.

ÍNDICE

	Fls.
1-INTRODUÇÃO.....	10
2-ANÁLISE DO CONTEXTO.....	12
2.1-CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	17
2.2-CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOA MATERIAIS E HUMANOS....	20
2.3-DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	21
3-ANÁLISE DA POPULAÇÃO.....	23
3.1-CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO.....	23
3.2-CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECIFICAS DA POPULAÇÃO ALVO.....	27
3.3-ESTUDOS SOBRE PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO COM A POPULAÇÃO.....	30
3.4- RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO ALVO	31
4-ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS.....	33
4.1-OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO.....	33
5-ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES.....	34
5.1-METODOLOGIAS	34
5.2- FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	36
5.3-ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS....	50

5.4-RECURSOA MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS.....	51
5.4.1-Recursos Humanos.....	51
5.4.2.- Espaço Físico	52
5.4.3-Recursos Materiais	52
5.5-CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS.....	54
5.6-ANÁLISE E ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL.....	55
5.7-CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA.....	56
6-ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO	57
6.1-AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS.....	58
6.2-AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA.....	60
6.3-DESCRIÇÃO DOS MOMENTOS DE AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRECTIVAS INTRODUZIDAS.....	61
7-ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETENCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS.....	64
8-REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
ANEXOS.....	69
ANEXO 1: Plano de Actividades UCC Évora (pg.40)	70
ANEXO 2: Divulgação do projecto: Divulgação electrónica	72
ANEXO 3: Visualização do projecto na página electrónica da ARSA	74
ANEXO 4: Material de divulgação em suporte de papel	77
ANEXO 5: Divulgação das sessões temáticas na Comunicação social	81

ANEXO 6: Documento para divisão de tarefas na preparação das sessões	89
ANEXO 7: Documento para registo do atendimento individual	91
ANEXO 8: Projecto Cantinho do Cuidador Informal	93
ANEXO 9: Apresentação da sessão 0	99
ANEXO 10: DVD da reportagem RTP “Cantinho do Cuidador”	101
ANEXO 11: Apresentação sessão 1	103
ANEXO 12: Apresentação sessão 2	106
ANEXO 13: Apresentação sessão 3	110
ANEXO 14: Apresentação sessão 4	115
ANEXO 15: Convite á participação dos alunos do curso de psicomotricidade da Universidade de Évora	119
ANEXO 16: Apresentação sessão 5	121
ANEXO 17: Apresentação sessão 6	124
ANEXO 18: Apresentação sessão 8	130
ANEXO 19: Apresentação sessão 9	133
ANEXO 20: Questionário de avaliação aplicado dia 10/3/2011	139
ANEXO 21: Cartão de divulgação do atendimento Individual	141
ANEXO 22: Cartaz de Divulgação do Projecto	143
ANEXO 23: Convite, Programa e Apresentação do Encontro Nacional de Cuidados Continuados	145
ANEXO 24: Reportagens “Cantinho do Cuidador” no jornal “A Defesa” e revista “GINGKO”	151

ÍNDICES DE QUADROS, FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS**IMAGENS****Pág****Imagem nº1:** Concelho de Évora

17

QUADROS**Quadro nº1:** Indicadores demográficos comparativos, 2001

13

Quadro nº2: Indivíduos por Grupo Funcional e Género no Concelho de Évora

14

Quadro nº3: Descritivo da Ordem dos Enfermeiros para a Competência do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária “Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades”

22

GRÁFICOS**Gráfico nº1:** Pirâmide etária de residentes no Concelho de Évora

14

Gráfico nº2: Índice de Dependência de Idosos e Índice de Envelhecimento

26

Gráfico nº3: Participação por Género

27

Gráfico nº4: Atendimento Individual

45

Gráfico nº5: Participação por Género

46

Gráfico nº6: Caracterização por Idade

46

Gráfico nº7: Nº Sessões Frequentadas

47

Gráfico nº8: Conhecimento do projecto

47

Gráfico nº9: Razões para frequentar o Cantinho

48

Gráfico nº10: Utilização dos Conhecimentos Adquiridos

48

Gráfico nº11: Apreciação Global das Sessões	49
Gráfico nº12: N° de Sessões Frequentadas	49

SIGLAS e ABREVIATURAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ARSA	Administração Regional de Saúde do Alentejo
AVDs	Actividades de Vida Diária
CME	Câmara Municipal de Évora
CS	Centro de Saúde
DGS	Direcção Geral da Saúde
DPSM	Departamento Psiquiatria e Saúde Mental
ECCI	Equipa Cuidados Continuados Integrados
ECL	Equipa de Coordenação Local
EPS	Educação Para a Saúde
ERA	Equipa Regional de Acompanhamento
ESESJD	Escola Superior Enfermagem S J D Évora
FEA	Fundação Eugénio de Almeida
HESE	Hospital Espírito Santo Évora
INE	Instituto Nacional de Estatística
Nº	Numero
PNS	Plano Nacional de Saúde
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UCC	Unidade Cuidados na Comunidade
UCSP	Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados
URAP	Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados
USF	Unidade Saúde Familiar
USP	Unidade Saúde Publica
VD	Visitação Domiciliaria

1. INTRODUÇÃO

O relatório descrito nestas páginas, é resultado do estágio realizado no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, sob orientação da professora Ermelinda Batanete, no período compreendido entre Setembro 2010 e Março 2011. Constitui a conclusão de um ciclo iniciado em 2007 com o ingresso no curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus da Universidade de Évora.

As repercussões associadas ao cuidar de uma pessoa dependente vêm assumindo importância crescente atendendo ao envelhecimento demográfico da população e ao aumento da prevalência de doenças crónicas. O aumento contínuo do segmento da população com idades mais avançadas exige cuidados especiais, em resultado das limitações que lhe estão associadas, o que implica uma resposta da sociedade no desenvolvimento do apoio ao idoso e famílias ou a outros prestadores informais de cuidados. A continuidade de cuidados centra-se essencialmente na prestação de cuidados no domicílio, contribuindo desta forma, para uma resposta mais humanizada, privilegiando-se a permanência da pessoa dependente no domicílio, o que vai ao encontro das aspirações, tanto do doente como da família, além do próprio Estado, ao diminuir o elevado número de internamentos e conseqüentemente os gastos em saúde. Cuidar de um familiar com dependência surge muitas vezes de forma inesperada. O cuidador não tendo formação prévia necessita de apoio e formação dos profissionais de saúde para que possa conhecer o seu papel e agir. Nesta perspectiva importa compreender a realidade que envolve o cuidar no domicílio por estes cuidadores informais, pois qualquer cuidador necessita de informação, educação, encorajamento e suporte (*Veríssimo e Moreira, 2004*). A “prática de parceria com a família” implica a partilha de conhecimentos e experiências que potenciem um reforço das práticas de cuidados numa maior colaboração e uniformização entre os actores envolvidos: cuidadores formais e informais.

É neste contexto que surge o projecto Cantinho do Cuidador Informal. Assume-se como uma resposta de apoio acompanhamento e suporte aos Cuidadores Informais do

concelho de Évora e assenta essencialmente em duas respostas: Acompanhamento Individual e Sessões Temáticas de divulgação e partilha.

Este relatório está organizado em sete capítulos que se complementam, e assim num primeiro momento analisa-se o contexto do envelhecimento a nível Nacional e particularizando depois para a região Alentejo onde este estágio se desenvolveu. Em seguida faz-se uma caracterização do ambiente de realização do estágio: um Centro de Saúde, enquadrando-o nas mudanças que a reforma dos Cuidados de Saúde Primários veio impor. Em seguida caracteriza-se a população alvo do projecto da forma mais sustentada possível. O quarto capítulo é dedicado aos objectivos do projecto e transporta-nos para a descrição e reflexão sobre as intervenções que sustentam este projecto, suas metodologias, estratégias e recursos envolvidos. O sexto capítulo é dedicado à avaliação de todo o processo. Por fim reflecte-se sobre as competências profissionais adquiridas e procura fazer-se um balanço de toda esta aventura que pretende terminar com a defesa deste relatório na discussão pública do mesmo.

Para a mestranda, participar neste projecto foi simultaneamente uma aprendizagem profissional, um território fértil de consolidação das competências previstas para o enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária, e um momento de gratificação e crescimento individual pela riqueza e intensidade das relações humanas que se estabeleceram entre todos os intervenientes.

Este relatório está organizado de acordo com o Anexo I do Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem, na área relativa à Estrutura do Relatório de Mestrado em Enfermagem, da Universidade de Évora.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

O Envelhecimento em Portugal

Em Portugal, segundo o *Anuário Estatístico da Região Alentejo 2007/2008*, entre 1991 e 1997, aumentou em cerca de 159 000 o número de pessoas com 65 e mais anos. No mesmo período o número de pessoas com 85 e mais anos de idade sofreu um acréscimo de mais de 14 000. Ainda, no mesmo intervalo de tempo, o índice de envelhecimento subiu de 71,4% para 88,5% e o índice de dependência de idosos subiu de 20,7 para 22,2. Relativamente ao peso da população com 65 e mais anos no total da população, há sete distritos que se situam abaixo da média nacional (13,6%) e todos os outros acima da mesma. Há distritos, no nosso país, nos quais esse grupo etário representa mais de 22%. Em mais de 30% das famílias portuguesas vivem pessoas com 65 e mais anos de idade. Muitas pessoas com 65 e mais anos vivem sós. Em números absolutos ultrapassam os 240 000 o que corresponde a cerca de 2,5% do total da população portuguesa.

Envelhecer no Alentejo

A região Alentejo, situada a sul do país, é a maior região do país com um total de 26931Km² de superfície, representando cerca de um terço da superfície total de Portugal Continental. Caracterizado por um clima mediterrâneo, apresenta grande amplitude térmica com Verões muito quentes e Invernos muito frios.

É marcada por aspectos conjunturais que interferem de forma decisiva no seu processo de desenvolvimento, assim como nas respostas que o serviço de saúde deverá prestar à população, são eles:

- √ Povoamento concentrado e baixa densidade populacional;
- √ Decréscimo acentuado do número de efectivos populacionais;
- √ Declínio acentuado da fecundidade e índice de envelhecimento muito elevado;
- √ Existência de um grande número de famílias mono parentais idosas;
- √ Elevado grau de analfabetismo;

- √ Dificuldades económico-sociais;
- √ Dificuldade na fixação de profissionais;
- √ Limitações e insuficiências técnicas com grande dependência dos Hospitais Centrais de Lisboa.

Os censos de 2001 indicam uma população residente na Região de Saúde do Alentejo de 461883 habitantes. A par do decréscimo da taxa de natalidade, constata-se um envelhecimento acentuado na população da Região Alentejo, situação que se tem vindo a agravar progressivamente nos últimos anos.

Em 2001, o grupo de portugueses com mais de 65 anos constitui cerca de 24% no Alentejo, sendo de 17% no continente, e com um índice de dependência, face à população em idade produtiva, estimado em cerca de 39% contra os 24% a nível nacional.

Quadro 1: Indicadores Demográficos Comparativos, 2001

	Beja	Évora	Portalegre	R.S. Alentejo	Portugal
Índice de Dependência de Jovens	21,6%	21,8%	22,0%	21,8%	23,6%
Índice de Dependência de Idosos	38,6%	35,2%	42,7%	38,4%	24,2%
Índice de Envelhecimento	178,5%	161,5%	194,3%	176,2%	102,2%
Índice de Longevidade	43,0%	50,6%	44,8%	43,5%	41,4%
Índice de Dependência Total	60,3%	57,0%	64,7%	60,2%	47,8%

Fonte: Censos 2001 - Resultados Definitivos INE

O Concelho de Évora

Com uma *taxa de crescimento efectivo* de 0,55%, o concelho de Évora, apresenta nos dados de 2007 do INE, uma população de 55114 indivíduos, distribuídos por *género* e *grupos funcionais* de acordo com o quadro seguinte. **Évora** é um município urbano, localizado no Alentejo Central, que integra um conjunto de 19 freguesias, das quais 7 são urbanas e 12 rurais. É um dos maiores e mais populosos concelhos do Alentejo, ocupando uma área de 1309 Km², que corresponde a 18% da área total do Alentejo Central.

Quadro 2: Indivíduos por grupo funcional e género no Concelho de Évora

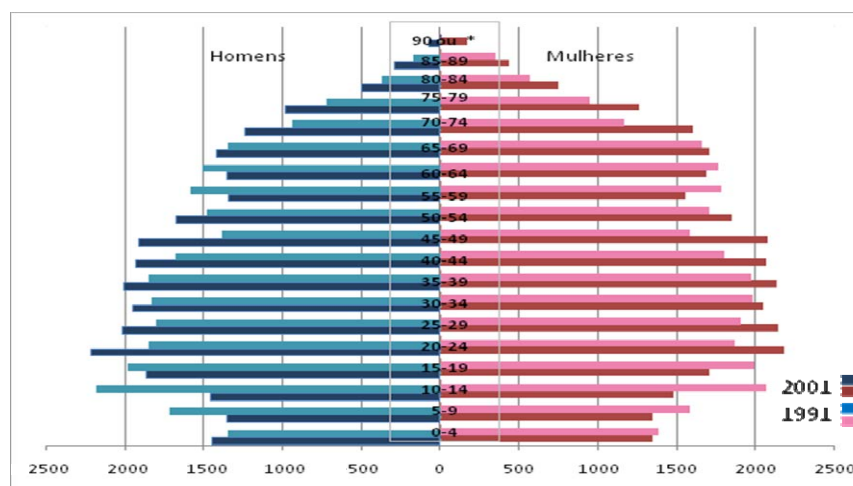
	Masculino	Feminino	Total
0-14 anos	4227	3887	8114 (14,7%)
15-24 anos	2965	2966	5931 (10,8%)
25-64 anos	14885	15608	30493 (55,3%)
>65 anos	4465	6111	10576 (19,2%)
>75 anos	2061	3058	5119 (9,2%)
Total	26542	28572	55114

FONTE: INE, 2008

O concelho de Évora, apresenta uma taxa de natalidade de 9,8%.

A taxa bruta de mortalidade situa-se em 11,6%, enquanto que, na totalidade do território nacional, é de 9,8%.

À semelhança do que acontece no país, no período de 1991/2001, aumentou a proporção de idosos em relação aos grupos etários da base da pirâmide.

Gráfico 1- Pirâmide etária dos Residentes do concelho de Évora

Fonte: INE 2001

Nas últimas décadas, as constantes alterações das condições de vida em Portugal e no Alentejo provocaram profundas transformações demográficas e determinaram novas necessidades para certos grupos da população, nomeadamente para as pessoas mais idosas. Por outro lado, o aumento da esperança de vida, o elevado número de idosos, os problemas de saúde específicos destes utentes leva igualmente à necessidade de repensar o sistema de saúde português. Esta nova conjuntura obriga a uma reflexão que reúna todos os actores da saúde: pacientes/utentes, médicos, enfermeiros e instituições de apoio aos cuidados médicos.

No cenário de **envelhecimento futuro**, é importante que as instâncias produtoras de políticas sociais se preparem para as transformações que começaram a ter lugar. Os apoios de tipo social que têm marcado as políticas na maior parte dos países em que foram implementadas, como os centros de dia e os apoios domiciliários, poderão deixar de ser a orientação essencial das políticas nas futuras gerações de idosos. A velhice dependente vai ser o grande desafio já no início do milénio (*Fernandes, 2002*).

Se atentarmos à legislação e planos actuais da agenda política na área da Saúde reconheceremos que o enfoque sobre o utente, a qualidade da prestação dos serviços de saúde e o desenvolvimento das redes de apoio ao utente são uma preocupação que tem alcançado algum protagonismo nos últimos anos.

O Plano Nacional de Saúde de 2004-2010 de Portugal defende uma visão alargada da saúde, desde o momento da nascença até à morte, em que se pressupõe um sistema centrado no cidadão e para o cidadão que obrigará, necessariamente, a uma intervenção multidisciplinar e complexa que exige a concretização/sedimentação de parcerias entre os principais actores do sistema de saúde: pacientes/utentes, cuidadores formais (enfermeiros, médicos, etc.) e informais (familiares, amigos, vizinhos) e as próprias instituições (hospitais, centros de saúde).

De acordo com o diagnóstico das debilidades e necessidades do Plano Nacional de Saúde, o “estado dos cuidados na saúde portuguesa” nestes aspectos apresentam grandes debilidades, nomeadamente:

- √ Cuidados inadequados às necessidades dos idosos;
- √ Insuficiente atenção às determinantes da autonomia e da independência;

- √ Insuficiência de ambientes capacitadores de autonomia e independência;
- √ Deficiente acessibilidade a cuidados paliativos adequados;
- √ Acesso limitado aos cuidados necessários;
- √ Informação deficiente sobre a dor;
- √ Deficiente organização dos cuidados;
- √ Deficiente/inexistente articulação com outros sectores da sociedade;
- √ Atenção inadequada às necessidades de saúde de grupos específicos.

Os *Settings* a privilegiar nesta fase do ciclo de vida incluem: a família, capacitando-a para a prestação de cuidados informais; os Centros de Saúde e Hospitais, capacitando-os para a prestação de acções paliativas; as unidades de cuidados continuados, capacitando-as para a prestação de acções paliativas em internamento e no domicílio. (*Plano Nacional de Saúde, 2004*) Por outro lado, destacam-se também a escola, a universidade, o local de trabalho, os locais de lazer e as unidades de saúde. (*Plano Nacional de Saúde, 2004*).

O envelhecimento demográfico, tendo como matriz uma maior longevidade da população, está associado a uma maior incidência de incapacidades e doenças crónicas que acentuam o nível de dependência principalmente dos idosos. Em simultâneo a esta realidade constata-se que a população idosa duplicou nos últimos 40 anos e as previsões apontam para um aumento acentuado desta tendência. A associação destes dois contextos potencia a necessidade de cuidados da população idosa o que remete para a necessidade de uma maior participação da família cuidadora.

Torna-se então essencial otimizar o papel do cuidador informal como via para a promoção de cuidados permanentes de qualidade de natureza ambulatoria, que contribuam para a promoção da qualidade de vida das populações mais idosas.

Designam-se cuidados informais os cuidados que são executados de forma não antecipada, não remunerada, podendo abranger a totalidade ou apenas parte dos mesmos (*Sequeira, 2007*). Também para o mesmo autor aos cuidados formais são aqueles que são desempenhados por profissionais devidamente qualificados. Neste grupo incluem-se além dos profissionais da área da saúde, aqueles que desenvolvem a sua actividade em lares, instituições, ou que integram equipas de voluntariado nestas áreas.

Ora é neste contexto que surge o projecto que este relatório descreve. O Cantinho do Cuidador constitui-se como uma resposta de apoio e assistência aos cuidadores informais dos utentes dependentes do Concelho de Évora. A estatística não permite quantificar a população alvo uma vez que não existem números relativamente aos utentes dependentes em domicílio que disponham de cuidador informal, mas pelas características geodemográficas da região estima-se um número crescente de dependentes no seu domicílio nos próximos anos.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

O estágio que este relatório descreve desenvolveu-se no Centro de Saúde de Évora, numa área da unidade de saúde Portas de Avis, na recentemente inaugurada Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do concelho de Évora.



Imagem 1: Concelho de Évora

O concelho de Évora é ocupado, segundo os dados do último recenseamento (2001), por 56519 habitantes, sendo que 44806 (79,3%) se encontram a residir na zona urbana e 11713 (20,7%), na zona rural, o que se traduz numa *densidade populacional* de 43,2 hab/km².

A caracterização do ambiente da realização deste estágio carece do enquadramento no contexto da actual reforma em curso dos Cuidados de Saúde Primários. A reforma dos Cuidados de Saúde Primários visa tornar o sistema menos hospitalocêntrico e mais orientado para a prevenção da doença, para a proximidade entre o cidadão e os profissionais de saúde, porque tal melhora a saúde e a eficiência global na gestão da saúde. Pretende construir um sistema de saúde mais eficiente, mais justo, mais flexível e orientado para o cidadão, socialmente mais útil. Esta reforma demonstra ainda que os profissionais nela envolvidos querem e podem trabalhar para o utente, famílias e comunidades, assim possam usufruir de condições de trabalho. O decreto-lei nº28/2008 de 22 de Fevereiro contextualiza esta reforma e cria os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES). O objectivo dos ACES é aumentar a autonomia organizativa e colocar a gestão mais próxima do terreno. São serviços descentralizados da respectiva Administração Regional de Saúde I.P., estando sujeitos ao seu poder de direcção. Dessa reorganização emergem diversas unidades funcionais, cada uma delas com uma missão, valores e área de abrangência e influencia definidas. Assim surgem as Unidades de Saúde Familiares (USF), as Unidades de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP), as Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), as Unidades de Saúde Pública (USP) e as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC). As URAP e USP são transversais a cada agrupamento e têm como função uma (URAP), gerir os recursos humanos partilhados pelas diferentes unidades funcionais de um Agrupamento; outra (USP) visa promover a vigilância epidemiológica de todo o ACES.

As USF e UCSP são as unidades funcionais mais próximas daquilo que até aqui se designava por centro de saúde. Cada uma delas tem um ficheiro de utentes/famílias a quem presta cuidados de vigilância da saúde e tratamento na doença ao longo do ciclo vital.

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, essencialmente a pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção. É uma unidade funcional que trabalha no âmbito comunitário com uma equipa pluriprofissional em estreita articulação com as demais equipas funcionais do centro de saúde e as estruturas

coordenadoras do ACES. Estas unidades são, sem dúvida, um espaço privilegiado para desenvolver um modelo de intervenção comunitária, pois permitem estreitar a ligação à comunidade local, promovendo a cidadania e valores da solidariedade social, intervindo numa perspectiva sistémica e holística, através da implementação de projectos que visam essencialmente trabalhar com a população em vez de trabalhar para a população, contribuindo de forma significativa para a melhoria das condições de vida da mesma, não descurando os seus saberes e competências, associando-os à prática e conhecimentos profissionais permitindo assim identificar de uma forma mais eficaz os seus problemas e reais necessidades, porque não obstante a legislação que pretende como fim último, concretizar ganhos em Saúde para os cidadãos, esta é uma tarefa que a todos diz respeito e se concretiza através da acção de cada um de nós nos diferentes contextos ambientais. É um processo que se faz com as pessoas, que parte dos seus problemas e necessidades e que visa contribuir para a capacitação e desenvolvimento de recursos individuais e colectivos no sentido da obtenção de melhores níveis de bem-estar e qualidade de vida (Matos, 2004).

O centro de Saúde de Évora, á data da realização deste estágio vive uma enorme transformação como consequência da reforma acima referida e assim hoje o centro de Saúde de Évora é composto por 3 USF (Eborae; Planície e Salus); 1 UCSP (Avis); e uma UCC recém-constituída. Estas unidades funcionais garantem a prestação de cuidados de saúde primários a todo o concelho de Évora.

A unidade de Cuidados na Comunidade é de abrangência concelhia e aguardava reforços ao nível dos recursos humanos para iniciar formalmente as suas funções.

Na prática os *profissionais* do centro de saúde já se encontravam maioritariamente distribuídos pelas diferentes unidades funcionais e mesmo antes da sua inauguração os que compunham a candidatura á UCC já desenvolviam a sua actividade em programas que já estavam a decorrer no Centro de Saúde mas agora integram a carteira básica de serviços da UCC. É nessa situação que se encontra a autora deste relatório que até 18 de Maio 2011 desempenhou funções de enfermeira na Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Évora participando também nas actividades de Saúde Escolar e projectos de Intervenção Comunitária, e desde a abertura da UCC assumiu as funções de Coordenadora da referida unidade funcional. Desta forma este projecto surge enquadrado na carteira de serviços da UCC de Évora mais precisamente na resposta que

a ECCI prevê seja criada para apoio e formação aos cuidadores informais, como se comprova através da consulta da página 40 do plano de actividades da UCC (ANEXO1).

2.2. CARACTERIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS *HUMANOS*

De acordo com Durán (1989), é necessário identificar os recursos humanos e os recursos materiais, pois o resultado de uma actividade é o resultado do uso de recursos e da forma como são utilizados.

A composição e motivação de uma equipa de trabalho é um aspecto da máxima importância para o sucesso de qualquer projecto de âmbito comunitário. Também a missão para os cuidados de saúde primários reconhece que o investimento na matéria humana que compõe os serviços é vital para a reforma dos CSP. “A reforma dos cuidados de saúde primários (CSP), iniciada em 2005, visa melhorar o desempenho dos centros de saúde através da sua reorganização em equipas multiprofissionais. O conceito essencial é o de *trabalho em equipa*. O elemento estrutural central é o de *equipa*”. (Ministério da Saúde, 2010)

A UCC Évora aquando da realização deste estágio estava ainda em fase de candidatura, e assim o Director Executivo deliberou que até á abertura da Unidade seriam afectos aos programas da unidade os profissionais que faziam parte da candidatura e já se encontravam a trabalhar no centro de saúde de Évora. A equipa era composta por 4 enfermeiros distribuídos da seguinte forma: 1 para área da S escolar; 1 para a Equipa de coordenação local da RNCCI (ECL); 1 para ECCI e outro (a mestranda), repartida entre a Saúde escolar e a ECCI. A tempo parcial, uma médica da especialidade de medicina geral e familiar com formação avançada em Cuidados Paliativos também compõe este pequeno grupo de trabalho. Além destes enfermeiros, a equipa recebia contributos de estagiários profissionais: 2 de psicologia e 1 Técnico Serviço Social, e em Outubro 2010 juntou-se á equipa (em regime de mobilidade) a psicóloga que compunha a candidatura.

Recursos Materiais- Relativamente ao espaço físico estes profissionais ocupavam apenas metade do espaço destinado á UCC, no primeiro andar da unidade de saúde Portas de Avis em Évora, partilhando o restante espaço com a Unidade de Saúde Pública. É uma unidade de saúde nova com cerca de dois anos de existência e boas condições e acessibilidade. A equipa ocupava 3 gabinetes um deles com bancada de trabalho e áreas comuns para reuniões e instalações sanitárias. Como recurso desta equipa constam duas viaturas indispensáveis para a realização de todo o trabalho domiciliário e na comunidade e uma unidade móvel de saúde.

2.3. DESCRIÇÃO E FUNDAMENTAÇÃO DO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

A Enfermagem Comunitária é a área de especialização em enfermagem que mais interage com o individuo no seu meio, no seu espaço sem barreiras protectoras ou subterfúgios. *“A enfermagem comunitária desenvolve uma prática globalizante centrada na comunidade..., assim o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, fruto do seu conhecimento e experiência clínica, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades dos diferentes clientes (pessoas, grupos ou comunidade), proporcionando efectivos ganhos em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2010).*

Cabe ao especialista em enfermagem comunitária ir ao encontro do utente /ou grupos no seu contexto, sair das portas dos edificios e encontrar os utentes e grupos no seu ambiente natural, ajudando-o a capacitar-se e proteger-se ao nível da saúde para obter o melhor estado de saúde possível. A sua formação ao nível do planeamento em saúde determinantes em saúde confere-lhe a visão e competências para fazer o diagnóstico de situação, identificar prioridades, estabelecer objectivos e desenhar intervenções que serão avaliadas e reformuladas a todo o momento.

Este projecto de intervenção junto de um grupo específico com necessidades especiais essencialmente ao nível do suporte e formação pretende ser em simultâneo uma resposta às necessidades dos Cuidadores Informais do Concelho de Évora e também um

momento de consolidação das competências do enfermeiro especialista da mestranda, indo desta forma ao encontro do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, nomeadamente ao nível da segunda competência “Promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projectos de saúde colectivos.”

O regulamento que define o perfil de competências do enfermeiro especialista em enfermagem Comunitária confere para cada competência um descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação. É entendimento da autora deste projecto que este quadro traduz a base que preside ao projecto que este relatório descreve.

Quadro nº3: Descritivo da Ordem dos Enfermeiros

Para a competência do enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária
“Contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades”

Descritivo:

Promove a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projectos de saúde colectivos.

<i>Unidades de competência</i>	<i>Crítérios de avaliação</i>
G2.1. Lidera processos comunitários com vista à capacitação de grupos e comunidades na consecução de projectos de saúde e ao exercício da cidadania	G2.1.1. Participa, em parceria com outras instituições da comunidade e com a rede social e de saúde, em projectos de intervenção comunitária dirigida a grupos com maior vulnerabilidade. G2.1.2. Pesquisa e diagnostica problemas e factores de risco de saúde de comunidades específicas. G2.1.3. Mobiliza parceiros/grupos da comunidade para identificar e resolver os problemas de saúde. G2.1.4. Concebe, planeia e implementa programas e projectos de intervenção com vista à consecução de projectos de saúde de grupos e/ou comunidades, tendo em conta as suas especificidades culturais. G2.1.5. Intervém em grupos e/ou comunidades com necessidades específicas (diferenças étnicas, linguísticas, culturais e económicas) assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados G2.1.6. Mobiliza e integra conhecimentos da área das ciências da comunicação e educação nos processos de capacitação das comunidades.

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO/UTENTES

3.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA POPULAÇÃO/UTENTES

A população alvo deste projecto são os *Cuidadores Informais do Concelho de Évora*.

O cuidador informal é habitualmente alguém da família ou muito próximo do utente que se responsabiliza pela totalidade dos cuidados, fazendo-o de forma permanente e sistemática, muitas vezes solitária sem envolvimento de restante família. A *família* constitui o grupo primário de suporte e apoio mais importante no cuidado a longo prazo. Na maioria das situações cabe ao cônjuge esta tarefa. Garret (2005, citado por Sequeira, 2007) avança mesmo com números afirmando que em cerca de 70% das famílias é o cônjuge quem cuida do companheiro dependente.

Cuidar não é apenas o desempenho de uma tarefa, é uma forma de estar na vida; um gesto solidário que envolve respeito, cumplicidade e reciprocidade (Sequeira, 2007). Esta função de cuidar, presente de diferentes formas nas mais diversas culturas pelo mundo fora, ao longo do ciclo vital, cabe essencialmente à família. Assim, desde sempre, é principalmente à mulher (ao género feminino) que é conferida a responsabilidade de cuidar da casa, e ao homem (género masculino) que assenta a tarefa de conseguir o sustento da casa. Com as mudanças sociais e a inclusão da mulher no mercado de trabalho presentemente estas funções tendem a ser mais partilhadas mas é ainda a mulher que maioritariamente cuida da família.

Martín (2005), citado por Sequeira (2007) defende que na escolha do cuidador informal existem quatro factores determinantes: a relação familiar; o género do cuidador e do alvo dos cuidados; a co-residência; as condicionantes relativas aos descendentes. Na maioria das famílias a escolha do cuidador é subtil, reflexo das experiências pessoais de cada membro e influenciada pelo contexto em que se encontra.

Actualmente, verificam-se alterações significativas ao nível da *família*. A mulher entra no mercado de trabalho e soma a este o papel, tradicionalmente seu, de cuidadora da

família. Esta nova realidade implicará provavelmente alterações no cuidar do futuro. Actualmente existem mudanças significativas na estrutura e dinâmicas familiares: diminuem o número de famílias alargadas em que a mulher assumia a função de cuidador central dos filhos e mais velhos. Hoje predominam as famílias nucleares, com maior incidência de crises e instabilidade conjugal, casamentos tardios, número crescente de famílias monoparentais e reconstituídas, e menor número de filhos.

Em relação ao *género* a maioria da literatura aponta no mesmo sentido, é á mulher que cabe esta tarefa de cuidar, e destas a esposa, filhas e noras. Estudos como Neri e Carvalho (2002) afirmam que a mulher assume a responsabilidade do cuidar, mesmo em situações em que necessita de cumulativamente exercer a sua actividade profissional. No género masculino a função de cuidar recai quase exclusivamente no cônjuge, o que não é surpreendente uma vez que historicamente é á mulher que cabe esta função.

A *co-residência* constitui também um factor de extrema importância uma vez que a proximidade física e afectiva entre cuidador e utente é vinculativa. De destacar que a maioria dos utentes dependentes necessita de cuidados diários e muitas vezes de forma permanente, pelo que a não coabitação torna muito difícil o papel de cuidador.

A questão dos *descendentes* estando intimamente ligada ás anteriores (*género*; *coabitação* e *relação familiar*), indica que habitualmente a escolha do cuidador tem por base a decisão dos filhos relativamente ao cuidar do(s) pai(s) e assenta numa decisão familiar. Nesta tomada de decisão entram também em conta as necessidades e os recursos do utente, assim como a disponibilidade de cada filho. Os vizinhos e amigos participam de forma pontual como companhia, ajuda nas tarefas de rua, ou situações de emergência.

A escolha do cuidador é progressiva e clara á medida que a dependência e necessidade de cuidados se vão instalando. O cuidador de um idoso com dependência constitui um elemento chave de apoio ao tratamento e manutenção do idoso no domicílio. Para Sequeira (2007), o papel do cuidador informal é algo complexo atendendo ao úmero de funções novas com as quais se confronta e se vê na necessidade de realizar. O cuidar, em muitos contextos, consiste na prestação de cuidados directos, sendo de salientar ao nível das actividades de vida diária (AVDs) as seguintes tipologias: preocupação; supervisão; orientação; ajuda parcial e substituição.

O dependente, seja idoso ou não, aceitará muito melhor qualquer acção terapêutica, seja ela medicamentosa ou não, que considere a sua ligação a este ambiente.

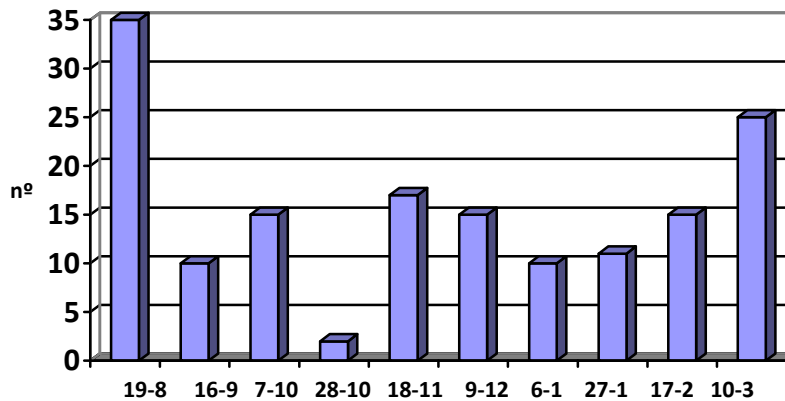
Desta forma, os *cuidados informais* assumem um papel de primordial importância na Sociedade com implicações significativas em termos económicos, sociais e humanos. São muitas vezes os cuidadores informais quem assume a responsabilidade pela prestação de cuidados aos idosos no domicílio. Serra (2006) citando vários autores (Salt, 1991; Martins, 2000; Santos, 2002), afirma que: “uma família, amigo, vizinho envolvidos no processo de cuidados é essencialmente uma família, amigo, vizinho esclarecidos e cooperantes, uma estrutura informal unida e certamente mais tranquila ou menos ansiosa, uma comunidade protegida e valorizada, uma família que não renunciou a um dos seus papéis fundamentais – o de dar assistência, sentindo-se útil e importante no cuidar daqueles que são, na maioria das vezes, a sua razão de ser e existir.” A “prática de parceria com a família” implica a partilha de conhecimentos e experiências que potenciem um reforço das práticas de cuidados numa maior colaboração e uniformização entre os actores envolvidos, cuidadores formais e informais. Esta intervenção visa, de forma geral, o bem-estar do doente e, em particular, uma abordagem aos cuidadores informais enquanto parceiros do cuidar e, também, enquanto receptores de cuidados uma vez que este acompanhamento e apoio contribui para a redução da ansiedade dos cuidadores, ajuda a manter os laços afectivos inter-familiares, evitando a ruptura com o meio psicossocial. A promoção destes cuidados passa pelo incremento de uma política de intervenção comunitária, onde as redes de cuidados continuados detêm um papel de extrema importância.

È neste contexto que o Cantinho do Cuidador se inscreve como uma resposta destinada a todos os cuidadores informais do Concelho de Évora. A sua adesão é voluntária, gratuita e na medida dos seus interesses e necessidades. As características deste projecto fazem dele um espaço aberto de entrada livre e assim em cada momento de encontro participam utentes que se fidelizaram ao projecto, a par com outros que vinham aliciados pelo tema ou a convite de terceiros e por vezes não voltaram mais.

A frequência das sessões é livre e voluntária e de cada sessão apenas se regista o número de presenças. Este projecto teve 157 presenças, no período compreendido entre 19 de Agosto 2010 e 10 Março de 2011 (Gráfico 2). A caracterização que foi possível

realizar reporta a um momento de avaliação do projecto em que foram aplicados questionários aos cuidadores presentes na sessão desse dia (10/3/2011).

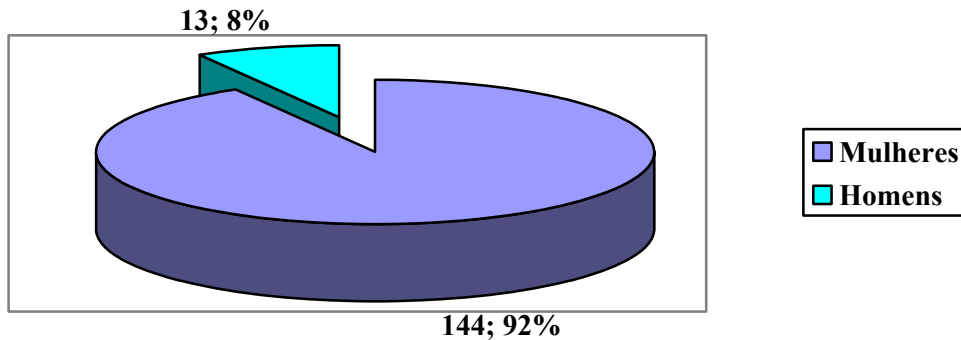
Gráfico 2: Presença nas Sessões Temáticas



Tendo em conta que os cuidadores presentes, muitos deles ainda com utentes a seu cargo são pessoas que raramente saem de casa e participam em actividades que os realizem ou gratifiquem, pois o acto de cuidar de alguém sobrecarrega-os de tal modo que os priva de viverem a sua própria vida, esta poderá ser uma das razões para uma parte significativa dos cuidadores não ter cumprido de forma regular presença nas sessões temáticas. Contudo, e tendo em conta as resistências e dificuldades inerentes a esta população alvo a adesão média às sessões temáticas foi de mais de **15** cuidadores o que se revela bastante satisfatório.

Relativamente ao género de cuidadores que mais adesão demonstrou ao projecto, também não se obtiveram surpresas uma vez que na sua grande maioria foram mulheres o que vai de encontro ao que toda a literatura indica nesta matéria. Das 157 presenças apenas 13 foram homens (Gráfico 3).

Gráfico3: Participação por Género



3.2. CUIDADOS E NECESSIDADES ESPECÍFICAS DA POPULAÇÃO-ALVO

Cuidar de um familiar com dependência surge muitas das vezes de forma inesperada. O cuidador não tendo formação prévia necessita de apoio e formação dos profissionais de saúde para que possa então conhecer o seu papel e agir. Muitos cuidadores assumem ao longo da vida uma “carreira de cuidadores”. De um modo geral cuidam dos filhos, netos, pais ou sogros, no entanto para outros, por vezes cuidar de uma pessoa dependente é uma experiência inteiramente nova que se traduz em diferentes necessidades. Nesta perspectiva importa compreender a realidade que envolve o cuidar no domicílio por estes cuidadores informais, pois qualquer cuidador necessita de informação, educação, encorajamento e suporte.

Cuidar de um familiar com dependência surge de forma inesperada, e o cuidador na maior parte das situações não tem formação, nem se encontra preparado. Assim o apoio e orientação dos profissionais (cuidadores formais) assumem um papel fundamental. Este apoio deve ser fornecido na medida das necessidades do cuidador e tendo por base a necessidade de cuidados do dependente. Pode ir desde a informação, formação e treino de competências e habilidades, até ao suporte e apoio ao cuidador como forma de prevenção da exaustão a que este muitas vezes está exposto. É obrigatório que o cuidador, á semelhança do utente, seja alvo prioritário das intervenções da equipa de profissionais de saúde, avaliando as capacidades, necessidades e limitações deste para o desempenho do papel de cuidador informal.

Alguns países, com o objectivo de preservarem e optimizarem o papel do cuidador informal, implementaram estratégias formais de apoio. Nos EUA, Inglaterra e Japão entre 75 a 90% da prestação de cuidados são efectuados pelo cuidador informal, que recebe ajuda do sector público de modo a minimizar as consequências negativas deste desempenho (*Sequeira, 2007 citando Yamamoto-Mitani e col., 2000; Andreasen, 2003*).

Também relativamente aos aspectos negativos da vida do familiar/cuidador alguns estudos têm evidenciado resultados coerentes. Assim cuidar interfere no âmbito profissional; ao nível económico e ao nível psíquico de quem cuida.

Mas cuidar também tem implicações positivas especialmente ao nível da valorização do desempenho do papel e benefícios no crescimento pessoal e gratificação pelo facto de cuidar de um familiar. Porque viver em família implica reajustamentos progressivos, em função dos acontecimentos que, de um modo ou de outro, interferem no funcionamento familiar, como será o caso da dependência, onde cada um influencia e é influenciado.

Em Portugal a ainda recente Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), em vigor desde 2006, enquadra pela primeira vez as necessidades do cuidador como um critério de ponderação para ingresso de utentes na rede o que confere uma mudança de paradigma relativamente ao cuidador informal e seu papel decisivo na prestação de cuidados, pois hoje não restam quaisquer dúvidas sobre o facto dos cuidadores informais desempenharem um papel fundamental na promoção/manutenção do bem-estar e da qualidade de vida do idoso dependente. Também ao nível das equipas domiciliárias desta rede (ECCI) as funções de apoio, formação e assistência aos cuidadores estão previstas cabendo a estas equipas essa missão de apoiar e assistir ao cuidador dos utentes admitidos nessas equipas ambulatorias.

O contexto de cuidar é complexo e envolve muitos factores. As necessidades do cuidador implicam esforço físico, mental, psicológico e económico. Cuidar de um idoso dependente implica uma reorganização entre cuidador, idoso e família, para potenciar recursos e encontrar as melhores respostas. O grau de eficiência do papel de cuidador está também relacionado com o apoio formal que este recebe sendo este apoio mediador da sua acção. Outra evidencia que o envelhecimento demográfico nos traz é a constatação de que se verifica um aumento do número de cuidadores idosos, muitas

vezes também eles com limitações físicas decorrentes da idade. Assim, o acto de cuidar representa um factor acrescido de morbilidade física e mental (*Spar e La Rue, 2005 citados em Sequeira 2007*). Estes cuidados informais podem, do ponto de vista técnico, não ser os mais adequados contudo constituem uma mais-valia humana e afectiva que importa preservar na história de vida de cada idoso e sua família.

Destas evidências surge então a óbvia necessidade de otimizar o papel do *cuidador informal* como via para a preservação do idoso e da sua autonomia e qualidade de vida no seu ambiente.

A situação de dependência afecta não só quem a sofre em si próprio, mas também os seus parentes mais directos, e, por vezes com mais intensidade que ao próprio doente.

Neste processo dinâmico dos cuidados continuados, a doença de um dos membros vai converter-se na doença familiar, o que na opinião de Sorensan e Luckman (1998, citados por Serra, 2006) desencadeia sentimentos de depressão, ansiedade, frustração e exaustão. O cuidador informal acumula vários papéis, nem sempre fáceis ou possíveis de conciliar. Tendo em conta as suas dimensões enquanto actor social o cuidador vê-se obrigado a prestar cuidados ao familiar paciente e, paralelamente, aos restantes familiares que de si dependem (dimensão familiar); em algumas situações, as pessoas têm que continuar a trabalhar e a cumprir com as suas obrigações profissionais (dimensão profissional); do ponto de vista social, há obrigações que se mantêm e, por outro lado, necessidades que têm que ser satisfeitas como conviver com outras pessoas, estar com os amigos, comparecer em determinados acontecimentos, etc. (dimensão sociocultural); do ponto de vista pessoal, a pessoa não deve descurar de cuidar também de si própria de forma a evitar sentimentos de frustração, revolta, mal-estar, tristeza, etc. Assim sendo, algumas das dificuldades referidas pelos familiares prestadores de cuidados a pessoas dependentes segundo um estudo realizado por Gemitto (2004) relacionam-se com a gestão do quotidiano, essencialmente falta de tempo e disponibilidade; problemas económicos e problemas físicos, nomeadamente problemas de saúde do próprio prestador de cuidados. Efectivamente as restrições de tempo livre sobressaem em paralelo com as questões psico-emocionais. O cuidador poderá defrontar-se, ainda, com problemas de ordem económica e material. As famílias nem sempre estão preparadas para receber o paciente no domicílio pelo que é imprescindível uma articulação e um apoio também neste sector. O suporte familiar: a rede social

formal e informal constituída por instituições, serviços oficiais públicos ou privados, rede de amigos e voluntários, desempenham um papel importante, pois serão factores facilitadores no controlo de situações problemáticas. A promoção do bem-estar dos cuidadores e a prevenção de crises merece por parte dos profissionais de saúde uma atenção particular, pois deles dependem os doentes a seu cargo, bem como a sua permanência na comunidade (*Santos, 2005*).

O sucesso da recuperação do doente no domicílio depende da preparação dos cuidadores informais para lhes prestar os cuidados. O cuidador informal deverá possuir noções básicas sobre os cuidados a ter/prestar e compreensão mínima do processo que o Idoso irá enfrentar. A sua função deverá basear-se no auxílio e na atenção adequada à pessoa que apresenta limitações para as actividades básicas e instrumentais da vida diária, procurando sempre estimular a independência e respeitando autonomia do doente, nunca subestimando a sua dignidade, enquanto pessoa.

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

Cuidar o idoso dependente no domicílio é uma aprendizagem constante baseado nas necessidades físicas e biológicas e de acordo com nível de dependência do idoso na maioria das vezes se torna difícil, pela inexperiência do cuidador informal. Geralmente, as decisões para assumir os cuidados são mais ou menos conscientes. Os estudos revelam que, embora a designação do cuidador seja informal e decorrente de uma dinâmica, o processo parece obedecer a certos padrões reflectidos em quatro factores: parentesco, género, proximidade física e proximidade afectiva (*Grelha, 2009, citando: Sequeira,2007; José, 2002; Costa,2000; Lage,2005; Póvoa, 1997; Sousa,2004*).

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 detectadas suas necessidades e, a partir deste diagnóstico, receber atenção. É importante que os profissionais de saúde desenvolvam e incentivem vários tipos de intervenções com a finalidade de salvaguardar integridade física e emocional

dos cuidadores, entre estas: apoios formais; programas psico-educativos; grupos de ajuda; intervenções psicoterapêuticas (*Grelha, 2009 citando Lopez, 2007*).

Outras medidas que também devem ser incentivadas: proporcionar formação adequada dos cuidadores objectivando a melhoria dos cuidados prestados, prevenção de lesões e redução do stress; fornecer informação sobre técnicas de planeamento com a finalidade de gerir melhor o tempo; proporcionar opções de escolha (sistemas de apoio) para que em momentos de dificuldade o cuidador informal possa recorrer e a ajuda (*Grelha, 2009 citando Lopez, 2007*).

3.4. RECRUTAMENTO DA POPULAÇÃO-ALVO

Este projecto que surge a constatação dos técnicos da área do trabalho domiciliário de que é necessário apoiar quem cuida de dependentes em casa, começou por ser divulgado internamente, ou seja dentro das unidades funcionais do centro de saúde de Évora, aos seus profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos e técnicas do serviço social).

Paralelamente todos os cuidadores de utentes admitidos em ECCI foram convidados pela equipa que os acompanha no domicílio a participar no projecto.

Foram também usados os órgãos de divulgação interna (ARSA) nomeadamente o sistema quiosque electrónico onde a informação do projecto e programação foi projectada nos televisores das salas de espera de todas as unidades funcionais (ANEXO 2); e ainda o sítio na Internet da ARSA (ANEXO 3).

Também as instituições de apoio domiciliário através das suas ajudantes familiares foram porta-voz deste serviço divulgando-o aos seus utentes e famílias nas visitas domiciliárias diárias.

Para ajuda nesta divulgação foram produzidos materiais de divulgação que constam em anexo (Anexo 4), e distribuídos aos grupos acima referidos e também periodicamente por clínicas; hospitais; farmácias; salas de espera de consultórios etc.

Simultaneamente, e por sabermos que os cuidadores por força da sua condição de cuidadores a tempo inteiro, muitas vezes estão isolados em casa, envolvemos os órgãos de comunicação social local na divulgação deste projecto, e assim antes de cada sessão temática enviámos para jornais regionais e rádios locais informação sobre cada tema em análise (ANEXO 5)

Este como atrás já foi dito é um projecto aberto, de participação livre onde podem “entrar” todos os interessados, e nestes 7 meses de actividades essa foi a realidade. O grupo que teve a partir de cedo um núcleo regular de cuidadores assíduos, também teve em cada sessão temática pelo menos uma pessoa que vinha pela primeira procurar o “Cantinho”, e em boa parte ficava fiel participante.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJECTIVOS

4.1. OBJECTIVOS A ATINGIR COM A POPULAÇÃO ALVO

Objectivo é o enunciado de um resultado que se deseja alcançar de um modo concreto (quanto), no tempo e no espaço (quando), e envolve a definição concreta do esforço (quem) e dos meios necessários para o alcançar (como).

Tavares (1990) afirma que “os objectivos correspondem aos resultados visados em termos de estado que se pretende para a população-alvo, pela implementação dos projectos” e define-os como o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema. Mário Durval define objectivos como “algo que dá a imagem do resultado do nosso trabalho...”, e caracteriza-os como marcados na resolução dos problemas, situados no tempo e quantificáveis, numéricos.

Os objectivos permitem assim quantificar o que se pretende atingir.

Definir objectivos significa saber para onde se caminha, ter metas a cumprir, ajuda a centrar no que é fundamental, impõe a rentabilização de recursos em torno da finalidade comum.

Para este projecto definiram-se 1 objectivo geral e 3 específicos.

Objectivo Geral:

- √ Promover estratégias de adaptação ao papel de cuidador informal de idosos e dependentes do Concelho de Évora

Objectivos específicos:

- √ Promover a adesão ao projecto por parte dos cuidadores informais do concelho de Évora
- √ Proporcionar atendimento individualizado e suporte social
- √ Fornecer suporte informativo e partilha de experiencias

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

A forma como os profissionais estruturam o conhecimento a partir das suas fontes e como usam esse mesmo conhecimento no quotidiano, tem uma importância crescente nas profissões de saúde, pela valorização dos processos de reflexão institucional, que permitem aos profissionais legitimar práticas sociais, que vão muito para além do conhecimento interpessoal e das circunstâncias localmente definidas, porque dependem de um conhecimento especializado. Desta forma qualquer projecto deve ser precedido por um diagnóstico de situação que servirá para definir prioridades e em função disso planear intervenções adequadas às necessidades dos utentes alvos. Neste projecto após o diagnóstico de situação, procurou encontrar-se um conjunto de intervenções que pudesse ir de encontro às necessidades dos cuidadores e em simultâneo também lhes permitisse espaço para verbalizarem as suas necessidades. Dessa forma definiram-se Actividades que por um lado permitissem ir de encontro às necessidades individuais dos cuidadores, e outras que permitissem aos cuidadores adaptar-se ao papel de cuidador.

Assim, do projecto “Cantinho do Cuidador” fazem parte as seguintes intervenções:

- √ Atendimento individual adequado às solicitações dos cuidadores que o procurem
- √ Sessões temáticas de 3/3 semanas em horário fixo, que visam aumentar as competências dos cuidadores e promover um espaço de convívio e socialização.

5.1. METODOLOGIA

Mário Durval afirma ter em relação ao planeamento uma visão “simplificadora”, quando o define como uma ferramenta dos técnicos para melhorar o nível de saúde de uma população. Entende planeamento como um instrumento de trabalho, no terreno referindo mesmo que este não é nenhum exclusivo de peritos. Segundo o Plano Nacional de Saúde (2004-2010), 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.

Dos diferentes autores que ao longo dos tempos se têm ocupado deste domínio Giraldes (1993) define **6 etapas** do processo de planeamento. **1.** O diagnóstico de situação **2.** A determinação de prioridades apresenta-se como necessária na tentativa de saber quais os problemas que se devem solucionar em prioridades. **3.** A definição de objectivos a atingir em relação a cada um dos problemas identificados num determinado período de tempo. **4.** As estratégias são seleccionadas em função dos objectivos estabelecidos e correspondem ao conjunto de formas de actuação a implementar para cumprir a finalidade do plano. **5.** Preparação operacional: Programação corresponde á fase em que é necessário planear operacionalmente a execução do projecto (Tavares, 1990). Esta etapa compreende a acção propriamente dita, a definição e execução da acção. **6.** Segundo a OMS (1981, citada em Tavares, 1990) a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a actividade em curso e planificar mais eficazmente. Sendo o final do planeamento integra-se também em cada uma das suas etapas.

Para o desenho e implementação deste projecto efectuou-se o percurso de trabalho e planeamento que compõe o índice deste documento: diagnóstico de situação; desenho de projecto (com definição do tema, população alvo, horizonte temporal, resultados esperados, objectivos, estratégias, resistências, avaliação e estratégias de divulgação); o planeamento das actividades e respectivo cronograma são também etapas deste trabalho. Este projecto foi-se construindo á medida que ia decorrendo e assim cada reunião da equipa era um momento de avaliação, discussão e reformulação de estratégias. Desta forma cumpriu-se um dos desígnios fundamentais da metodologia de trabalho por projecto, em que o planeamento é flexível e vai sendo ajustado de uma forma continua e dinâmica. São pressupostos deste projecto o trabalho em equipa multidisciplinar e a discussão e planeamento em grupo de todas as etapas do mesmo. A estratégia de planeamento e avaliação de cada etapa do projecto foi sempre discutida em reuniões da equipa do projecto realizadas sempre às 09h da 6ªfeira imediatamente a seguir a cada sessão temática. Nessa reunião procurava fazer-se um balanço da sessão anterior, identificação dos aspectos positivos e dos menos bons, e tentando-se sempre reformular

e corrigir os aspectos menos favoráveis. Era definida a sessão seguinte em termos de conteúdo; dinâmicas e prelectores e preenchido o novo documento de divisão de tarefas para preparação da sessão seguinte (ANEXO 6).

Para cada sessão temática a preocupação era a de tentar escolher metodologias activas, participativas que envolvessem os participantes para que estes se sentissem á vontade para verbalizar sentimentos e colocar duvidas.

A resposta de atendimento individual procurou ir de encontro às solicitações dos utentes e assim num primeiro momento definiu-se um horário de atendimento onde estaria presente um dos elementos do projecto para atender, apoiar e triar cada utente. Definiu-se um horário e uma escala de atendimento e um instrumento de registo de atendimento (ANEXO 7).

A avaliação foi acontecendo no decorrer do projecto e como momento formal de avaliação encontrou-se o dia 10 de Março, altura em que os cuidadores presentes na sessão desse dia responderam a um questionário elaborado pela equipa e que pretendia principalmente perceber como deveria evoluir o projecto e quais as propostas de alteração e/ou melhoria a introduzir.

5.2. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Após a fase de *diagnóstico* que como já foi referido anteriormente, surgiu muito da constatação dos técnicos da intervenção domiciliária das necessidades de cuidados dos cuidadores informais, cruzada com os objectivos previstos pelo plano de actividades da UCC Évora, sustentada pelo que a investigação nesta área nos confirma, pode avançar-se para a preparação, intervenção e avaliação do projecto.

Fase de Preparação- Num primeiro momento o núcleo de trabalho desenhou o projecto (definiu os objectivos, identificou as prioridades, delineou as estratégias de intervenção e preparou as acções a desenvolver) e submeteu-o á aprovação do Director executivo do ACES em reunião ocorrida durante o mês de Julho 2010. Este projecto foi também enviado por email para a Direcção Clínica do ACES e consta em anexo neste relatório (ANEXO 8)

Fase de Intervenção- Após a aprovação do projecto estabeleceram-se contactos com o Núcleo de Voluntariado da Fundação Eugénio de Almeida (FEA) para a definição de estratégias de parceria no apoio aos cuidadores que pretendessem participar no projecto e deixar os seus utentes acompanhados. Criou-se então o circuito de referênciação de utentes para este serviço da FEA. Procurou-se que a parceria seja eficaz a fim de possibilitar uma base de apoio comum às várias respostas necessárias para a promoção do desenvolvimento social, visto que só uma intervenção articulada de todos os parceiros poderá contribuir para a integração social e económica da população a quem se dirigem e favorecer a participação real e efectiva.

Em seguida o grupo de trabalho reuniu e definiu tarefas necessárias para a realização da primeira sessão. Para esta etapa o grupo acabou por criar uma grelha que era preenchida em cada reunião preparatória de cada sessão (ANEXO 6)

Foi ainda divulgado no edificio do Centro de Saúde onde o projecto se desenvolve as respostas aos profissionais de segurança e atendimento para que estes possam encaminhar os utentes que recorram a esta resposta

Para o atendimento individual foi criada uma escala de atendimento e foi igualmente divulgado aos funcionários do atendimento para que estes encaminhassem os utentes ou chamadas telefónicas.

Em seguida descrevem-se cada uma das 10 **sessões temáticas** que se realizaram com as principais estratégias de implementação.

Sessão nº 0 (apresentação)

Tema: CANTINHO DO CUIDADOR – LANCHE (IN)FORMATIVO

Data: 19 Agosto 2010

Tarefas preparatórias: distribuição de panfletos; envio de emails para comunicação social; compras e confecção do lanche; definição e preparação do conteúdo da sessão e preparação do espaço físico.

Procedimentos: Este primeiro momento foi o espaço de apresentação do projecto, objectivos, respostas, missão.

A sessão começou com um exercício de apresentação e “quebra-gelo” que permitiu ao grupo apresentar-se e aos responsáveis perceberem a motivação dos presentes e expectativas para a sessão. Em seguida apresentou-se o projecto com recurso a uma

apresentação Power Point (ANEXO 9). A coordenadora do banco de Voluntariado de proximidade da FEA também explicou em que consiste esta resposta e como podem os cuidadores recorrer a ela.

A sessão terminou com um lanche convívio muito participado e animado. Foram prelectores nesta sessão os elementos que compõem a equipa do projecto. Cada presente foi convidado a assinar uma folha de presenças com disponibilização do contacto para convite á participação em sessões futuras.

Avaliação: Esta sessão superou as expectativas e contou com a presença de 35 participantes. Além dos cuidadores também compareceu nesta primeira sessão uma equipa de reportagem da RTP que tendo conhecimento da iniciativa através de um jornal regional, decidiu, após concedida as respectivas autorizações do Conselho Directivo da ARSA e dos presentes, assistir á sessão e realizar posteriormente uma reportagem que se anexa (ANEXO 10)

Sessão nº 1

Tema: A VIDA DO CUIDADOR-PRINCIPIOS BÀSICOS

Data: 16 Setembro 2010

Tarefas preparatórias: envio de e-mails ara comunicação social; compras e confecção do lanche; definição e preparação do conteúdo da sessão e preparação do espaço físico.

Procedimentos: Esta sessão foi dinamizada por dois elementos da equipa (1 Psicóloga e 1 Enfermeira). O objectivo era abordar o quotidiano da vida do cuidador e pensar em conjunto nas estratégias de minimização do impacto negativo dessa tarefa na vivência de cada um. Começou também com um exercício de apresentação e quebra-gelo e em seguida recorreu-se a uma apresentação powerpoint (ANEXO11) para destacar os aspectos mais significativos. Em seguida realizou-se uma actividade de grupo e entregou-se a cada cuidador uma lembrança com as ideias chave da sessão: um íman para frigorífico com “deveres do cuidador para consigo mesmo” e do qual lamentavelmente não temos registo.

Avaliação: Esta sessão contou com a presença de 10 cuidadores.

Sessão nº 2

Tema: O CUIDADOR E O SEU DOENTE NA COMUNIDADE

Data: 7 Outubro 2010

Tarefas preparatórias: envio de e-mail para comunicação social; compras e confecção do lanche; definição e preparação do conteúdo da sessão e preparação do espaço físico.

Procedimentos: esta sessão foi dinamizada pela estagiária do Serviço Social do projecto e teve a participação de uma técnica do Serviço Social da Segurança Social de Évora. Esta sessão tinha como principal objectivo informar os utentes sobre os benefícios disponíveis na legislação portuguesa de apoio aos cuidadores e utentes dependentes, assim como os recursos disponibilizados pela comunidade e rede social.

Assim foram abordados temas como as prestações não contributivas (pensões e complementos vários) e subsídios e bonificações. Foram ainda enumerados uma série de recursos da rede social que vão desde linhas telefónicas de apoio; respostas lúdicas e recreativas (dança; música; caminhadas; etc.); universidade sénior; entre outros. Durante a sessão os cuidadores colocaram dúvidas e pediram aconselhamentos vários à técnica da Segurança Social que se mostrou bastante disponível para ajudar os participantes. Esta sessão apesar de ter uma dinâmica mais expositiva acabou por se revelar muito participativa e do agrado dos participantes uma vez que lhes permitiu esclarecer dúvidas muito concretas. A apresentação de suporte a esta sessão constitui o ANEXO 12

Avaliação: Nesta sessão participaram 15 cuidadores.

Sessão nº 3

Tema: MAIS VALE PREVENIR QUE REMEDIAR-ACIDENTES DOMÉSTICOS

Data: 4 Novembro 2010

Tarefas preparatórias: envio de e-mails para comunicação social; compras e confecção do lanche; definição e preparação do conteúdo da sessão e preparação do espaço físico.

Procedimentos: esta sessão foi dinamizada por dois elementos da equipa (Enfermeira e a Psicóloga recentemente chegada á equipa e a partir desta sessão outra grande dinamizadora do projecto).

Nesta sessão foram abordados os principais acidentes domésticos; causas e prevenção. Utilizou-se mais uma vez o recurso a meios audiovisuais (ANEXO 13) e realizaram-se

alguns exercícios que visavam essencialmente a prevenção de quedas. No final foi entregue um íman de recordação com descrição dos exercícios realizados.

Avaliação: Nesta sessão participaram apenas duas cuidadoras o que nos fez reavaliar os procedimentos e redefinir nova estratégia de divulgação do projecto.

Assim definiu-se que a partir dessa sessão se convidariam por telefone todos os cuidadores que já tinham participado no projecto e deixado telefone de contacto.

Para esta tarefa passámos a contar com a ajuda da técnica do Serviço Social e de uma Cuidadora que participa desde da primeira sessão e se voluntariou para ajudar no projecto. Também a seguir a esta sessão se policopiaram mais 200 panfletos de divulgação do projecto que se voltaram a distribuir nos locais públicos já mencionados (estabelecimentos de saúde; apoio social; entre outros)

Sessão nº 4

Tema: COMO PODEREI GERIR O STRESS?

Data: 18 Novembro 2010

Tarefas preparatórias: envio de e-mails para comunicação social; contacto telefónico aos cuidadores da lista de contactos do projecto; compras e confecção do lanche; definição e preparação do conteúdo da sessão e preparação do espaço físico.

Procedimentos: esta sessão foi dinamizada pela psicóloga da equipa. Num primeiro momento foi definido stress e explanado o conceito de stress positivo e negativo e em seguida realizaram-se alguns exercícios de relaxamento como forma de prevenção de stress. Realizou-se ainda um exercício denominado “o que me carrega a bateria” em que foi pedido a cada participante que preenchesse uma lista com os aspectos que o stressam e os que lhe aliviam o stress para dessa forma cada um poder gerir os seus próprios níveis de stress. O suporte da sessão consta em anexo (ANEXO 14)

Avaliação: Nesta sessão participaram 17 cuidadores que no final levaram mais um íman com as ideias chave desta sessão.

Curiosamente ao visitar alguns dos cuidadores no domicílio (aqueles cujos utentes estavam admitidos em ECCI), fomos verificando que estes valorizavam muito o íman que lhes era oferecido em cada sessão e o usavam mesmo para se protegerem e fortalecerem na sua tarefa de cuidadores. Este íman passou então a ser uma espécie de imagem de marca do projecto.

Sessão nº 5

Tema: ESTAR OCUPADO É ESTAR ESTIMULADO

Data: 9 Dezembro 2010

Tarefas preparatórias: envio de e-mails para comunicação social; contacto telefónico aos cuidadores da lista de contactos do projecto; compras e confecção do lanche; definição e preparação do conteúdo da sessão e preparação do espaço físico; convite a um grupo de alunos do curso de psicomotricidade da Universidade de Évora para colaborarem na dinamização da sessão (ANEXO 15); preparação de transmissão da sessão via skype com elementos do projecto que nesse dia apresentavam á hora da sessão, uma comunicação sobre o projecto cantinho do cuidador no congresso de Cuidados Continuados Integrados em Elvas.

Procedimentos: esta sessão foi dinamizada pela Psicóloga e por um grupo de 3 Alunos do Curso de Psicomotricidade (2º ano).

No início informaram-se os participantes da possibilidade de entrar em directo (via Skype) com os elementos que estavam a apresentar o projecto num congresso em Elvas e como todos os presentes autorizaram a cedência de imagens e som a meio da sessão os presentes puderam dar o seu testemunho de como o projecto os beneficiava e do agrado que sentiam com a sessão em causa.

Esta sessão foi essencialmente prática e o objectivo era o de fornecer aos cuidadores um conjunto de exercícios que pudessem realizar em casa, sem recurso a equipamento especializado e sem riscos para a saúde ou eventuais patologias osteoarticulares existentes. Num primeiro momento foram explanadas as vantagens e importância do exercício físico para a saúde individual e depois, além de um conjunto de exercícios de alongamentos e relaxamento, também foram treinadas a técnica de respiração e a importância de uma boa hidratação durante o exercício físico.

No final de sessão de exercício os presentes participaram num lanche de comida saudável, como forma de também sensibilizar para a importância de uma boa alimentação. No final da sessão os participantes levaram o Íman da sessão.

O ANEXO 16 contém o suporte desta sessão.

Avaliação: Esta sessão contou com 15 participantes.

Sessão nº 6

Tema: SOS AJUDA-PRIMEIROS SOCORROS

Data: 6 Janeiro 2011

Tarefas preparatórias: envio de e-mails para comunicação social; contacto telefónico aos cuidadores da lista de contactos do projecto; compras e confecção do lanche; definição e preparação do conteúdo da sessão e preparação do espaço físico;

Procedimentos: O objectivo deste tema era fornecer informação prática sobre como proceder perante os acidentes mais comuns, assim foram abordados os princípios do socorrista; a actuação em caso de queda; traumatismo e feridas.

Utilizou-se mais uma vez o recurso a meios audiovisuais (ANEXO 17), mas levaram-se vários materiais de tratamento e protecção para manuseamento e treino de utilização (ex.: luvas, ligaduras, compressas, solutos, entre outros). No final os participantes construíram a composição ideal de uma mala de primeiros socorros que depois foi aprovada em grande grupo e convertida em mais um Íman de lembrança da sessão entregue aos participantes.

Avaliação: Neste dia participaram 11 cuidadores.

Sessão nº 7

Tema: É IMPOSSIVEL NÃO COMUNICAR

Data: 27 Janeiro 2011

Tarefas preparatórias: envio de e-mails para comunicação social; contacto telefónico aos cuidadores da lista de contactos do projecto; compras e confecção do lanche; definição e preparação do conteúdo da sessão e preparação do espaço físico;

Procedimentos: A dinamização desta sessão esteve a cargo da psicóloga e a mestranda. Foram prioridades desta sessão abordar as barreiras da comunicação; os diversos tipos de comunicação, e demonstrar, através de dinâmicas de roleplaying como no quotidiano a comunicação interfere com a qualidade das relações.

Avaliação: A entrega do respectivo íman precedeu o lanche que pôs fim a mais uma sessão onde estiveram presentes 11 cuidadores.

Sessão nº 8

Tema: COMO LIDAR COM A DEPRESSÃO

Data: 17 Fevereiro 2011

Tarefas preparatórias: envio de e-mails para comunicação social; contacto telefónico aos cuidadores da lista de contactos do projecto; compras e confecção do lanche; definição e preparação do conteúdo da sessão e preparação do espaço físico; convite a enfermeiro da área da Saúde Mental em exercício na equipa da consulta externa de psiquiatria para dinamizar a sessão.

Procedimentos: Esta sessão foi então apresentada por um enfermeiro especialista na área da saúde mental e psiquiatria do HESE e ele fez-se acompanhar de 2 enfermeiras estagiárias da especialidade de Saúde mental. Os especialistas começaram por caracterizar a depressão e enquadrá-la enquanto doença mental e focaram os aspectos do diagnóstico sintomas e tratamento. Depois através de uma dinâmica de roleplaying procuram explorar as atitudes facilitadoras ou indutoras de bem e abordagem á pessoa deprimida. Da última parte da sessão constou um conjunto de exercícios de relaxamento e listagem de estratégias para prevenir a depressão. Após a distribuição do Íman e do lanche convívio ficou completa a oitava sessão do projecto. O suporte desta sessão consta em ANEXO 18.

Avaliação: Nesta sessão participaram 16 cuidadores. Da avaliação desta sessão constatámos que o espaço onde decorriam as sessões se manifestava insuficiente uma vez que não deixava espaço para a realização de actividades mais dinâmicas. Assim definiu-se tentar encontrar um espaço alternativo.

Sessão nº 9

Tema: COMO LIDAR COM A DEMÊNCIA

Data: 10 Março 2011

Tarefas preparatórias: envio de e-mails para comunicação social; contacto telefónico aos cuidadores da lista de contactos do projecto; compras e confecção do lanche; definição e preparação do conteúdo da sessão e convite a uma enfermeira especialista em enfermagem comunitária que desenvolveu um trabalho na área da demência e exerce na UCC de Arraiolos; preparação de novo espaço físico (sala de trabalho cedida nas

instalações da Direcção Regional de Educação do Alentejo cujo edifício se situa em frente ao centro de Saúde).

Procedimentos: A enfermeira trouxe-nos uma sessão muito animada composta essencialmente por 3 partes: um primeiro momento falou sobre a demência tentando contextualizá-la no panorama actual da sociedade. Em seguida caracterizou-a e falou sobre os sinais e sintomas, modos de tratamento e apoio a quem cuida de um doente com demência. Na fase final focou-se nos cuidadores presentes e desafiou-os a realizarem algumas tarefas que visam prevenir ou retardar o envelhecimento cognitivo. Utilizou o recurso a uma apresentação Ppoint e objectos do quotidiano para a realização da sessão (ANEXO 19).

Avaliação: Nesta sessão além dos 25 cuidadores presentes, participaram também um grupo de 9 alunos do curso de enfermagem inscritos na unidade Curricular optativa de enfermagem ao doente crónico que foram autorizados a assistir pelos presentes.

Como sempre a sessão terminou com a distribuição do íman e o lanche convívio.

A mudança de espaço revelou-se uma boa aposta uma vez que a sala encontrada é confortável, tem boa acústica e é suficientemente espaçosa e versátil para múltiplas utilizações. A opinião foi unânime ficando decidido que a partir daí esse seria o local de encontro.

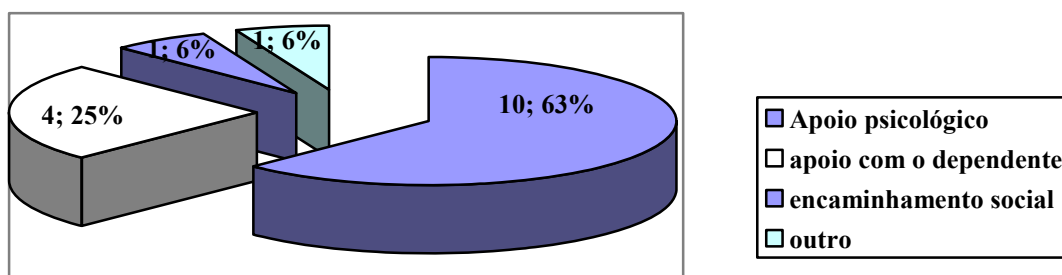
Neste dia 20 dos cuidadores presentes aceitaram preencher um questionário de avaliação do projecto (ANEXO 20) do qual adiante se dará conta.

Atendimento Individual- Esta outra resposta deste projecto visava criar um espaço individual de apoio e acompanhamento aos cuidadores, que tentaria satisfazer as suas necessidades expressas. Para intervenção criou-se uma escala de atendimento; garantiu-se a existência de um gabinete no espaço da UCC com telefone para o atendimento, e divulgou-se junto dos profissionais de segurança e telefone do edifício o horário e encaminhamento necessários. Inicialmente programou-se um atendimento 2 vezes na semana, um em horário laboral (sexta-feira 10-11h) e outro pós laboral (terça-feira 18-19h) para tentar satisfazer abranger mais cuidadores. Para este atendimento criou-se um impresso de registo e encaminhamento de situações (ANEXO 7). Foi criado um cartão de divulgação desta resposta (ANEXO 21)

Fase de Avaliação- No final de cada sessão promovia-se um momento de debate sobre o que tinha acontecido e o que cada um tinha sentido e o feedback dos cuidadores foi sempre muito positivo. No total das 9 sessões temáticas mais a sessão inaugural do projecto este espaço contou com 153 presenças, o que corresponde a uma média de mais de 15 cuidadores por sessão, como já foi referido.

Na resposta atendimento individual passaram pelo Cantinho do Cuidador mais de 16 cuidadores residentes no concelho essencialmente procurando apoio psicológico (Gráfico4).

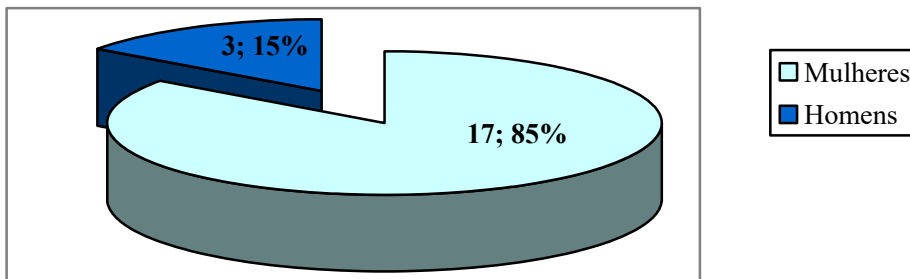
Gráfico 4: Atendimento Individual



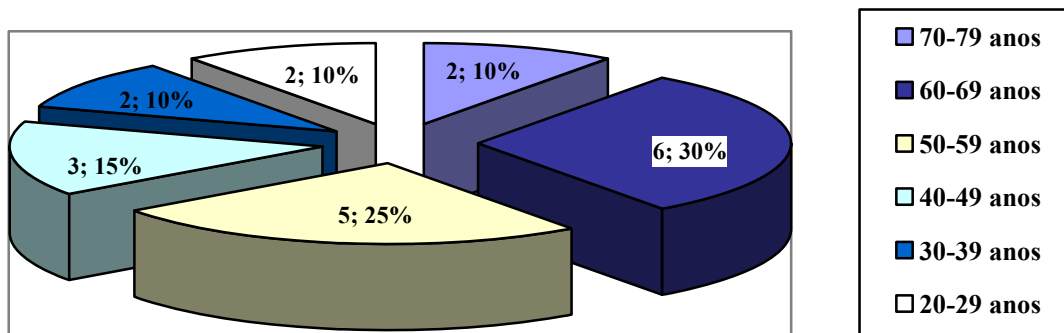
No sentido de promover a avaliação final do projecto, no dia 10 de Março, aplicou-se um questionário (ANEXO 20), contudo é de salientar que as tentativas de aplicação de questionários de avaliação foram sempre mal recebidas pelos cuidadores, pois eles preferiam conviver durante o lanche final a preencher questionários.

Apesar disso dia 10 Março conseguiu aplicar-se um questionário (ANEXO 20) cujos dados aqui se expressam. De salientar que preencheram este questionário 20 dos 25 cuidadores presentes nessa sessão.

A caracterização dos cuidadores que responderam ao questionário permitiu-nos ver que a esmagadora maioria são mulheres (Gráfico 5), o que coincide também com a frequência nas restantes sessões.

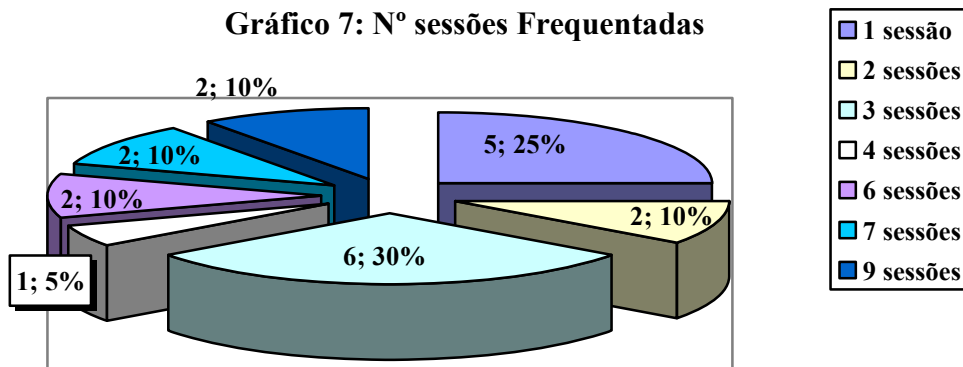
Gráfico5: Caracterização por Género

A idade mais prevalente foi a de cuidadores entre os 50 e 70 anos de idade (Gráfico 6) o que também confirma os resultados já obtidos com outras análises efectuadas a esta população.

Cráfico 6: Caracterização por Idade

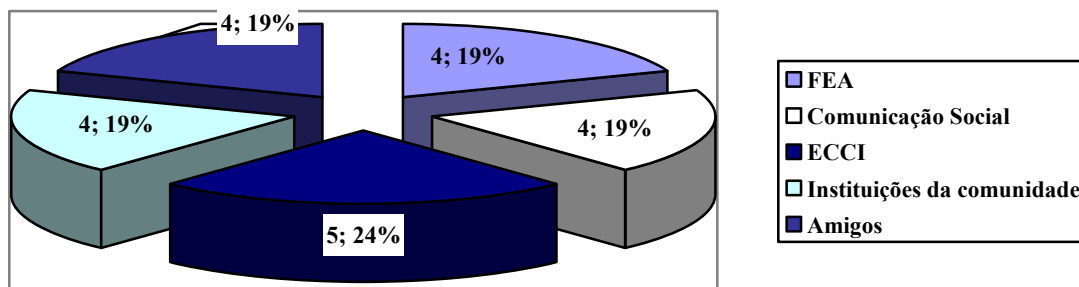
Tentou também caracterizar-se esta população relativamente á fidelização às sessões realizadas e verifica-se que existiu alguma disparidade entre os resultados obtidos e a sensibilidade dos técnicos do projecto, pois surgiu um número considerável de cuidadores que participou apenas na sessão temática em que foi aplicado o questionário (Gráfico 7). Contudo é de realçar que esta sessão foi a seguir á inaugural, a sessão com maior número de presenças, talvez pelo tema ser particularmente apelativo, mas também porque esta sessão surgiu a seguir a uma reunião entre os técnicos do projecto e os responsáveis de todas as instituições de apoio domiciliário da cidade em que um dos temas tratados foi a divulgação do cantinho do cuidador.

Gráfico 7: N° sessões Frequentadas



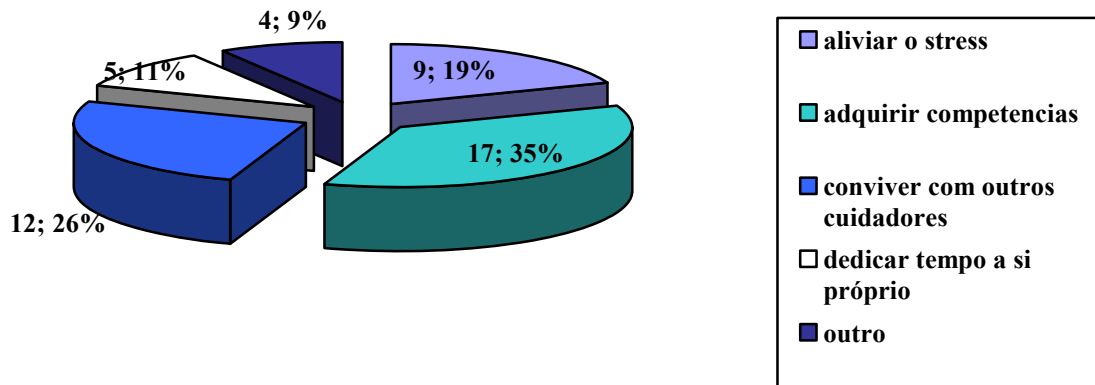
Relativamente á forma como os participantes chegaram ao projecto as respostas demonstram que a divulgação deste projecto tem tido os seus resultados e assim ao cantinho chegaram utentes de praticamente todas as fontes de divulgação do projecto, excepção feita às equipas nucleares do centro de saúde de Évora de onde não chegaram quaisquer utentes (Gráfico 8).

Gráfico 8: Conhecimento do Projecto



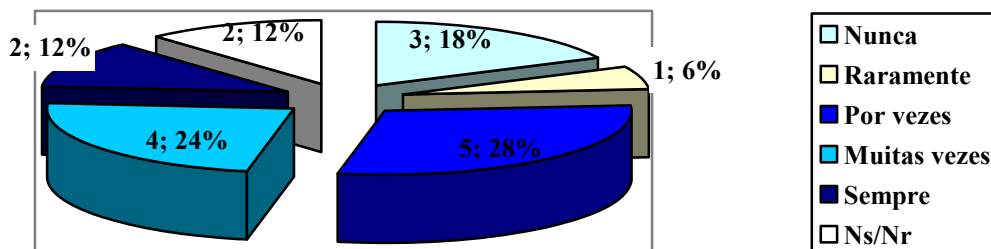
Relativamente às razões pelas quais frequenta as sessões do Cantinho todos os cuidadores seleccionaram mais do que uma opção, mas a maioria afirma que pretende aprender mais e conviver com outras pessoas na mesma situação de cuidador (Gráfico 9).

Gráfico 9: Razões para frequentar o Cantinho



Outras das questões que tentou averiguar-se foi a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos nas sessões temáticas, e dos 20 cuidadores inquiridos 9 afirmam aplicar por vezes a muitas vezes os conhecimentos das sessões temáticas (Gráfico 10).

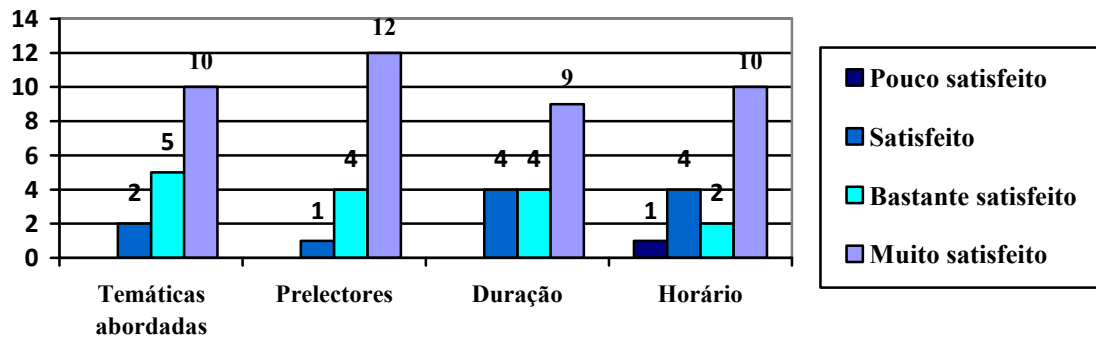
Gráfico 10: Utilização dos Conhecimentos adquiridos



Também inquiridos sobre a eventual transmissão a outros dos conhecimentos adquiridos nas sessões, todos os cuidadores responderam **Sim**, ou seja, todos passaram a informação apreendida a terceiros.

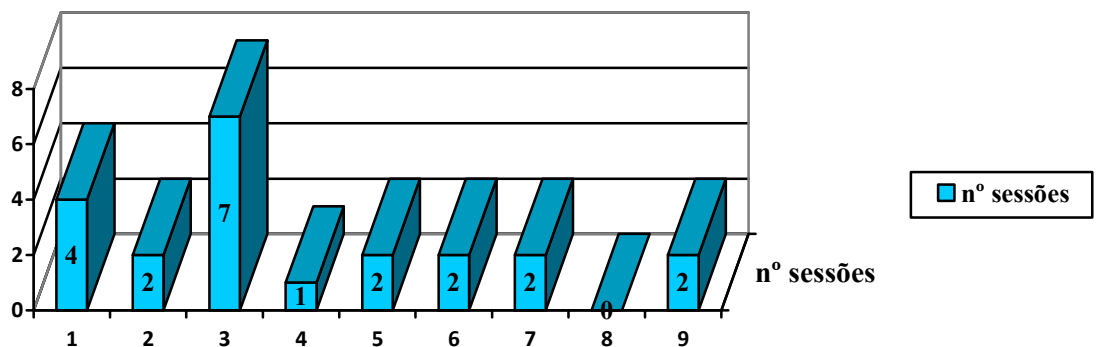
Outra das questões dizia respeito á apreciação da qualidade das sessões em relação aos temas, prelectores duração e horário, e no global os cuidadores mostraram-se muito satisfeitos (Gráfico 11).

Gráfico 11: Apreciação Global das Sessões



Na sexta questão tentava perceber-se a adesão ao projecto e assim constata-se que a maioria que responde a este questionário esteve presente em 3 sessões (Gráfico 12).

Gráfico 12: N° Sessões Frequentadas



Na segunda parte do questionário tentava perceber-se que caminho gostariam os cuidadores de ver o cantinho seguir, e dessa forma inquiriu-se sobre os temas que gostariam de ver tratados e aspectos a melhorar no projecto.

Este grupo de questões teve uma fraca adesão de resposta pensa-se que por serem questões abertas, contudo percebeu-se que as áreas da patologia são as mais desejadas (8), seguidas de solicitações variadas como sejam ginástica (2), socorrismo (1) ou comunicação e relações humanas (1).

Relativamente aos aspectos a melhorar a resposta prevalente foi o espaço físico (4) e os aspectos da divulgação das sessões de forma permanente nos órgãos de comunicação social locais (2).

A última pergunta tentava perceber quantos daqueles cuidadores conheciam e já tinham utilizado a resposta atendimento individual e em caso negativo porque não tinham recorrido a essa resposta. Dos 9 que responderam apenas 2 tinham utilizado e relativamente às razões da não utilização, não foram especificadas na maioria e apenas 2 cuidadores afirmaram não terem sentido necessidade.

5.3. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS ACCIONADAS

A *Seleção de Estratégias* é importante no processo do planeamento, uma vez que, permite obter um processo mais adequado para reduzir os problemas prioritários, propõe novas formas de actuação para alcançar os objectivos predefinidos, podendo levar desta forma á revisão dos objectivos e ainda à evidência e/ou escassez ou não de recursos para o planeamento.

Este projecto de intervenção comunitária assentou desde o primeiro minuto no recurso a parcerias como estratégia de potenciação dos recursos disponíveis na comunidade, mas também como forma de envolver essas entidades e técnicos para sensibilizarem os seus utentes para aderirem ao projecto.

Desta forma, além do envolvimento desde o primeiro minuto da Fundação Eugénio de Almeida, através do seu banco de voluntariado de proximidade, endereçaram-se convites a profissionais de diferentes áreas para dinamizarem sessões temáticas, por forma a enriquecer cada sessão. O envolvimento dos órgãos de comunicação social locais também se revelou muito produtivo pois as pessoas recebiam em casa informação do projecto e sentiam-se convidadas a participar. A parceria com a Direcção Regional de Educação do Alentejo para cedência do espaço, constituiu também um momento de crescimento do projecto pois este espaço permitiu-nos receber mais cuidadores e utilizar metodologias mais activas e participativas.

A resposta Atendimento Individual não resultou conforme o esperado, o que nos faz pensar que as estratégias talvez não tenham sido as mais adequadas, pelo que a equipa está neste momento a redefinir esta resposta.

5.4. RECURSOS MATERIAIS E HUMANOS ENVOLVIDOS

A identificação dos recursos humanos e materiais é essencial, já que da sua determinação dependerá o processo de planeamento (*Tavares, 1990*). Os recursos deverão ser adequados às necessidades estimadas como garantia do sucesso das intervenções.

5.4.1. *Recursos Humanos*

A equipa que compõe este projecto é constituída por:

2 Enfermeiras especialistas em Saúde Comunitária; 1 Psicóloga; 2 psicólogas e 1 Técnica de Serviço Social recém-licenciadas a desenvolverem o seu programa de estágio profissional no Centro de saúde de Évora.

Cada profissional despende, em média, de aproximadamente 2h semanais para o projecto e a metodologia de trabalho assenta nos pressupostos do trabalho em equipa baseado na interdisciplinaridade. Esta interdisciplinaridade é conseguida graças á definição e assunção de objectivos comuns e baseada numa relação franca, empenhada e de diálogo constante.

O recurso a outras estruturas e profissionais ocorre em 3 momentos distintos:

- √ Convite a peritos em áreas de interesse dos cuidadores, para dinamização de sessões temáticas
- √ Recurso ao banco de voluntariado de proximidade da Fundação Eugénio de Almeida (FEA) para acompanharem no domicílio os utentes cujos cuidadores participem nas sessões temáticas na sede da Unidade de Saúde.

- √ Participação de uma cuidadora que acompanha o projecto desde o início e colabora como voluntária fazendo os contactos telefónicos para convidar os restantes cuidadores a participar nas sessões temáticas.

5.4.2. Espaço Físico

O *atendimento individual* presencial ocorre num gabinete de consulta disponível á data desse atendimento. O *atendimento telefónico* acontece no espaço de trabalho da ECCI Évora.

As *sessões temáticas* de suporte e informação decorrem na sala de reuniões da Unidade de saúde das Portas de Avis que está equipada com 30 cadeiras e 3 mesas de apoio. No decorrer do projecto algumas sessões realizaram-se fora deste espaço, pois este espaço revelou-se pouco versátil e por vezes até insuficiente e assim a partir de Fevereiro elegeu-se mesmo uma sala de reuniões do r/chão do edificio da Direcção Regional de Educação do Alentejo (situado em frente ao Centro de Saúde), como o espaço de encontro para as sessões temáticas.

5.4.3. Recursos Materiais

Atendimento Individual	
Equipamento/Material	Quantidade
Secretária	1
Cadeiras	2
Telefone	1
Computador (com ligação internet)	1
Caneta	2*
Papel /folha de registo de atendimento	100*

**Estimativa de consumo mensal*

Sessões Temáticas	
Equipamento/Material	Quantidade
Cadeiras	30
Mesas	2
Computador	1
Projector vídeo	1
Papel /folha de registos e avaliação	100*
Caneta	2*
Panfletos de divulgação	150*
Cartazes de divulgação	20*
Material das sessões:	
Cartolinas	4*
Papel autocolante	3mt*
Papel colorido A4	20*
Cola (tubo)	2*
Lanche:	
Fruta variada (Kg)	4*
Bolachas (pacotes)	4*
Chá (embalagem)	1*
Açúcar (Kg)	1*
Guardanapos (embalagem)	1*
Colheres plástico	40*
Copos plástico	50*
Água (0,33cl)	20*
Tostas (embalagem)	2*

**Estimativa de consumo mensal*

5.5. CONTACTOS DESENVOLVIDOS E ENTIDADES ENVOLVIDAS

Um projecto de intervenção comunitária como o que este relatório descreve tem obrigatoriamente que contar com o envolvimento da comunidade em que está inserido para ser válido, assim o trabalho de parceria foi valorizado desde o primeiro momento.

Na primeira fase, como já foi descrito, foi necessário construir e submeter á aprovação da Direcção do ACES Alentejo Central 2 a proposta da equipa. Para tal realizaram-se reuniões com o director executivo e com 2 dos 3 elementos que compõem a sua Direcção Clínica.

No sentido de viabilizar a parceria com o banco de voluntariado de proximidade da FEA, realizaram-se 2 reuniões com os seus dirigentes, ambas nas instalações da FEA antes do arranque do projecto. Desde essa data as relações entre as duas entidades têm sido estreitas e ocorreram vários momentos de debate e avaliação informal do trabalho de conjunto.

Para a divulgação interna (entenda-se ARSA) foram contactados telefonicamente os enfermeiros coordenadores das 4 unidades funcionais do centro de saúde e solicitada a divulgação do projecto junto das respectivas equipas de profissionais. Foi também contactado o serviço de comunicação e marketing da ARSA para a divulgação na página da internet e nos quiosques electrónicos das salas de espera de todas as unidades do Centro de Saúde de Évora.

Na divulgação externa foram envolvidos todos os elementos da equipa do projecto e restantes elementos da UCC, pois após a execução e impressão dos cartazes e panfletos do projecto, estes foram distribuídos pelos profissionais, pela casa dos utentes internados em ECCI, por todas as instituições de Apoio domiciliário da Cidade e por todas as farmácias, clínicas e salas de espera de consultórios da cidade. Para a divulgação nos órgãos de comunicação social regionais foram estabelecidos contactos via email e telefone com as redacções dos Jornais: Diário do Sul; A Defesa; O Registo bem como das rádios: Telefonía; Diana; Renascença e Antena Sul.

Estes contactos via email aconteciam sempre 2 a 3 dias antes de cada sessão temática, com o envio de informação sobre o tema dessa semana.

Apesar dos esforços não se conseguiu a divulgação desta iniciativa no boletim municipal.

Mas também no convite que endereçámos aos prelectores para colaborarem na dinamização das sessões procurámos atender á formação individual mas também ao serviço onde exerciam funções uma vez que o trabalho em comunidade pressupõe a articulações com outros serviços da comunidade para obtenção de ganhos. Assim não foi “inocente” o convite endereçado a um técnico do centro distrital da Segurança Social, a outro da equipa ambulatória do Departamento de Psiquiatria do HESE, bem como a outros que se seguiram nas sessões que ainda hoje continuam a desenvolver-se.

5.6. ANÁLISE DA ESTRATÉGIA ORÇAMENTAL

Para Ornelas e Moniz (2007), na estratégia de parceria existe partilha de recursos e coordenação de serviços para se atingir determinados benefícios comuns. Este projecto é prova disso pois tendo-se assumido desde o início como uma iniciativa enquadrada nas competências de uma ECCI utiliza os recursos humanos desta ECCI de Évora, que de uma forma profissional, empenhada e calorosa, e muitas vezes voluntária, abraçaram esta iniciativa com a maior dedicação. Em média podemos considerar que cada um dos profissionais despendeu em média 2h semanais no projecto. Os restantes prelectores convidados participaram a título voluntário não tendo usufruído de qualquer remuneração. Os recursos materiais podem ser classificados em dois grandes grupos: material de escritório e audiovisual e alimentos e material descartável para utilização nos lanches.

Material de escritório e audiovisual: os cartazes; panfletos; impressões; papéis; canetas; colas; etc... despendido na divulgação do projecto e preparação realização das sessões e ímanes foi suportado pelo centro de custo da ECCI. Os recursos audiovisuais também compõem o espólio da equipa.

Foi também autorizada pelo ACES a compra de um cartaz de divulgação de grandes dimensões que divulga o projecto á entrada do Centro de saúde. O seu custo foi de aproximadamente 50 euros, suportados pelo ACES.

Os alimentos que rechearam cada sessão do cantinho vieram de duas proveniências distintas: na maioria das sessões resultaram da boa vontade da equipa e de alguns cuidadores que presenteavam o grupo com bolos e outros mimos para partilhar. Sempre

que solicitado o ACES na pessoa do seu director executivo autorizou a compra de alimentos que em média rondavam os 15 euros por lanche.

Assim podemos considerar que neste projecto os custos não foram significativos face aos resultados obtidos.

5.7. CUMPRIMENTO DO CRONOGRAMA

O cronograma, citando Carvalhosa et al (2010) é um elemento fundamental para a vida do projecto, pois servirá como base referencial para a execução e acompanhamento do mesmo, bem como para futuras avaliações.

O cronograma deste projecto (ANEXO 8) foi cumprido na globalidade uma vez que todas as actividades foram realizadas nas datas previstas.

Os restantes aspectos da operacionalização do projecto também foram cumpridos de acordo com o previsto.

Quanto aos momentos de avaliação estes foram-se realizando regularmente ao longo do tempo, como aliás também já foi descrito neste relatório, e desta forma a primeira avaliação intermédia inicialmente prevista para Novembro não se realizou, tendo-se apenas cumprido o momento de avaliação em Março de 2011, mais concretamente dia 10.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

A avaliação em saúde corresponde ao processo crítico-reflexivo, contínuo e sistemático sobre práticas e processos, traduzidos por indicadores de natureza quantitativa e/ou qualitativa. A sua finalidade é proporcionar informações para auxiliar processos de tomada de decisão.

A OMS (citada em Tavares, 1990) define **avaliação** (*Evaluation*) como uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a actividade em curso e planificar mais eficazmente.

Sendo comumente designada como a última etapa do processo de planeamento em saúde, a avaliação integra-se também em cada uma das etapas anteriores uma vez que *“o planeamento da saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico. Em saúde não se poderá considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, porque na fase seguinte será sempre possível voltar atrás e recolher mais informações que levem a refazê-la.”* (Giraldes e Imperatori 1993)

A finalidade da avaliação será melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência. Desta forma, avaliar significa determinar o valor das intervenções realizadas.

Tavares (1990) não hesita mesmo em afirmar que a avaliação faz uma confrontação entre objectivos e estratégias ao nível da adequação. Pineault e Daveluy (1986, citados em Tavares, 1990) assumem como função primeira da avaliação a determinação do grau de sucesso na consecução de um objectivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.

Segundo a OMS (1981, citada em Tavares, 1990) a avaliação é uma maneira sistemática de utilizar a experiência para melhorar a actividade em curso e planificar mais eficazmente. Sendo o final do planeamento integra-se também em cada uma das suas etapas. Avaliar de forma correcta é a única forma de comparar o estado inicial e final da população-alvo. Avaliar é calcular o valor das intervenções efectuadas. Avalia-se para

melhorar os programas e orientar a distribuição dos recursos a partir das informações dadas pela experiência.

Neste projecto a avaliação foi um processo contínuo e transversal a todas as etapas do seu desenvolvimento.

Como instrumentos de avaliação foram utilizados apenas a escala de sorrisos que avaliava a satisfação de cada participante em cada sessão, e na avaliação realizada a 10 Março 2011 foi aplicado um questionário construído para o efeito (ANEXO 20).

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJECTIVOS

O principal objecto da avaliação é determinar o grau de sucesso na consecução de um objectivo (*Tavares, 1990*).

Desta forma opta-se pelo preenchimento da coluna prevista para avaliação no planeamento de intervenções previsto inicialmente para o projecto. Na Coluna da avaliação a Bold encontram-se os indicadores inicialmente definidos.

OBJECTIVO /Estratégias	ACTIVIDADE	AVALIAÇÃO
Promover a adesão ao projecto dos cuidadores informais do concelho de Évora	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de cartaz e convite de divulgação da iniciativa - Divulgar a iniciativa junto das instituições de apoio domiciliário - Entregar convite em mãos aos cuidadores dos utentes em ECCI - Divulgar a iniciativa nas Unidades Funcionais do Centro de Saúde Évora - Divulgar na comunicação social regional a iniciativa (Diário do Sul e Rádio telefonia) - Realizar sessão de informação sobre o projecto para divulgação das actividades e confraternização entre cuidadores e técnicos 	<p>Cartaz elaborado a 10/8/2010 (ANEXO4)</p> <p>Cartaz de grandes dimensões afixado a 19/8/2010 (ANEXO 22)</p> <p>Divulgação realizada nas semanas de: 16 a 20/8/2010; 8 a 11/11/2010 e 7 a 9/3/2011</p> <p>Início na semana de 15/8/2010 e em todas as semanas que antecederam as sessões temáticas (ANEXO 4)</p> <p>Semana de 15 a 19/8/2010, 8 a 11/11/2010 e quiosques electrónicos a partir de Dezembro 2010 (ANEXO 2)</p> <p>Início a 16/8/2010 e sempre na semana de cada sessão temática (ANEXO5)</p> <p>Nº de participantes na sessão de divulgação – 19/8/2010 35 Participantes</p> <p>Nº de participantes no projecto - 153</p>

		até 10/3/2011
Proporcionar atendimento individualizado e suporte social	<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com responsáveis da “Fundação Eugénio de Almeida” para estabelecimento de acordo de parceria - Elaboração de horário do atendimento - Distribuição de cartões com horário do atendimento - Apresentação de plano/horário de técnicos para o atendimento - Divulgação do circuito do atendimento junto das telefonistas e seguranças da Unidade Saúde. 	<p><i>Realização de reunião e celebração de acordo de parceria – 2 reuniões em Agosto 2010 + 8/11/2010, 4/2/2011 e 7/3/2011</i></p> <p>Atendimento às 3ªf 18-19h e 6ªf 10-11h (ANEXO 21)</p> <p>Nº de cartões de informação distribuídos- 100 cartões de atendimento distribuídos (ANEXO 21)</p> <p>Nº de atendimentos realizados- 16</p> <p>Distribuição de informação a telefonistas e seguranças do edifício a 18/8/2010</p>
Fornecer suporte informativo e partilha de experiencias	<ul style="list-style-type: none"> - Definição de temas e prelectores para cada sessão - Definição de data e duração das sessões - Divulgação das sessões temáticas na iniciativa de apresentação - Divulgação das sessões e temas nas Unidades funcionais do Centro Saúde - Realização das sessões: <p>Módulo I 16 de Setembro 2010</p> <p>A vida do Cuidador – <i>Princípios básicos</i></p> <p>Módulo II 7 de Outubro de 2010</p> <p>O Cuidador e o seu doente na Comunidade</p>	<p>Realizadas 10 reuniões preparatórias a anteceder cada sessão.</p> <p>- Nº Sessões planeadas/ Nº sessões realizadas</p> <p>Planeadas 9 e realizadas 9 sessões temáticas</p> <p>- Nº de participantes nas sessões total=153</p> <p>Divulgação realizada e registada (ver coluna anterior)</p> <p>10 participantes</p> <p>15 participantes</p>

Módulo III 28 de Outubro 2010	2 Participantes
Mais vale prevenir do que remediar – Acidentes domésticos	17 Participantes
Módulo IV 18 de Novembro 2010	
Como poderei gerir o stress?	15 Participantes
Módulo V 9 de Dezembro 2010	
Estar ocupado é estar estimulado	10 Participantes
Módulo VI 6 de Janeiro de 2011	
SOS Ajuda	11 Participantes
Módulo VII 27 de Janeiro 2011	
É impossível não comunicar	15 Participantes
Módulo VIII 17 de Fevereiro 11	
Como lidar com a Depressão	25 Participantes
Módulo IX 10 de Março de 2011	
Como lidar com a Demência	

6.2. AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

O projecto de apoio ao Cuidador Informal do Concelho de Évora nasceu sem horizonte temporal definido. A equipa que compõe este projecto previu uma avaliação intermédia semestral e outra anual com eventual reformulação de estratégias, metodologias e intervenções. Assim essa avaliação prevista em Março de 2011 aconteceu e é sobre ela que importa agora reflectir um pouco.

Relativamente ao objectivo geral deste projecto “*Promover estratégias de adaptação ao papel de cuidador informal de idosos e dependentes do Concelho de Évora*” estes primeiros meses de desenvolvimento permitiram-nos conhecer melhor o universo de cuidadores que adere a estas iniciativas e as suas necessidades, estabelecer com eles vínculos afectivos e fidelizar uma parte deles aos momentos de encontro. Pensamos que é urgente caracterizar melhor estes cuidadores e avaliar também as suas necessidades e sobrecarga. Neste sentido, prevê-se a aplicação da escala de avaliação do impacto físico, emocional e social do papel de cuidador informal (QASCI). Outros dos aspectos que sentimos necessidade de medir é a adesão dos cuidadores á resposta de apoio da

Fundação Eugénio de Almeida, e assim também agendámos com responsáveis do banco de voluntariado de proximidade um momento de avaliação com eventual reformulação de estratégias.

A resposta de atendimento individual também fica clara para a equipa, como algo que tem que ser repensado e reformulado. Importa saber se os cuidadores não recorreram a ela por desconhecimento ou por desadequação às suas necessidades.

A boa receptividade que este projecto teve junto da comunidade profissional é também outro sinal de reconhecimento e agrado para a equipa. Durante este período fomos contactados por 3 outras equipas que tendo conhecimento do “Cantinho” gostavam de o conhecer melhor e replicar nos seus Concelhos. A todos disponibilizámos todos os conhecimentos e recursos para concretizar essa replicação. Também o convite endereçado pela ERA Alentejo para apresentar o projecto no Encontro Nacional de Cuidados Continuados comemorativo do aniversário da RNCCI, foi muito gratificante para toda a equipa (ANEXO 23).

A solicitação de 2 entrevistas para divulgação do projecto, uma num Jornal regional (A Defesa) e outra numa revista nacional de assuntos de Saúde (GINGKO Fev/Mar 2011, p.42) foram mais dois exemplos de reconhecimento e indicadores de que estamos no bom caminho (ANEXO 24).

O projecto tem sessões agendadas até final de Junho de 2011 e após essa data prevê-se uma pausa para férias e reorganização, contudo para todos é claro que *ELE VAI CONTINUAR!* O carinho de todos os envolvidos e o reconhecimento por parte dos cuidadores dá-nos essa certeza.

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

Para Tavares (1990) a avaliação ainda que possa ser considerada a ultima etapa do planeamento em saúde, poderá relançar um novo ciclo, e se for transversal a todo o processo, pode levar a um novo diagnóstico e á reformulação de objectivos e metas. Foi isso que se tentou fazer neste projecto.

As reuniões de equipa no dia a seguir a cada sessão temática revelaram-se de extrema importância pois permitiam avaliar o que tinha acontecido e introduzir medidas

correctivas entre duas sessões. Além disso facilitavam a preparação da sessão seguinte e mantinham a equipa envolvida e motivada para a tarefa.

Algumas das medidas de correcção introduzidas por essas reuniões foram:

- √ Divulgação das respostas em separado (atendimento e sessões) como tentativa de aumentar a adesão á resposta atendimento individual
- √ Mudança de horário em Novembro, antecipação de 1 hora por solicitação dos cuidadores.
- √ Decisão de envolver cuidadores em regime de voluntariado na preparação das sessões
- √ Mudança de sala da realização das sessões temáticas
- √ Definição de novos momentos de intensificação da divulgação
- √ Necessidade de preparação de momento de encontro entre a equipa do projecto, equipa de voluntariado de proximidade e funcionarias de apoio domiciliário de todas a s instituições da cidade (esta medida veio a concretizar-se em Abril 2011 com a realização de dois workshops onde participaram 64 funcionárias).
- √ Decisão de continuar o projecto e calendarização de mais 6 sessões temáticas a realizar até ao verão de 2011.

Também a avaliação dos Cuidadores de 10 de Março, nos deu indicações que terão que ser consideradas. Destas destacam-se a necessidade de intensificar o envolvimento dos profissionais de saúde das Unidades Funcionais do Centro de Saúde de Évora na divulgação do projecto, pois nesse momento de avaliação (e também da constatação durante as sessões) não se encontrou um único Cuidador referenciado pelo seu médico ou enfermeiro de família; e a vontade dos cuidadores em manter a divulgação das iniciativas do Cantinho num jornal local que tem grande expressão o Concelho e por vezes não divulga a nossa resposta.

Relativamente a estas duas sugestões estão já a programar-se acções. Relativamente às USF do Centro de Saúde prevê-se a ida de um elemento do projecto a cada uma das reuniões de equipa de cada unidade para de forma breve apresentar o projecto e pedir colaboração na sua divulgação.

Em relação á divulgação no Jornal “Diário do Sul”, prevê-se o agendamento de reunião com o seu Director para apresentação de uma proposta de divulgação com contrapartidas.

Este é um projecto ainda em crescimento, que se actualiza a cada dia com o objectivo de *chegar melhor e a mais Cuidadores Informais*.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS E ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Cuidar dos Cuidadores é cuidar da sociedade. Investir no suporte, formação e apoio ao papel de cuidador informal é uma forma de promover melhores cuidados, fortalecer as relações de proximidade e rentabilizar recursos que nos conturbados tempos que atravessamos começam a escassear.

A aventura em que esta equipa jovem e inexperiente embarcou revelou-se um enorme território de afectos em que todos os envolvidos deram e receberam.

Mas a inexperiência desta equipa, associada às dificuldades inerentes à implementação da UCC Évora, talvez não tenha sido facilitadora deste processo.

As principais limitações encontradas neste percurso foram essencialmente ao nível do diagnóstico de situação uma vez que o projecto avançou da constatação dos técnicos das necessidades dos cuidadores, triangulando essa informação empírica com a evidência dos inúmeros estudos que já se produziram sobre o tema. Contudo importava auscultar os “nossos” cuidadores, diagnosticar-lhes as suas dúvidas, ansiedades e medos, procurando então desenhar um projecto de apoio à sua medida.

Mas a este nível importa também referir um outro constrangimento: *quem são os Cuidadores Informais do Concelho?* Falta-nos um diagnóstico de situação que identifique os dependentes cuidados no domicílio e seus cuidadores. O concelho de Évora é composto por um núcleo urbano considerável de que se conhece pouco. As cidades são espaços onde podemos estar sós rodeados de muita gente, mais sós até do que no monte isolado onde apesar de poucos, sempre temos alguém para conversar, o padeiro ou o homem da venda ambulante. Na Cidade, intra-muros e bairros periféricos, desconhece-se o número de pessoas dependentes que vive com apoio e suporte da rede de informal. Nas freguesias rurais, apesar de tudo o panorama é melhor. Todos se conhecem e sabem das dificuldades uns dos outros. A rede de proximidade tende a ser mais funcionante e solidária. Assim, para conhecer estes cuidadores, a população do Concelho tem que ser estudada. A autarquia pretende avançar agora, ainda em 2011

com um novo diagnóstico da Rede Social e a UCC Évora, sendo parceiro da Rede Social e membro do núcleo executivo do Conselho Local de Acção Social de Évora (CLAS) também terá o seu papel. Pensa-se que este novo diagnóstico da rede social do Concelho trará a actualização de informação que também virá a enriquecer este projecto.

Mas além do diagnóstico ter sido deficitário, também existiram lacunas ao nível da avaliação de projecto, pois a necessidade de identificar momentos de avaliação e registá-los é absolutamente fundamental. É desses momentos de avaliação e reformulação que cresce e se consolida uma resposta.

Relativamente às intervenções, a resposta de encontros periódicos para formação e convívio foi sem dúvida o ponto forte deste projecto pois em cada sessão a envolvimento e prazer dos participantes fazia-nos acreditar estarmos no caminho certo. A resposta atendimento não foi tão bem conseguida e importa saber porquê: se o horário, se a estrutura, se a necessidade ou outro aspecto não se adequaram. Uma reflexão séria e rigorosa sobre este ponto é fundamental.

Deste processo uma coisa ficou clara, a importância do trabalho em equipa multidisciplinar é absolutamente fundamental, assim como é muito importante a visão do enfermeiro Comunitário. A sua formação ao nível do planeamento em saúde e intervenção comunitária, conferem-lhe ferramentas adequadas ao trabalho num projecto desta natureza, pois é este profissional que no seu percurso de formação especializada adquiriu competências que lhe permitem 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 (*Ordem dos Enfermeiros, 2010*).

A sobreposição temporal entre o projecto que este relatório descreve e a experiência profissional especializada da mestranda não é apenas temporal. Entende-se este “Cantinho do Cuidador” como um projecto ainda em construção, em crescimento, assim como as competências e agilidades desta profissional especializada na fascinante área da Enfermagem Comunitária. *Aos dois, votos de bom crescimento!*

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 Carvalhosa, S., Domingos, A., e Sequeira, C. – Modelo lógico de um Programa de Intervenção Comunitária. Disponível em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v28n3/v28n3a08.pdf>. Acedido a 21/2/2011.
- 📖 Craveiro, I. Ferrinho, P.- Planear estrategicamente: a prática do SNS; Revista Nacional de Saúde Pública, Lisboa; Vol. 19 nº2 Julho 2001 p 27-37
- 📖 Durán, H. - Planeamento da saúde: aspectos conceptuais e operativos. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento da Saúde, 1989;
- 📖 Fernandes, Purificação- A Depressão no Idoso, Coimbra, Quarteto Editora, 2002
- 📖 Fernandes, A.A.- Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal. Oeiras: Celta Editora, 1997.
- 📖 Gemito, Maria Laurência Parreirinha -O Quotidiano Familiar do Idoso numa Freguesia Rural do Alentejo, Dissertação de Mestrado em Sociologia, Évora: Universidade de Évora (policopiado), 2004
- 📖 Giraldes, M. R., & Imperatori, E. - Metodologia do Planeamento de Saúde. Lisboa: Edições de Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública, 1993;
- 📖 Grelha, Patrícia - Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em contexto Domiciliário-estudo sobre a influência da Educação para a Saúde na Qualidade de Vida, Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2009
- 📖 Imaginário, C. - Idoso dependente em contexto familiar. Coimbra: Formasau, 2004
- 📖 Instituto Nacional de Estatística – Anuário Estatístico da Região Alentejo 2007, 2008
- 📖 Instituto Nacional de Estatística – Censos 2001, Resultado definitivos Alentejo, 2002
- 📖 Lage, I. Cuidados familiares a idosos. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), Envelhecer em Portugal (pp.345-361). Lisboa: Climepsi Editores, 2005
- 📖 Matos, Margarida Gaspar- Psicologia da saúde, saúde pública e saúde internacional. Análise psicológica. Vol. 3, (XXII), 2004, p. 449-462.

- 📖 Marques, S.C.L. Os cuidadores informais de doentes com AVC.
Coimbra: Formasau, 2007
- 📖 Mendonça, F. et al. Avaliação das necessidades dos prestadores informais dos prestadores informais de cuidados de saúde. *Revista Geriatria*, 13(127), 33 – 49.
- 📖 Ministério da Saúde Decreto-Lei n.º 281/2003 de 8 de Novembro.
Criação da Rede de prestação de cuidados continuados, 2003
- 📖 Ministério da Saúde Plano nacional de saúde: orientações estratégicas 2004-2010. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004b
- 📖 Ministério da Saúde – Plano Nacional de Saúde 2004-2010. Lisboa, 2004;
- 📖 Ministério da Saúde - Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários, 2010, acessido a 22/7/2011, disponível em http://www.mcsp.min-saude.pt/Imgs/content/page_161/trabalhosemcurso_verso20101130.pdf
- 📖 Neri, A; Carvalho, V- O bem-estar do cuidador: aspectos psicossociais; tratado de Geriatria e Gerontologia, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002
- 📖 Ordem dos Enfermeiros – Proposta de projecto de regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, 2010
- 📖 Ornelas, J. e Moniz, M.- Parcerias Comunitárias e Intervenção preventiva, *Revista Análise Psicológica*. 1 (25), 153-158, 2007
- 📖 Póvoa, F.M.S. & Silva, M.L.F. A integração social do doente esquizofrénico. *Revista da Associação para o Estudo, reflexão e pesquisa em psiquiatria*, 1(2), 11-94, 1997
- 📖 Santos, P. – O familiar Cuidador em Ambiente Domiciliário: sobrecarga física, emocional e social. Tese de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Publica da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2005
- 📖 Sena, C. Ferrinho, P. Miguel, J. Planos e programas de saúde em Portugal; *Revista Nacional de Saúde Publica*, Lisboa Vol 24 nº1 Janeiro 2006 p. 5-15
http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Ottawa.htm
- 📖 Sequeira, Carlos- Cuidar de Idosos Dependentes; Coimbra, edições Quarteto, 2007
- 📖 Serra, Isaura Barreiros -Intervenção Comunitária em Cuidados Continuados, a Acção dos Cuidadores Informais, Dissertação de Mestrado Políticas de Administração e Gestão de Serviços de Saúde, Évora: Universidade de Évora (policopiado), 2006
- 📖 Spar, J.E. & la Rue, A. Guia prático de psiquiatria geriátrica. Lisboa:

Climepsi, 2005

📖 Tavares, A. – Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Edição: Ministério da Saúde. Cadernos de Formação 2,1990

📖 Vaz Serra, A., Canavarro, M.C., Simões, M.R., Pereira, M., Gameiro, S.,Quartilho, M.J. et al. (s.d.). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-bref) para português de Portugal. Psiquiatria Clínica, 27(2), 15-23.

📖 Veríssimo, Cristina e Moreira, Isabel; Os Cuidadores Familiares/Informais-cuidar do Doente Idoso Dependente no Domicilio; revista pensar Enfermagem, 2004 vol.8 nº1 p.61-65

ANEXOS