



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Dar-a-mão” – Organização de um projeto de intervenção comunitária de apoio aos cuidadores informais

Ana Isabel Massas Canhoto

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Mestrado em Enfermagem

Área especialização: *Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



IPBeja

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico Portalegre

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



IPS Instituto Politécnico de Setúbal

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



Instituto Politécnico de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

“Dar-a-mão” – Organização de um projeto de intervenção comunitária de apoio aos cuidadores informais

Ana Isabel Massas Canhoto

Orientação: Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo

Mestrado em Enfermagem

Área especialização: *Enfermagem Comunitária e Saúde Pública*

Relatório de Estágio

Évora, 2018

“Defendo a necessidade de nos preocuparmos com o que nos rodeia, com especial atenção para os que estão próximos, sobretudo se forem mais vulneráveis. E acredito na possibilidade de conseguirmos melhorar as famílias (...) se nos dedicarmos de facto à sua transformação quotidiana.”

Daniel Sampaio

RESUMO

O envelhecimento da sociedade leva ao aumento da esperança de vida à qual se associam índices de dependência acrescidos. Os cuidadores informais aparecem cada vez mais como parceiros no desempenho dos cuidados de saúde aos utentes com dependência pelo que este grupo deve ser alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde.

O presente relatório pretende expor o trabalho de organização de um projeto de apoio aos cuidadores informais.

A equipa de enfermagem respondeu a uma entrevista onde forneceu dados acerca das necessidades dos cuidadores informais da área de abrangência da USF com o intuito de criar um projeto com intervenções que vão de encontro às dificuldades/problemas identificados.

O projeto organizado teve como base a metodologia do Planeamento em Saúde e obteve avaliação positiva por parte dos cinco enfermeiros da USF e servirá de base à equipa de enfermagem que o poderá integrar no seu próximo Plano de Atividades.

Palavras-chave: Cuidador Informal; Necessidades; Intervenções de Enfermagem.

“GIVE- THE-HAND” – ORGANIZATION OF A COMMUNITY INTER-VENTION PROJECT TO SUPPORT INFORMAL CAREGIVERS

The aging of society leads to an increase in life expectancy to which more dependence rates are associated. Informal caregivers appear more and more as partners in the health care performance of users with dependence, so this group should be the focus of health professionals.

This report intends to outline the work of organizing a project to support informal caregivers.

The nursing team responded to an interview where they provided information about the needs of informal caregivers in the USF's area of coverage in order to create a project with interventions that meet the difficulties / problems identified.

The organized project was based on the methodology of Health Planning and obtained a positive evaluation by the five USF nurses and will serve as a basis for the nursing team that can integrate it in its next Plan of activities.

Keyword: Informal Caregiver; Needs; Nursing Interventions;

AGRADECIMENTOS

A elaboração do presente relatório só foi possível devido ao apoio e colaboração de outras pessoas a quem se deixa um reconhecimento especial, assim:

À Professora Doutora Ana Paula Belo pela orientação dada e disponibilidade demonstrada.

À enfermeira Sandra, que foi o meu grande suporte, pelo acompanhamento e supervisão ao longo do estágio.

A toda a equipa da USF pela colaboração e contributos disponibilizados.

Aos meus colegas e amigos, pelo incentivo, afeto e amizade, demonstrados ao longo deste percurso. Em especial à Rute, Nuno e Nídia que caminharam comigo lado a lado nesta etapa.

À minha família, em especial ao meu marido, pelo carinho, compreensão e apoio incondicional.

A todos aqueles que direta ou indiretamente tornaram possível a concretização deste trabalho.

A todos vós, o meu **MUITO OBRIGADA!**

Índice

0. INTRODUÇÃO	11
1. ANÁLISE CONCEPTUAL	14
1.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	14
1.1.1 Envelhecimento e dependência.....	14
1.1.2 Cuidadores informais da pessoa dependente.....	18
1.1.3 Necessidades dos cuidadores informais	19
1.1.4 Papel de Transição dos Cuidadores Informais de pessoas dependentes segundo teoria das Transições de Meleis	21
1.1.5 Intervenções de Enfermagem direcionados aos cuidadores informais.....	25
2. ANÁLISE DO CONTEXTO	27
3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO	31
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	31
3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES.....	32
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS	37
5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES	39
5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	39
5.2 METODOLOGIA	43

5.2.1. - Instrumentos utilizados	44
5.2.2 Aspetos Éticos	46
5.2.3 Tratamento e análise dos dados	46
5.2.4 Grelha de análise das Entrevistas	49
5.3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS.....	55
5.4 PREPARAÇÃO OPERACIONAL	58
5.4.1 Atividades/resultados esperados e previsão de recursos	58
5.4.2 Comunicação e divulgação do projeto	61
5.4.3 Cronograma de atividades	62
5.4.3 Seguimento “Follow-Up” do Projeto	63
6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO.....	64
6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS	64
6.2 AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS.....	66
6.3 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA	67
7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS	70
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	75

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	79
ANEXOS	LXXXV
ANEXO I – Autorização do ACES para consulta de dados.....	LXXXVI
ANEXO II – Autorização da comissão de ética da arsa.....	LXXXVIII
ANEXO III – Autorização da Comissão de Ética da Universidade de Évora	XCII
APÊNDICES	XCIV
Apêndice I – Artigo.....	XCIV
Apêndice II – Guião da Entrevista	CXII
Apêndice III– Sessão de Educação para a Saúde	CXVII
Apêndice IV– Guia do cuidador.....	CXXIII
Apêndice V– Avaliação do projeto pelos enfermeiros da USF.....	CXLIV
Apêndice VI – Consentimento Informado	CXLVIII
Apêndice VII - Cronograma.....	CLII

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema da teoria da transição de Meleis	23
Figura 2 - Região do Alentejo	27
Figura 3 - Distrito de Évora	28

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Estrutura etária da população residente	32
Quadro 2 - População residente em Portugal por grupos etários	33
Quadro 3 – Indicadores de envelhecimento e dependência.....	34
Quadro 4 – Índice de envelhecimento por região	34
Quadro 5 – Índice de dependência dos idosos	35
Quadro 6 – Avaliação SWOT	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Índice de envelhecimento populacional no Alentejo Central, 2011.....	32
--	----

LISTAGEM DE SIGLAS OU ABREVIATURAS

Agrupamento de Centros de Saúde (ACES)

Administração Regional de Saúde (ARS)

Comissão de Ética para a Saúde (CES)

Cuidados de Saúde Primários (CSP)

Educação para a Saúde (EpS)

Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS)

PNS (Plano Nacional de Saúde)

Santa Casa da Misericórdia (SCM)

Sistema Nacional de Saúde (SNS)

Unidade de Saúde Familiar (USF)

Universidade de Évora (UE)

0. INTRODUÇÃO

Em cumprimento do regulamento do estágio e relatório final do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública visa o presente relatório descrever o processo relativo ao desenvolvimento e implementação do projeto de intervenção “Dar-a-mão – Organização de um projeto de intervenção comunitária de apoio aos cuidadores informais”. Este realizou-se durante o Estágio final que decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) do distrito de Évora entre setembro de 2017 e janeiro de 2018.

Relativamente à temática escolhida, esta relaciona-se com o envelhecimento da sociedade atual que é uma manifestação de progresso e de melhoria da condição humana tendo em conta o aumento da esperança média de vida. No entanto, importa salientar que o aumento da esperança de vida só constitui um progresso real da sociedade se não for acompanhado de uma diminuição da qualidade de vida das pessoas idosas (Pinto, 2006), à qual se associam índices de dependência acrescidos, em função do agravamento da morbilidade adquirida previamente e de uma maior vulnerabilidade do idoso (Sequeira, 2010). Assim, pode dizer-se que os progressos na medicina e a melhoria das condições de vida, levam a um aumento da esperança média de vida, aumentando assim o número de idosos, e consequentemente uma maior necessidade de cuidados. Tendo em consideração este aumento e como referido por Sequeira (2010) os cuidadores informais devem ser parceiros no desempenho dos cuidados de saúde aos utentes com dependência, sendo que este grupo deve ser alvo de atenção por parte dos profissionais de saúde.

O distrito de Évora acompanha o crescimento do índice de envelhecimento presente em Portugal. Como acontece por todo o país, verificamos a mesma tendência de aumento de dependência dos idosos no Alentejo e no Município onde se desenvolverá o estudo interferindo na qualidade de vida destes idosos.

Assim, considera-se esta uma temática que precisa ser bastante trabalhada, pelo que se torna fundamental, a organização em conjunto com a equipa de Enfermagem, de um projeto de intervenção que possa ser aplicado pela equipa junto dos cuidadores informais

de modo a ir de encontro às suas necessidades. De salientar ainda que o Estágio final foi antecedido de outro estágio de menor duração na mesma USF onde foi possível perceber através de reuniões com a equipa de Enfermagem, que todos os enfermeiros sentem necessidade de prestar maior apoio aos cuidadores informais.

Toda a aprendizagem que se faz ao longo do curso tem como objetivo o desenvolvimento de competências sendo que neste Estágio Final pretendia-se que o estudante elaborasse um projeto realizando a apreciação do contexto, definição dos objetivos, conteúdos e estratégias de intervenção profissional e processo de avaliação e controlo para posteriormente elaborar um relatório sobre o processo de desenvolvimento desse mesmo estágio. É neste âmbito que surge o projeto “Dar-a-mão”, que teve como objetivo principal: Elaborar um plano de intervenção de apoio aos cuidadores informais a ser implementado pelos enfermeiros de uma USF da ARSA até ao final de 2018. Como objetivos específicos estabeleceram-se:

- Conhecer a opinião da equipa de Enfermagem relativamente às necessidades dos cuidadores informais.
- Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros da USF na sua interação com os cuidadores informais.
- Construir um plano de intervenção comunitária que integrará o Plano de Atividades da equipa da USF.

No que concerne à metodologia utilizada neste projeto de intervenção comunitária, foi a metodologia do Planeamento em Saúde, permitindo a identificação criteriosa dos problemas e a intervenção dirigida às necessidades da população em estudo. De acordo com Imperatori e Giraldes (1993) o Planeamento em Saúde deve conter três fases essenciais: a elaboração do plano (diagnóstico da situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de projetos, preparação para a execução), a execução e a avaliação. É fundamental a identificação dos problemas, fatores determinantes, bem como necessidades de saúde para que se possam delinear estratégias adequadas. Para tal, é, pois, necessário por um lado planear, colocar em prática e estabelecer parcerias de forma a capacitar as pessoas.

O texto organizou-se em secções e subsecções, respeitando o Regulamento do Estágio de Natureza Profissional e Relatório Final de Mestrado em Enfermagem (Ordem de Serviço nº 18/2010), bem como o Regulamento do Ciclo de Estudos conducente ao Grau de Mestre (Ordem de Serviço nº8/2013), ambos da Universidade de Évora (UE).

O relatório inicia-se com a presente introdução, apresentando-se de seguida uma análise conceptual onde se realiza um enquadramento teórico do tema. Na segunda secção é apresentada a análise do contexto onde decorreu o estágio, posteriormente a caracterização da população com a caracterização das necessidades específicas, seguida da análise dos objetivos traçados.

A fundamentação e reflexão das intervenções corresponde à quinta secção onde se realiza a análise reflexiva das estratégias, metodologia utilizada e os recursos materiais e humanos. Apresenta-se ainda, uma análise da estratégia orçamental e do cumprimento do cronograma proposto. A sexta secção do relatório destina-se à avaliação do projeto onde se realiza uma análise do processo de avaliação e controlo, a avaliação dos objetivos e da implementação do programa e algumas alterações efetuadas. De seguida é realizada uma análise reflexiva sobre as competências mobilizadas e adquiridas.

Por último, tecem-se as principais conclusões e apresentam-se as referências bibliográficas. Em anexo apresentam-se alguns documentos considerados importantes na ilustração do discurso para uma melhor compressão do leitor.

Este trabalho encontra-se redigido segundo a Norma da *American Psychological Association* [APA] – 6ª edição e segue as diretrizes do novo acordo ortográfico português.

1. ANÁLISE CONCEPTUAL

1.1 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A primeira etapa do Planeamento em Saúde, segundo Imperatori e Giraldes (1993), é o diagnóstico de situação que tem como objetivo justificar as atividades que se irão desenvolver. Tavares (1990) refere que o diagnóstico da situação deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento sendo fundamental envolver a noção de causalidade, conhecer os fatores que podem determinar os problemas e ter a noção do prognóstico existente, bem como efetuar uma análise da sua evolução e perspectivas.

No projeto que se irá desenvolver o diagnóstico da situação baseia-se essencialmente na fundamentação teórica com dados de estudos nacionais e internacionais que nos permitem realizar uma análise da situação atual e o prognóstico da problemática em estudo. Posteriormente com a equipa da USF onde se desenvolve o estágio valida-se a necessidade de trabalhar com os cuidadores informais pois todos consideram ser um grupo que cada vez mais, necessita de atenção por parte dos profissionais de saúde. Como parte integrante da avaliação do Estágio foi realizado um artigo (Revisão da Literatura) que permitiu ao estudante aprofundar conhecimentos e utilizar a informação no presente relatório (Apêndice I).

1.1.1 Envelhecimento e dependência

O processo de envelhecimento é marcado por várias etapas que se concretizam no decorrer da vida. Desde a sua conceção, o organismo humano passa por diferentes fases na sua evolução. Cada uma dessas fases do envelhecimento acarreta diferenças significativas. Kuznier e Lenardt (2011), reforça que as pessoas não envelhecem todas da mesma maneira, nem sequer possuirão todas as mesmas experiências. Vários são os fatores que influenciam o processo de envelhecimento e o modo como este é percebido, tendo a

cultura papel de destaque no que diz respeito à significação do processo de envelhecer humano.

O conceito de envelhecimento tem vindo a sofrer alterações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época, refletindo diferentes conteúdos e significados sociais a ele associados (Dias, 2014).

O envelhecimento apresenta-se, como um grande desafio mundial, afetando todos os países independentemente da sua economia. Ficar velho ou envelhecer pode ser considerado uma conquista, principalmente quando esta se apresenta de forma ativa, havendo assim, uma melhoria nas condições de saúde do idoso traduzindo-se no seu bem-estar físico, psíquico e social (Diniz, Pontes & Brito, 2015). Contudo, sabemos também, que aumento da idade pode trazer importantes problemas de saúde que podem comprometer a capacidade das pessoas em manter as suas funções ocupacionais e sociais. Estas alterações de saúde que ocorrem nas pessoas mais idosas, podem levar a condições de dependência pelo que cada vez mais, é importante modificar a forma e local da prestação de cuidados a essa população (Floriano, Azevedo, Reiners e Sudré, 2012).

O envelhecimento tem sido mais evidenciado nos países desenvolvidos e particularmente relacionado, segundo Vieira, Amaral & Sousa (2016, p.526), com *“a melhoria das condições de vida das populações, maior controlo de doenças e um acesso mais fácil aos cuidados de saúde, tendo como consequências o aumento da esperança de vida”*, sendo um tema muito debatido nos nossos dias.

Nos 53 países da Europa, a esperança média de vida à nascença é de 72 anos para os homens e de 80 para as mulheres, vendo-se que a proporção de idosos, com 65 anos ou mais, aumenta para quase o dobro entre 2010 e 2050 e que nenhum grupo etário cresça mais rápido que o das pessoas com 80 anos ou mais (Vieira *et al*, 2016).

À semelhança de outros países, o número de idosos em Portugal tem vindo a aumentar. Hoje em dia é essencial refletirmos sobre os impactos do envelhecimento demográfico da população nas sociedades ditas modernas.

O atual Índice de Envelhecimento em Portugal, de acordo com os últimos Censos de 2011, é de 128.6, o que significa que em cada 100 jovens existem 128 pessoas idosas (INE,2011). De acordo com os Censos em questão, Portugal apresenta transformações demográficas tendo recuado a percentagem de jovens para 15% e crescido a de pessoas idosas para 19% (Vieira *et al*, 2016). Estes valores subiram consideravelmente nos últimos anos, o que torna a problemática do envelhecimento uma área de atuação prioritária.

As projeções da população residente em Portugal 2008-2060 apontam para que se mantenha a tendência de envelhecimento demográfico. Em 2060 estimam-se que residam no território português cerca de três pessoas idosas, por cada jovem, estimando-se que a percentagem da população com 65 ou mais anos será de 32.3% e um índice de envelhecimento de 271 pessoas idosas por cada 100 jovens, mais do dobro do que verificado nos Censos 2011. Para tal cenário contribui sobretudo a tendência da população mais idosa com 80 e mais anos de idade que poderá vir a ser de 12.7 a 15.8% em 2060, contra 4.2% em 2008, evolução esta que resulta sobretudo do aumento da esperança média de vida (INE 2009).

O aumento da idade, tem sido, muitas vezes, associada a questões de dependência *versus* autonomia. As dependências observadas nos idosos resultam tanto de alterações biológicas (deficiências ou incapacidade) como de mudanças nas exigências sociais (desvantagens) e, frequentemente, as últimas parecem determinar as primeiras (Sousa, Galante e Figueiredo, 2003).

Baltes & Silvenberg citados por Sousa *et al* (2003, p. 366) descrevem três tipos de dependência: “1) *Estruturada, onde o significado do valor do ser humano é determinado, em primeiro lugar, pela participação no processo produtivo (na velhice salienta-se a dependência gerada pela perda do emprego).* 2) *Física, incapacidade funcional individual para realizar atividades de vida diária.* 3) *Comportamental, com frequência antecedida pela dependência física, é socialmente induzida independentemente do nível de competência do idoso, o meio espera incompetência.*”

Quando falamos de dependência, estamos, perante um conceito amplo, mas sabemos que as alterações funcionais que decorrem do processo de envelhecimento, associadas à

maior prevalência de doenças crônicas, podem efetivamente conduzir à deterioração da habilidade de manutenção da independência. É este o motivo apontado para que as pessoas idosas, em número e intensidade, sejam proporcionalmente mais dependentes do que as jovens (Ribeirinho, 2005). A autora, refere ainda que ser dependente, por ser idoso ou por outros motivos, passa pelo facto de o indivíduo não poder realizar sem ajuda as principais atividades da vida diária, quer sejam físicas, psicológicas, económicas ou sociais.

Figueiredo (2007), afirma que a dependência consiste na existência de uma necessidade de ajuda ou assistência importante para a realização de atividades da vida diária. É assim, segundo Sebastião & Albuquerque (2011, p. 29) *“o resultado de um processo que se inicia com o surgimento de um défice no funcionamento corporal e/ou psicológico, em consequência de uma doença ou acidente, e que comporta uma limitação na atividade normal. Quando esta limitação não pode ser compensada mediante a adaptação do meio, origina uma restrição da funcionalidade que se concretiza na dependência em relação a outras pessoas para realização das atividades da vida diária.”*

De acordo com Areosa e Areosa (2008), é necessário lembrar que a dependência se traduz pela necessidade de uma ajuda indispensável às atividades básicas da vida. Não é só uma incapacidade que cria a noção de dependência, mas a dualidade da incapacitação e da necessidade de ajuda. Não se deve considerar a dependência como um estado fixo. Pode dizer-se, que se trata de um processo cuja evolução pode modificar-se e até prevenir-se, minimizando as suas manifestações com serviços e ambientes adaptados. Com a dependência e a perda de autonomia, é importante considerar que estamos perante uma limitação das atividades da vida diária.

Sebastião & Albuquerque (2011, p. 30) afirma, que *“apesar do aumento do grau de dependência do idoso estar relacionado diretamente com o envelhecimento biológico ..., os fatores psicológicos relativos aos transtornos cognitivos e às alterações de personalidade, assim como os fatores socioambientais também assumem uma importância crucial.”*

Saraiva (2011, p.5) corrobora com o citado anteriormente dizendo que *“quando se fala de dependência não se pode deixar de considerar as inúmeras e diversas situações, que se encontram na sua raiz”*. O autor realça ainda que o *“aumento do número de*

dependentes é justificado, não só pelas deficiências congénitas ou adquiridas, pelas doenças psiquiátricas, pelas doenças físicas ou orgânicas debilitantes (crónicas, degenerativas, oncológicas), mas também, em grande parte, pelo processo de envelhecimento que acarreta, naturalmente, um decréscimo de capacidades de vária ordem, relacionando-se com as anteriores causas de dependência.” Assim, nem se podem desvalorizar os impactos sociais e familiares da dependência, na própria pessoa dependente e no cuidador principal.

Os próprios idosos temem adoecer e envelhecer na condição de dependência, pois, além de poder sofrer os preconceitos típicos de uma sociedade que não respeita os mais velhos, necessitariam dos cuidados de outras pessoas para sobreviver (Medeiros, 2012). Devemos ter em conta que, tal como afirmam diferentes autores, *“as atitudes e os comportamentos das pessoas que rodeiam o idoso podem ajudar a promover a autonomia ou a agravar a dependência”* (Sebastião & Albuquerque, 2011, p.30).

Neste contexto, a preocupação com as situações de dependência, nomeadamente dos mais velhos, mostram a necessidade crescente de cuidados suportados pelas redes familiares e comunitárias, obrigando a uma reestruturação do contexto social, político e económico para uma resposta mais eficiente nestas situações.

1.1.2 Cuidadores informais da pessoa dependente

De acordo com Saraiva (2011), nos finais do século passado assistiu-se nas sociedades desenvolvidas a um significativo aumento do número de pessoas dependentes devido ao aumento de doenças (físicas e mentais) associadas ao ritmo desgastante de vida, mas sobretudo devido ao aumento da longevidade. Esta é determinada, sobretudo, pela melhoria dos cuidados de saúde e pelas condições de vida relacionadas com os avanços científicos e tecnológicos. Se por um lado, a Medicina promoveu a esperança de vida, por outro lado, potenciou também o aumento de doenças crónicas, incapacitantes que podem persistir durante longos períodos de tempo aumentando assim o número de pessoas dependentes.

O facto de existirem pessoas com idade cada vez mais avançada e mais dependentes, implica aumento de custos médicos e sociais e maior necessidade de suporte familiar e comunitário, o que se reflete numa maior necessidade de cuidados formais e informais.

Segundo Ricarte (2009), o cuidar pode dividir-se em formal e informal, sendo o cuidado formal aquele que é prestado pelas agências de saúde aos indivíduos que deles necessitam, e o cuidado informal o prestado pela família ou comunidade à pessoa com dificuldades ou impossibilidade de cuidar de si próprio.

A família é o grupo primário de apoio e de prestação de cuidados na dependência sendo que o cuidador informal é habitualmente familiar e próximo do doente (Sequeira, 2007). São estas as responsáveis pela prestação de cuidados de manutenção, já que os profissionais de saúde se responsabilizam por cuidados mais específicos sendo que este tipo de cuidados é por vezes assumido pela família com a devida orientação dos profissionais de saúde.

1.1.3 Necessidades dos cuidadores informais

O cuidado desenvolvido pelo cuidador informal da pessoa em condição de dependência para as suas atividades de vida, possui algumas características próprias, pois é uma atividade que leva a importantes mudanças no quotidiano desses cuidadores, e estas podem gerar sobrecarga física, emocional ou social (Floriano *et al.*, 2012). Os autores referem ainda que os cuidadores têm assumido no quotidiano das suas vidas, atividades de cuidado que vão além da sua preparação e conhecimento sendo tarefas que ultrapassam aquelas preconizadas nos guias oficiais dos cuidadores, tais como o uso de técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de Enfermagem. Cabe ressaltar que nem sempre as pessoas têm a opção de se tornar cuidador, por conseguinte, assumir estas atividades sem preparação pode constituir situações de sobrecarga.

De acordo com Vincent e Scullion (2014), cuidar não é algo sem custos e os cuidadores enfrentam risco de exaustão, isolamento social, depressão, sofrimento e desenvolvimento de um sentido de inadequação. Onde existe tensão emocional do cuidador,

muitas vezes escondida, existe um maior potencial destes indivíduos se tornarem os próprios pacientes. Para que tal seja evitado, Floriano *et al.* (2012) reforça que o apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na assistência à saúde das pessoas dependentes, contudo o Estado precisa de se responsabilizar pela promoção, proteção e recuperação da saúde dessas pessoas sem transferir integralmente para as famílias as ações de cuidado desenvolvidas aos dependentes. Ainda assim, reconhecem que várias são as formas/estratégias de cuidado utilizadas pelo cuidador familiar, pois o seu trabalho vai além da vontade de querer cuidar do seu familiar, dada a dificuldade que o cuidado exige. Envolve conhecimento, desenvolvimento de habilidades, iniciativas para a promoção da saúde, tratamento e recuperação da saúde da pessoa cuidada. Os autores relatam que este trabalho é definido pelos próprios cuidadores como “difícil”, que exige paciência, amor e até mesmo renúncia do seu projeto de vida. Tudo isso tem contribuído para que os cuidadores experimentem diariamente sobrecarga física, emocional e social no cotidiano de cuidado.

Martínez, Cardona e Gómez-Ortega (2016) afirma que vários estudos mostram que os cuidadores principais estão expostos a mudanças de natureza pessoal, familiar, laboral e social que têm efeitos negativos tanto na saúde física como mental e é isso que se denomina sobrecarga. A sobrecarga causada pelo grau de stress expressado pelos cuidadores e os efeitos negativos sobre a saúde deve ser levada em consideração. As autoras referem que de entre as maiores dificuldades relatadas pelos cuidadores estão a transferência de pacientes, o uso adequado da mecânica do corpo, mobilização de pacientes, gestão de oxigenoterapia, gestão da comunicação e emoção, seguidas de outras necessidades como cuidados gerais, comunicação com pessoas surdas e cegas, cura, massagem e gestão da medicação.

São também identificados como fatores relacionados à maior sobrecarga do cuidador: o cuidador trabalhar fora possuir, rendimentos mais baixos, fazer tratamentos de saúde e ter filhos. Além disso, podem ser apontados como preditores de sobrecarga subjetiva: o doente estar em crise, apresentar mais comportamentos problemáticos, conviver com crianças em casa e não possuir rendimentos (Cardoso, Vieira, Ricci e Mazza, 2012).

Melo (2007) evidenciou que a importância do cuidador informal não pode ser ignorada, pois ele influencia os cuidados de saúde do doente, fornecendo cuidados diretos, o que ressalta a necessidade de "cuidar do cuidador" e reflete a preocupação dentro de uma abordagem holística para cuidar da pessoa que cuida.

Tal como afirma Cardoso *et al* (2012, p.516) “*Muitas vezes, a sobrecarga relacionada ao cuidado favorece o adoecimento do próprio cuidador o qual por sua vez chega a negligenciar o autocuidado a favor de cuidar do próximo*”.

Estudos evidenciam que o cuidador possui menor qualidade de vida inclusive com maior risco para o desenvolvimento de doenças, principalmente quando há maior dependência do doente.

1.1.4 Papel de Transição dos Cuidadores Informais de pessoas dependentes segundo teoria das Transições de Meleis

Desde há muitos anos que existe a preocupação em refletir mais profundamente sobre a Enfermagem enquanto profissão, o seu objeto de trabalho e o referencial teórico pertinente ao mundo do cuidar pelo que foram surgindo as teorias de Enfermagem. Assim, entende-se, tal como refere Schaurich e Crossett (2010) que as teorias de enfermagem têm contribuído muito para a formação de uma base sólida sendo fundamentais à construção do saber e à prática profissional pois possibilitam aos enfermeiros a descrição de aspetos da realidade dos cuidados auxiliando no “*desenvolvimento da tríade teoria, pesquisa e prática na área.*”

O desenvolvimento da Teoria das Transições iniciou-se em meados da década de 1960, quando a enfermeira egípcio-americana e cientista Afaf Ibrahim Meleis investigou o planeamento familiar e os processos envolvidos como o tornar-se mãe/pai e o domínio dos papéis parentais. O seu interesse de investigação foi rapidamente assente em intervenções que podem facilitar o processo de transição sendo posteriormente realizadas pesquisas acerca das experiências de transição em diferentes situações, como: o tornar-se mãe, a experiência da menopausa, o diagnóstico de doença congênita no filho, a migração transnacional e o **tornar-se cuidador da família** (Guimarães e Silva, 2016).

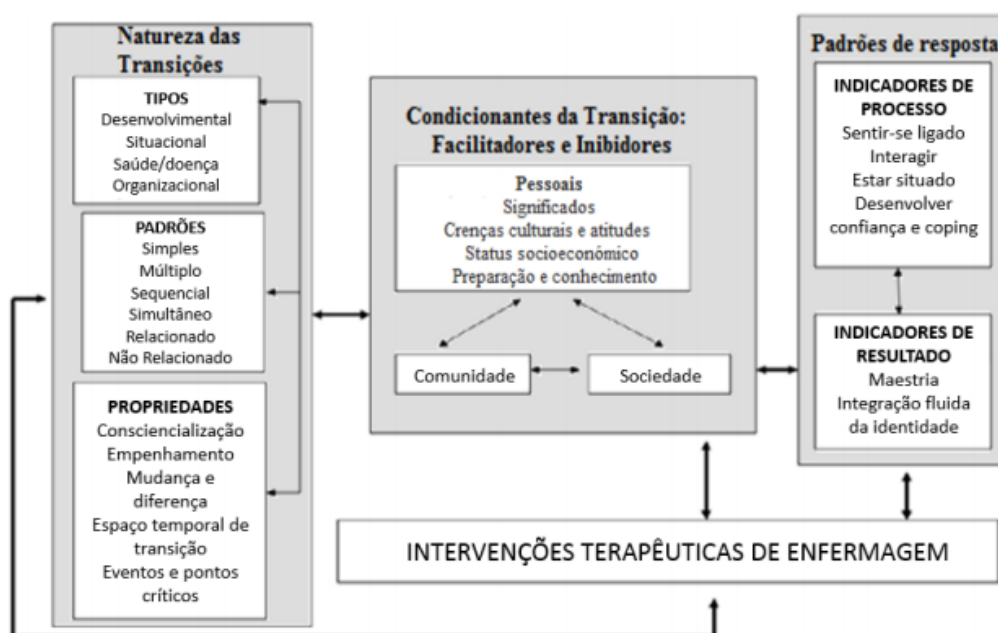
A transição para o exercício do papel do cuidador é um processo complexo que envolve muitas variáveis que se influenciam, e conseqüentemente, com valores preditivos distintos, em função do cuidador, da pessoa dependente e do contexto em que se desenvolve a prestação de cuidados.

A facilitação do processo de adaptação a prestador de cuidados merece uma atenção especial por parte dos profissionais de enfermagem já que têm por missão ajudar as pessoas a gerir as transições ao longo do ciclo de vida. “*Aos enfermeiros coloca-se o desafio de compreender o processo de transição do ponto de vista do CI e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas*” (Andrade, 2009, p.63).

De acordo com Meleis (2000), para compreender as experiências vividas pelos indivíduos durante as transições é necessário conhecer os condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade, os quais podem facilitar ou dificultar o processo para que o indivíduo alcance uma transição saudável, ou seja, a reformulação da sua identidade, o domínio de novas habilidades e alteração dos próprios comportamentos.

Tal como afirma Guimarães & Silva (2016, p.5), vários são os estudos que “*identificam o enfermeiro enquanto agente facilitador do processo de transição e o cuidado transicional como um foco de atenção para as práticas da Enfermagem*”. Nesta perspetiva, é de extrema importância que os profissionais de saúde compreendam os conceitos da Teoria das Transições de Meleis (figura 1) e os utilizem na prestação de cuidados, já que os utentes comumente apresentam transições ao longo da sua vida, como exemplo, as desencadeadas pelo adoecimento ou a mudança para o papel de cuidador.

Figura 1: Esquema da teoria da transição de Meleis



Fonte: Guimarães & Silva, (2016)

A Teoria das Transições é composta pela natureza das transições (tipos, padrões e propriedades); condicionantes facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade); padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e terapêutica de enfermagem. Esta teoria de médio alcance aborda fenômenos e conceitos específicos que refletem a prática (Meleis, 2000).

O processo de transição caracteriza-se por ser único, diverso e complexo com múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela percepção de cada indivíduo. As transições podem ser resultado de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes (Meleis, 2000).

No caso dos cuidadores informais, acontecem com frequência situações novas, geradoras de stress e que podem causar desequilíbrios no cuidar. O cuidador tem que enfrentar as transições e para tal precisam do apoio dos profissionais de Enfermagem que devem ter presente que *“todas as transições desencadeiam mudança e para compreendê-la é fundamental identificar os efeitos e seus significados. Estas devem ser exploradas*

segundo a sua natureza, temporalidade, gravidade e expectativas pessoais, familiares e sociais.” (Guimarães & Silva, 2016, p.2).

Tendo em conta a figura 1 que nos mostra de forma esquematizada a base da Teoria das Transições, podemos dizer que no fundo, o enfermeiro pode identificar processos de transição saudáveis (que é o pretendido), através de padrões de resposta do indivíduo ao processo de transição, que pode se dar a partir dos indicadores de processos e de resultados.

Meleis (2000) afirma que os indicadores de processo são importantes pois permitem identificar se o indivíduo, que vive a transição, se encontra na direção de saúde e bem-estar, ou na direção de vulnerabilidade e riscos. No que respeita aos indicadores de resultado referem-se à maestria (domínio de novas competências) e à integração fluida de identidade (reformulação da identidade). A capacidade ou habilidade para desenvolver novas competências é imprescindível para cumprir a transição com sucesso. Ambos são definidores de um processo de transição saudável.

Com a finalidade de alcançar um processo de transição saudável, o enfermeiro necessita conhecer o crescimento e o desenvolvimento da pessoa e daqueles que a rodeiam, no decorrer do seu ciclo de vida, tendo em conta as dificuldades e as adaptações que podem gerar instabilidade. As intervenções terapêuticas de enfermagem deverão abranger todo o processo de transição de forma a proporcionar conhecimento e capacidade àqueles que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de proporcionar sensação de bem-estar. *“Os enfermeiros que promovem o cuidado transicional valorizam o indivíduo, já que os cuidados dispensados estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade.”* (Meleis, 2007 citado por Guimarães & Silva, 2016, p.4).

1.1.5 Intervenções de Enfermagem direcionadas aos cuidadores informais

Após a constatação das necessidades de apoio aos cuidadores informais, é indispensável e urgente a necessidade de criação de planos de intervenção e orientação junto dos cuidadores informais.

Nogueira, Azeredo e Santos (2012), verificam no seu estudo, que as competências relacionais, cognitivas e psicomotoras são necessárias à prestação de cuidados podendo ser providas de planos de ensino, orientação e formação desses cuidados, tendo em conta um adequado levantamento das necessidades dos cuidadores informais e dos doentes a serem cuidados. Todavia, outros elementos como o ter condições físicas, emocionais e de suporte são contributos fundamentais e indispensáveis, para que a continuidade dos cuidados ao doente seja efetivada com qualidade no domicílio.

Assim, os enfermeiros que trabalham na comunidade e que exercem o seu trabalho junto dos doentes e seus cuidadores têm um papel fundamental no alívio da sobrecarga do cuidador. Após a avaliação das necessidades, deve ser elaborado um plano de enfermagem que atenda doentes e seus cuidadores (Vicent e Scullion, 2014).

Também Nogueira *et al.* (2012) realça que para além do indivíduo doente, os enfermeiros devem estar atentos às necessidades da família/cuidador principal. Devem planear ensinamentos de acordo com as carências e características sócio culturais do cuidador/doente. Os enfermeiros devem ainda capacitar o cuidador, com informações sobre a doença e sua evolução, sobre os recursos da comunidade e outros recursos a que poderão recorrer a fim de lhe facilitar as tarefas do dia-a-dia com o doente. Conhecer os riscos que corre ao prestar cuidados e saber a importância de como se defender, contribui para a prevenção de potenciais problemas na sua saúde e bem-estar.

Por sua vez, Sley *et al* (2017), corrobora os factos acima descritos e acrescenta que o facto de o cuidador informal ter uma boa imagem da situação em que o doente se encontra, cria entendimento mútuo entre ele e o doente. O entendimento mútuo pode melhorar a comunicação entre o paciente e o cuidador informal sendo que qualquer mal-entendido e confusão podem ser esclarecidos. Isso também melhora a comunicação entre o paciente, o cuidador informal e o profissional de Enfermagem.

Em sua análise, Martinez *et al.* (2016), afirma que, o enfermeiro deve dirigir ações de promoção da saúde e prevenção de complicações nos cuidadores, usando a troca de experiências conjuntas e encorajando-os a assumir a responsabilidade pela sua própria saúde. O profissional de saúde deve ser capaz de realizar avaliações abrangentes e diagnosticar alterações que reduzam o risco de aparecimento de doenças agudas e crônicas no cuidador, o que indiretamente favorece a redução da sobrecarga de cuidados e favorece a qualidade dos cuidados prestados por eles.

Deve recordar-se ainda, que os enfermeiros devem ser empáticos na sua abordagem, mas devem ter uma grande capacidade para escutar pois por vezes a sobrecarga do cuidador vem desde o início do cuidado e pode arrastar-se até ao final de vida do doente. Ajudar os cuidadores vai além da visão holística e compassiva, é reconhecer o papel vital dos recursos disponíveis, é prevenir novas doenças, é proteger a saúde de indivíduos suscetíveis (Vicent e Scullion, 2014).

Para que esta ajuda aconteça, as equipas comunitárias deverão ser conhecedoras dos recursos disponíveis na comunidade (apoios domiciliários, teleassistência, centros de dia, ajudas de custo, rede nacional de cuidados continuados integrados), sendo que para esse efeito uma abordagem interdisciplinar entre médico, enfermeiro, administrativo, assistente social e psicólogo poderá revelar-se uma mais-valia (Trindade *et al.*, 2017).

Assim, tal como diz Floriano *et al.* (2012), a Enfermagem, como elemento essencial da Equipa de Saúde, deve estar atenta às necessidades de saúde das pessoas em condição de dependência, como também estar mais próxima dos cuidadores, no sentido de orientá-los e acompanhar o cuidado com a finalidade de propor ações que visem o suporte assistencial de forma ampliada.

2. ANÁLISE DO CONTEXTO

A análise do contexto pretende caracterizar o ambiente em que decorreram as atividades ou ações planeadas no projeto de intervenção. Não é possível (devido a questões éticas) descrever a localização exata e características específicas da USF onde se realizaram as atividades planeadas, contudo faz-se uma caracterização da zona onde se integra a referida USF podendo apenas referir-se que é uma USF do distrito de Évora.

2.1 CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DE REALIZAÇÃO DO ESTÁGIO FINAL

A região do Alentejo, ilustrada na Figura 2, corresponde à maior região de Portugal. É limitado a norte pela Região Centro, a este por Espanha, a sul pela Região do Algarve e a oeste pela Região de Lisboa e também pelo Oceano Atlântico. Abrange 58 municípios e cerca de 400 freguesias. Apresenta uma área de 31 551,2 km² (33% do continente) e 760 098 habitantes (7,6% do Continente) (PORDATA).

Figura 2: Região do Alentejo



Fonte: www.visitportugal.com

O distrito de Évora pertence à sub-região do Alentejo Central. Limita a norte com o distrito de Santarém e com o distrito de Portalegre, a leste com Espanha, a sul com o distrito de Beja e a oeste com o distrito de Setúbal. Tem uma área de 7 393 km² e uma população residente de 158 815 habitantes (PORDATA)

A sede do distrito é a cidade com o mesmo nome. O distrito de Évora é formado por catorze municípios (Alandroal, Arraiolos, Borba, Estremoz, Évora, Montemor-o-Novo, Mora, Mourão, Portel, Redondo, Reguengos de Monsaraz, Vendas Novas, Viana do Alentejo e Vila Viçosa – figura 3) e 69 freguesias.

Figura 3: Distrito de Évora



Fonte: <http://aep.org.pt>

O Alentejo Central apresenta uma baixa densidade populacional e uma rede urbana algo desequilibrada e marcada pela existência de um reduzido número de polos urbanos de média dimensão. Verifica-se também a desertificação continuada das zonas rurais com predominância de lugares de pequena dimensão, muito distanciados das respetivas sedes de concelho.¹

Nesta sub-região, em 2011, 7% da população vivia isolada sendo Évora o único núcleo populacional de maior dimensão no conjunto da Região e a restante população vivia essencialmente em lugares com menos de 2.000 habitantes. (PORDATA)

¹ <http://www.cimac.pt/pt/site-alentejo-central/caraterizacao/Paginas/Ambiente.aspx>

No que respeita aos cuidados de Saúde, o distrito de Évora está abrangido pelo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) Alentejo Central que “... *é um serviço desconcentrado, sujeito ao poder de direção da ARS Alentejo, IP, com autonomia administrativa e é constituído por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde, tendo como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área de influência, designadamente atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados*”². Este, foi criado pela Portaria n.º308/2012, de 9 de outubro, e tem como zona de influência a área geográfica que abrange os 14 Concelhos do distrito de Évora.

Segundo o Decreto-Lei n.º28/2008 de 22 de fevereiro os ACES são “ (...) serviços públicos de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que agrupam um ou mais centros de saúde, e que têm por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica. (...)”

A 1 de janeiro de 2015 encontravam-se inscritos no ACES do Alentejo Central 168.557 utentes, distribuídos pelas 18 unidades do Agrupamento. Destas, nove são Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e as outras nove Unidades de Saúde Familiar). Constam também da sua composição onze Unidades de Cuidados à Comunidade, uma Unidade de Saúde Pública e uma Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados.

O local de realização do Estágio Final, foi uma USF do referido ACES, sendo as USF, estruturas organizativas do Sistema Nacional de Saúde (SNS), na área dos Cuidados de Saúde Primários (CSP). As USF são pequenas unidades operativas dos CSP com autonomia funcional e técnica, que contratualizam objetivos de acessibilidade, adequação, efetividade, eficiência e qualidade, e que garantem aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços. Nem todas as USF estarão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de USF (A, B e C) é resultante do

² <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/arsalentejo/EstruturaOrganica/Paginas/ACES-Alentejo-Central.aspx>

grau de autonomia organizacional, da diferenciação do modelo retributivo e de incentivos dos profissionais e do modelo de financiamento e respetivo estatuto jurídico³.

As primeiras USF foram criadas em 2007, de acordo com a reforma dos CSP. De acordo com o Dec. Lei n.º 298/2007, de 22 de agosto, artigo 3º a atividade das USF “desenvolve-se com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada numa lógica de rede com outras unidades funcionais do centro de saúde ou da unidade local de saúde”. A principal função das USF é a prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita de uma determinada área geográfica, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos.

³<http://www2.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oeFinanciamento-PrestSa%C3%Bde/CSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/CuidadosdeSa%C3%BAdePrim%C3%A1rios/ACES/USF/modelosorganizacionais/tabid/771/language/pt-PT/Default.aspx>

3. ANÁLISE DA POPULAÇÃO

Depois da análise do contexto onde se praticam os cuidados, é necessário caracterizar a população, com a qual se interveio. Pode dizer-se que população, é o conjunto de elementos que têm, em comum, determinadas características semelhantes e sobre o qual recai o estudo (Vilelas, 2009). A população que é objeto do estudo, realizado durante o Estágio Final, é chamada população-alvo. Segundo Fortin (2009) a população alvo consiste num grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum.

Como destinatários finais do projeto desenvolvido foram considerados os cuidadores informais de doentes dependentes inscritos na USF onde se realizou o referido Estágio.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO

Nos últimos anos a região do Alentejo, à semelhança do país, não conseguiu inverter o desequilíbrio demográfico que caracteriza a estrutura etária da população, caracterizada pela diminuição da população mais jovem e do aumento da população com idade mais elevada (Censos 2011). Em 2011, segundo os Censos, a população com 65 e mais anos regista na região um aumento significativo. Em 2001 era de 22,3% e em 2011 atinge os 24,2%. De sublinhar o acréscimo verificado na população com 70 e mais anos que em 2001 era de 15,5% da população, enquanto em 2011 atinge os 18,5%.

A percentagem de jovens na região do Alentejo praticamente não sofreu alteração nos últimos anos. Em 2011 atinge os 13,6%, abaixo da média nacional, 14,9%. A população idosa por sua vez, aumentou na última década sendo em 2011 de 24,2% da população do Alentejo, acima da média nacional que é de 19,0% (Quadro 1).

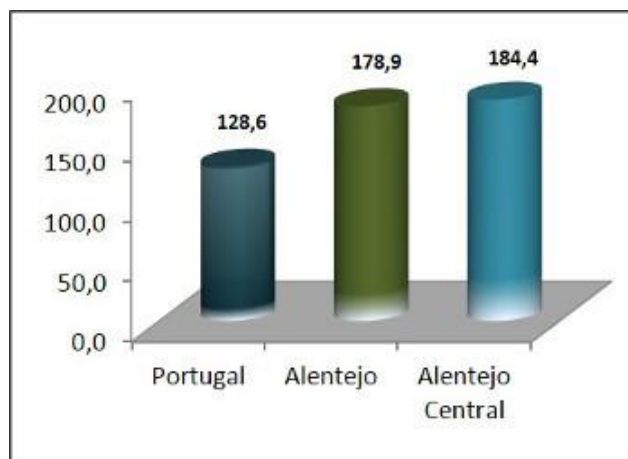
Quadro 1 – Estrutura etária da população residente

ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR SEXO (%)	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Jovens						
Alentejo	13,73	14,41	13,09	13,57	14,39	12,80
Portugal	16,00	16,95	15,11	14,89	15,93	13,93
Idosos						
Alentejo	22,34	20,16	24,43	24,16	21,31	26,84
Portugal	16,35	14,16	18,40	19,03	16,69	21,17

Fonte: INE, Censos 2011

A população do distrito de Évora não escapa ao envelhecimento populacional que é uma realidade em Portugal e que se acentua em toda a região do Alentejo. O Alentejo Central apresenta um índice de envelhecimento superior ao da média regional sendo que em 2011, por cada 100 jovens existiam 184 idosos.

Gráfico 1 - Índice de envelhecimento populacional no Alentejo Central, 2011



Fonte: INE, Censos 2011

3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS NECESSIDADES

A concordância entre o diagnóstico e as necessidades determinam a pertinência do projeto. Para se realizar um diagnóstico de situação é necessário o conhecimento dos problemas e das necessidades da população em estudo. É essencial fazer a identificação dos

problemas existentes na população em estudo, realizar um estudo da evolução prognóstica dos problemas e da rede de causalidade dos mesmos, bem como a determinação das necessidades. Numa população idosa residente em Portugal estimada em 2015 (fonte: PORDATA) de 2.122.966 pessoas, que representa 20,49% da população, com uma distribuição geográfica caracterizada por um maior envelhecimento do interior face ao litoral. Existiu nos últimos 10 anos um aumento significativo dessa população tal como nos mostra o quadro seguinte (Quadro 2).

Quadro 2 – População residente em Portugal por grupos etários

Anos	Grandes grupos etários			
	Total	0-14	15-64	65+
	1971	8 643 756	2 464 665	5 343 034
1972	8 630 430	2 459 670	5 333 690	837 070
1973	8 633 100	2 443 015	5 349 270	840 815
1974	8 754 365	2 448 615	5 449 970	855 780
1975	9 090 470	2 507 745	5 602 200	920 445
1976	9 355 810	2 554 275	5 815 355	986 180
1977	9 455 675	2 562 635	5 884 530	1 008 510
1978	9 558 250	2 559 245	5 963 000	1 036 005
1979	9 661 265	2 544 030	6 049 320	1 067 915
1980	9 766 275	2 519 570	6 142 030	1 104 675
1981	9 851 325	2 493 763	6 224 924	1 132 638
1982	9 911 771	2 470 636	6 292 150	1 148 985
1983	9 957 865	2 442 262	6 355 808	1 159 795
1984	9 996 232	2 409 668	6 417 126	1 169 439
1985	10 023 613	2 369 210	6 466 266	1 189 138
1986	10 032 734	2 317 753	6 499 822	1 215 160
1987	10 030 031	2 258 096	6 530 461	1 241 474
1988	10 019 610	2 192 503	6 557 225	1 269 883
1989	10 005 000	2 120 494	6 581 398	1 303 109
1990	9 983 218	2 037 260	6 606 852	1 339 107
1991	9 960 235	1 959 671	6 628 021	1 372 543
1992	9 952 494	1 899 919	6 649 604	1 402 972
1993	9 964 675	1 854 578	6 677 977	1 432 120
1994	9 991 525	1 817 412	6 711 345	1 462 768
1995	10 026 176	1 781 617	6 748 610	1 495 949
1996	10 063 945	1 750 733	6 784 196	1 529 016
1997	10 108 977	1 726 209	6 819 858	1 562 911
1998	10 160 196	1 707 309	6 855 855	1 597 032
1999	10 217 828	1 695 471	6 894 301	1 628 057
2000	10 289 898	1 686 078	6 939 317	1 665 503
2001	10 362 722	1 679 191	6 978 257	1 705 274
2002	10 419 631	1 681 127	7 002 680	1 735 825
2003	10 458 821	1 681 801	7 015 437	1 761 583
2004	10 483 861	1 678 297	7 016 878	1 788 687
2005	10 503 330	1 672 366	7 016 927	1 814 038
2006	10 522 288	1 662 984	7 023 147	1 836 158
2007	10 542 964	1 650 412	7 033 533	1 859 020
2008	10 558 177	1 637 410	7 036 435	1 884 332
2009	10 568 247	1 624 489	7 029 408	1 914 350
2010	10 573 100	1 606 583	7 013 108	1 953 409
2011	10 557 560	1 584 037	6 981 489	1 992 034
2012	10 514 844	1 561 551	6 933 167	2 020 126
2013	10 457 295	1 536 028	6 870 043	2 051 225
2014	10 401 062	1 506 048	6 807 509	2 087 505
2015	10 358 076	1 475 537	6 759 544	2 122 996

Fonte: PORDATA, 2015

Assistimos a um elevado aumento do índice de envelhecimento, levando por sua vez a um grande aumento da dependência dos idosos (Quadro 3), com repercussões nas suas vidas, na vida dos familiares e na sociedade.

O envelhecimento da população e a questão da dependência são dois importantes desafios que os países terão que enfrentar sendo que esses desafios requerem exigências a diferentes níveis e necessitam de políticas e programas adequados para apoiar pessoas que sofrem de algum tipo de dependência, bem como os seus cuidadores.

Quadro 3 – Indicadores de envelhecimento e dependência.

Anos	Rácio - %			Proporção - %	
	Índice de envelhecimento	Índice de dependência total	Índice de dependência jovens	Índice de dependência idosos	Índice de longevidade
1960	27,3	59,1	46,4	12,7	33,6
1970	34,0	61,7	46,0	15,6	32,8
1981	44,9	58,6	40,5	18,2	34,2
1991	68,1	50,6	30,1	20,5	39,3
2001	102,2	47,8	23,6	24,2	41,4
2011	127,8	51,3	22,5	28,8	47,9

Fonte: PORDATA

Ao nível do índice de envelhecimento verificamos, no Quadro 4, que o Alentejo acompanha o crescimento do índice de envelhecimento presente em Portugal. Como acontece em Portugal verificamos a mesma tendência de aumento de dependência dos idosos no Alentejo como apresenta o Quadro 5, interferindo na qualidade de vida das pessoas idosas pela capacidade em manter a autonomia e independência.

Quadro 4 – Índice de envelhecimento por região

Territórios		Rácio - %		
		Índice de envelhecimento		
Âmbito Geográfico	Anos	2001	2010	2015
NUTS 2013	Portugal	101,8	121,8	143,9
NUTS III	Alentejo Central	160,4	179,0	199,1

Fonte: PORDATA

Quadro 5 – Índice de dependência dos idosos

Territórios		Índice de dependência de idosos		
Âmbito Geográfico	Anos	2001	2010	2015
UTS I	Continente	24,8	28,3	32,0
UTS III	Alentejo Central	35,5	38,2	40,3

Fonte: PORDATA

A Entidade Reguladora da Saúde (2015), afirma que Portugal tem a maior taxa de cuidados domiciliários informais da Europa, a menor taxa de prestação de cuidados não domiciliários e uma das menores taxas de cobertura de cuidados formais, principalmente em função da escassez de trabalhadores formais. Referindo ainda que os cuidados informais são prestados por alguém que reside com o doente em situação de dependência, normalmente um familiar ou uma pessoa amiga, que faz esse trabalho por altruísmo, sem remuneração.

Tendo em conta os dados apresentados, é fácil perceber que existem em Portugal um elevado número de doentes dependentes sendo que muitos deles estão no domicílio com os cuidadores informais. A dependência só por si envolve uma “carga” elevada que pode levar ao desgaste do cuidador não afetando apenas este e a pessoa cuidada, mas sim todos os elementos que fazem parte do núcleo de relacionamento.

Após o diagnóstico de situação é importante definir prioridades, de forma a escolher as necessidades a abordar na intervenção. Foi verificável anteriormente o envelhecimento da população do Alentejo e conseqüente elevação da taxa de dependência.

No que concerne aos cuidadores informais e segundo as informações recolhidas junto da equipa de enfermagem, na sua maioria são familiares próximos com relações de afeto permanecendo, portanto, os dependentes no domicílio. Existem apoios disponíveis para estes cuidadores, mas ainda assim sentem-se sobrecarregados principalmente em tarefas como a higiene, alimentação e nas deslocações necessitando de apoio.

Os cuidadores informais apresentam diferentes necessidades, mas dificilmente os profissionais de saúde as conseguem detetar na íntegra. Neste contexto os enfermeiros

comunitários, devem ter a capacidade de intervir junto da pessoa dependente/cuidador informal e família através da avaliação da sobrecarga dos cuidadores informais de pessoas dependentes identificando estratégias de intervenção com efeito na diminuição desta sobrecarga.

Em conformidade com os dados anteriormente apresentados está o resultado da entrevista realizada aos enfermeiros da USF (que se apresenta mais adiante no capítulo referente à Metodologia) podendo identificar-se os seguintes problemas:

- Necessidades de apoio no que concerne a atividades como higiene, alimentação, vestuário e medicação.
- Sobrecarga física e emocional dos cuidadores
- Falta de tempo para cuidar de si próprio
- Deficit de conhecimentos acerca de apoios disponíveis
- Necessidade de mais apoio por parte da equipa de enfermagem

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE OS OBJETIVOS

Fortin (2009) afirma que nenhuma profissão terá um desenvolvimento contínuo sem o contributo da investigação pois esta é parte integrante das funções dos enfermeiros, independentemente do seu nível de formação.

Pode ainda acrescentar-se, de acordo com Fortin (1999, p.17) que *“De todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e o mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional.”* A autora acrescenta ainda que *“Este método de aquisição de conhecimentos é dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos.”* A mesma autora, refere-se à investigação científica como *“um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação.”* (Fortin, 1999, p.17).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2006, p.1), *“a Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades.”*

Perante isto, é importante aclarar objetivos, pois toda a pesquisa deve ter um objetivo definido para saber o que se vai investigar e o que se pretende alcançar (Marconi e Lakatos, 2007).

Com base nas necessidades de saúde selecionadas e nas prioridades identificadas, foram definidos objetivos que é segundo Imperatori e Geraldés (1993), uma etapa fundamental pois só uma correta e quantificada fixação de objetivos poderá levar a uma avaliação dos resultados, entendendo-se como objetivo o enunciado de um resultado desejável e exequível traduzido em indicadores de resultado.

Nesta etapa é então importante, que se definam objetivos claros e mensuráveis. Neste caso, o objetivo de intervenção profissional, corresponde ao objetivo geral, que é organizar um projeto de intervenção comunitária de apoio aos cuidadores informais.

Para Tavares (1990), fixar objetivos consiste em definir exatamente onde se vai e a forma como lá se chega é parte integrante da seleção de estratégias, sendo o objetivo

geral, aquele que abrange as contribuições que se desejam oferecer com a execução do projeto.

A investigação em Enfermagem deseja dar resposta a questões ou resolver problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades. Assim, com este trabalho pretendemos uma melhoria na qualidade de vida dos cuidadores informais e das pessoas cuidadas planeando ações que vão nesse sentido.

Após a definição do objetivo geral (Elaborar um plano de intervenção de apoio aos cuidadores informais a ser implementado pelos enfermeiros de uma USF da ARSA até ao final de 2018) é importante que se tenha em conta que para a monitorização dos ganhos em saúde que pretendemos alcançar com as nossas intervenções é necessário que existam indicadores que podem ser defendidos como variáveis e que tornam o fenómeno mensurável de forma a retratar as mudanças associadas a cada intervenção (OE, 2011). Desta forma, surgem os objetivos específicos que pretendemos atingir com a população alvo e que irão demonstrar as alterações nas variáveis o que permite uma avaliação dos ganhos em saúde.

Como objetivos específicos temos:

- Conhecer a opinião da equipa de Enfermagem relativamente às necessidades dos cuidadores informais.
- Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros da USF na sua interação com os cuidadores informais.
- Construir um plano de intervenção comunitária que integrará o plano de atividades da equipa da USF.

Posto isto, pretende-se refletir sobre as necessidades dos cuidadores informais e a perceção da equipa de enfermagem acerca dos cuidados prestados no domicílio por estes cuidadores de forma a considerar as intervenções a desenvolver junto deste grupo. É importante também compreender os níveis de sobrecarga destes cuidadores pois sabe-se que é importante que mantenham boa saúde para que possam prestar bons cuidados.

5. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS INTERVENÇÕES

De acordo com Tavares (1990), um projeto de intervenção na comunidade tem a necessidade de apresentar as intervenções que dele fazem parte. Estas mesmas intervenções devem ser definidas em função dos objetivos operacionais previamente estabelecidos, de modo a rentabilizar os recursos.

5.1. FUNDAMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Tendo em conta os objetivos traçados, foram definidas intervenções para a sua concretização.

A apresentação do projeto à equipa de Enfermagem da USF foi das primeiras intervenções a ser realizadas, com o intuito de esclarecer os objetivos do trabalho para que todos pudessem estar de alguma forma envolvidos no estudo. Foram então pedidas autorização ao ACES (Anexo I) e à Comissão de ética da ARS Alentejo (Anexo II) para consulta de dados e realização do projeto, ambas concedidas. Tal informação será ainda completada mais à frente no capítulo que retrata os aspetos éticos.

Quando se realiza planeamento em saúde está presente a responsabilidade de identificar necessidades em saúde, ganhos potenciais em saúde e intervenções prioritárias capazes de alcançar esses ganhos com os recursos disponíveis (Plano Nacional de Saúde 2012-2016). É importante envolver os diferentes organismos pois isso contribui para a aceitação do projeto (Tavares, 1990).

Após a apresentação do projeto à equipa da USF (incluindo enfermeiros, administrativos e equipa médica) foi possível perceber que todos se mostraram disponíveis para colaborar considerando como prioritária a intervenção junto deste grupo (cuidadores informais). Foram posteriormente delineadas intervenções que visavam a aplicação de instrumentos de recolha de informação, tendo sido realizadas entrevistas numa fase inicial (Apêndice II) para conhecer a opinião da equipa de Enfermagem e identificar as

necessidades sentidas e percebidas por estes profissionais aquando do seu contato com os cuidadores informais da área de abrangência da USF. Esta intervenção junto da equipa foi fundamental pois permitiu definir prioridades e realizar comparações entre os resultados obtidos na entrevista e os dados obtidos na literatura consultada no que diz respeito às necessidades dos cuidadores informais.

Para o tratamento e interpretação dos dados recolhidos através da entrevista foi realizada a análise de conteúdo que se apresentará mais adiante.

Para melhor conhecer a realidade em que vivem os cuidadores informais, foram realizadas visitações domiciliares em conjunto com a equipa de Enfermagem (atendendo ao agendamento e incluído no trabalho diário da equipa) e onde foi possível compreender a interação dos cuidadores com os enfermeiros e perceber também algumas dificuldades e necessidades que muitas vezes são difíceis de expressar verbalmente. Meleis (2000) explicava na sua Teoria das transições que um individuo pode considerar o seu papel insuficiente quando tem expectativas pouco claras do conhecimento, atitudes, valores e habilidades essenciais para realizar esse papel. Assim, o stress pode ocorrer e manifestar-se fisicamente ou com tensão psicológica (como dor, tristeza, impotência, depressão, ansiedade, ...). Como tal, as visitas domiciliares são momentos de excelência no contacto com cuidadores e doentes e “*permite ao profissional e sua equipe uma maior aproximação à realidade...*” (Sossai & Pinto, 2010, p.569).

As visitas domiciliares permitem uma visão holística dos indivíduos alvo dos cuidados e potenciam melhores estratégias de cuidados. Muitas vezes o plano de cuidados é mais ajustado pois existe maior facilidade de expressão por parte cuidadores e pessoas cuidadas, por se sentirem mais à vontade no seu próprio ambiente. Gomes, Francoli & Machado (2015, p.471) reforçam que “*o papel do enfermeiro não implica exclusivamente em lidar com situações de saúde da família, mas também de interagir com situações que apoiem a integridade familiar. Assim, deve reconhecer e compreender como a saúde de cada membro da família influencia a unidade familiar e também a influência da unidade familiar sobre a saúde de cada indivíduo da família*”.

A planificação de sessões de Educação para a Saúde (EpS) a incluir no projeto foi outra das intervenções realizadas sendo que foram construídas apresentações, planos de

trabalho bem como realização de contatos com entidades (possíveis parceiros do projeto) para explicação do projeto e objetivos do mesmo com o intuito de envolver os parceiros e possibilitar a utilização do espaço (anfiteatro) de uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) local para a realização futura (quando o projeto fizer parte do plano de atividades da equipa de Enfermagem) de sessões de EpS envolvendo para além dos cuidadores identificados pela USF outros cuidadores abrangidos pelo apoio dessa IPSS bem como a população em geral. Também a IPSS se mostrou interessada em colaborar e disponibilizou-se para divulgação do projeto por meio dos seus canais próprios de informação (boletim da instituição, site e folhetos).

No que respeita à EpS, pode afirmar-se que é um elemento essencial na promoção da saúde e consiste numa intervenção dirigida aos indivíduos, com o intuito de modificar os seus comportamentos, para que estes adquiram e mantenham hábitos saudáveis, que os capacitem para tomar decisões, tendo em vista a melhoria do seu estado de saúde (WHO, Carta de Ottawa, 1986). A EpS surge como facilitadora no processo de preparação dos indivíduos para desenvolverem um papel ativo no que respeita à sua saúde tendo como principal objetivo capacitar as pessoas para tomar decisões responsabilizando-as pela sua própria saúde de forma a efetuarem transições/mudanças com o intuito de adotarem estilos de vida saudáveis e promotores de saúde. Também nesta intervenção temos presente as transições defendidas por Meleis na sua teoria. A autora defende que a consciencialização associada ao conhecimento influencia o nível de empenho, que é definido como o grau de envolvimento da pessoa no seu processo de transição. O indivíduo só pode envolver-se depois de consciencializar-se das mudanças (Meleis, 2000). Estas sessões podem ser importantes para os cuidadores perceberem alguns aspetos específicos do cuidar do outro como ajuda-lo nas atividades de vida, contudo necessita ter presente que é necessário ter consciência das necessidades da pessoa dependente, mas também das suas próprias necessidades. O objetivo principal destas sessões de EpS é esclarecer dúvidas do cuidador, mas devem também alertar para perigos potenciais e dar a conhecer formas de alívio da sobrecarga de quem cuida. Foram assim apresentadas duas sessões de EpS à equipa de Enfermagem e discutido com a mesma os seus conteúdos de forma a recolher sugestões para integrar nestas sessões e também para debater opiniões de forma a conseguir-se um consenso. No final foi elaborada e apresentada uma sessão de EpS

(compilação das duas sessões anteriores) para incluir no projeto de apoio aos cuidadores informais (Apêndice III).

A elaboração e apresentação do Guia do cuidador (Apêndice IV) foi outra das intervenções efetuadas sendo este uma ferramenta importante de informação que se destina a orientar os cuidadores na prestação de cuidados. Tem como objetivo esclarecer, de forma simples, o cuidador acerca de aspetos relacionados com a alimentação, posicionamentos, higiene e muitos outros pontos onde o cuidador poderá necessitar de apoio. Pretende também estimular o envolvimento da família e equipa de enfermagem nos cuidados promovendo uma melhoria na qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada. Na elaboração do referido guia, foram tidas em conta as preocupações manifestadas pela equipa no que respeita às dificuldades dos cuidadores e incluídas as sugestões já debatidas nas sessões de EpS e nas reuniões de equipa. O facto de os cuidadores terem em suas casas esta informação impressa foi considerado por todos os enfermeiros como importante visto que muitos poderão não puder participar nas EpS (por não terem com quem deixar a pessoa dependente) e poderão também partilhar com outros elementos da família informação que poderá ser útil a todos.

Tal como aconteceu nas intervenções anteriores foi importante a participação dos elementos da equipa de Enfermagem pois é essencial que estes tenham aprovado, opinado e participado na elaboração deste guia já que serão eles que posteriormente o irão divulgar e distribuir pelos utentes.

No final do Estágio foi então apresentada à equipa de Enfermagem o protótipo de projeto elaborado, ou seja, foi exposto a todos os elementos o resultado final que vai ao encontro do objetivo geral deste trabalho – Organizar um projeto de intervenção comunitária de apoio aos cuidadores informais. No modelo de projeto apresentado faz parte todos os passos de um projeto de intervenção comunitária, onde foi feita uma pequena abordagem conceptual, análise da população e do contexto, sugeridos instrumentos de colheita de dados junto dos cuidadores, apresentadas formas de analisar os resultados dessa colheita bem como hipóteses de prioridades encontradas (que poderão posteriormente ser alteradas consoante os resultados obtidos pela equipa). Para além do exposto foram também propostos objetivos, estratégias e atividades onde se incluem aquelas já elaboradas

durante o Estágio (EpS, Guia do cuidador, Visitação domiciliar). No final deixou-se também considerações acerca da monitorização/avaliação do projeto. O projeto organizado fica na USF em suporte papel e digital para ser utilizado pelos enfermeiros, contudo não será deixado em anexo neste relatório pois contém aspetos específicos da USF onde se realizou o estágio, tais como a caracterização da localidade, da própria USF e da sua equipa de Enfermagem, o que identificaria de imediato o local onde se desenvolveu o estágio (e tal como referido anteriormente não será permitido por questões éticas).

De forma a avaliar o projeto, foi aplicado aos enfermeiros da USF um questionário (Apêndice V) para posterior análise SWOT que será apresentada mais à frente neste relatório.

5.2 METODOLOGIA

Neste ponto, pretende analisar-se o caminho percorrido no decurso deste estágio, procurando descrever o trabalho de pesquisa desenvolvido que lhe serviu de apoio. Tal como refere Fortin (1999, p. 17) *“De todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é o mais rigoroso e mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional.”* Segundo a autora a investigação é extremamente importante pois *“permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”*.

A metodologia que se utilizou, neste percurso de investigação foi a metodologia do Planeamento em Saúde, que é um processo contínuo e dinâmico constituído pelo diagnóstico da situação, definição de prioridades, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução e avaliação. Todas as fases estão interligadas entre si e depende umas das outras (Imperatori e Giraldes, 1993).

O objetivo principal do Planeamento em Saúde é a melhoria do nível de saúde das populações alcançando mudanças de comportamento relacionados sobretudo com estilos de vida saudáveis e boa utilização dos serviços disponíveis.

5.2.1. - Instrumentos utilizados

Quando se realiza a escolha do instrumento de recolha de dados, deve considerar-se os objetivos do estudo e as características da população alvo. Selltiz *et al.* citado por Gil (1989, p.113), afirma que “*Enquanto técnica de coleta de dados, a entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam (...)*”, assim, considera-se a entrevista o instrumento mais adequado tendo em conta o tipo de trabalho.

A entrevista semiestruturada foi a escolha para o trabalho, pois segundo Polit & Hungler (1995, p. 167), “*oferecem ao pesquisador certa flexibilidade na coleta de informações sobre os sujeitos da pesquisa*”, possibilitando ao investigador esclarecer alguns pontos que podem não ficar claros. Este tipo de entrevista mostra-se adequada quando se pretende obter dados de diferentes entrevistados, mas que sejam passíveis de ser comparados.

Foi criado um Guião de Entrevista (Apêndice II) para clarificar os temas essenciais a abordar e para que a condução da entrevista fosse mais fácil. Foram então definidos os seguintes objetivos:

- Determinar a importância atribuída pelos enfermeiros da USF acerca da elaboração de um projeto de apoio aos cuidadores informais.
- Identificar necessidades sentidas pelos cuidadores informais percebidas pelos enfermeiros durante as visitas domiciliares a doentes dependentes.
- Obter sugestões de atividades que sejam do interesse da equipa.

O referido guião é composto por oito blocos temáticos que se referem à Importância da elaboração do projeto, Identificação dos cuidadores, Necessidades dos cuidadores,

Dificuldade nos cuidados, Capacidade de resposta da equipa de enfermagem, Sugestões de atividades, Participantes nas atividades planeadas e local de realização das atividades.

No que respeita à fidelidade e validades dos dados, Fortin (1999, p.225) afirma que *“A fidelidade e a validade são características essenciais que determinam a qualidade de qualquer instrumento de medida.”* Assim, para validar a entrevista, utilizou-se o Ensaio/Validação, que permite testar a clareza e precisão das questões. Desta forma, o guião de entrevista foi aplicado a um enfermeiro com critérios de inclusão idênticos aos da amostra de forma a validar as questões presentes no guião e melhorar a condução da entrevista. Este Ensaio permitiu ainda testar o tempo utilizado nas entrevistas e verificar a pertinência e ordem das questões.

A realização das entrevistas decorreu tal como previsto num gabinete da USF, que favoreceu um ambiente tranquilo e de privacidade. Inicialmente os participantes foram informados da natureza e objetivos do estudo, tendo sido também observados os princípios éticos e deontológicos, sendo assegurado o anonimato e a confidencialidade das respostas obtidas. Foi também explicado que, qualquer interrupção feita durante a entrevista, seria no sentido de clarificação ou validação de alguma questão que tivesse ficado menos clara, sendo que os entrevistados poderiam também solicitar a interrupção da mesma sempre que considerassem necessário.

Durante a entrevista, procurou-se que a linguagem utilizada fosse clara e de fácil compreensão. As entrevistas foram realizadas no dia 15 de novembro, tendo a sua duração sido de aproximadamente 20 minutos, o que não excedeu a duração inicialmente prevista. Foram gravadas em suporte áudio (com autorização prévia expressa do inquirido), e assegurado que esse suporte ficaria na posse do investigador e não seria exposto.

Ainda como suplemento foi utilizada a Observação simples apenas para que o pesquisador ficasse mais atento aos detalhes de forma a compreender melhor a complexidade dos ambientes que serão alvo de atenção. Esta observação faz parte do próprio Estágio Final onde o aluno deve observar todas as atividades da Unidade onde decorre o Estágio participando sempre que possível.

Tal como afirma Ferreira, Torrecilha e Machado (2012), as entrevistas e observação são técnicas interativas, pois a entrevista leva o pesquisador para a observação, enquanto que as observações podem sugerir os aprofundamentos ou alterações necessárias às entrevistas. Assim, não sendo um método principal, a observação pode ajudar em todo o processo de elaboração do projeto.

Para a avaliação do projeto foi utilizado um questionário de pontos fortes e fracos do projeto (Apêndice V).

5.2.2 Aspetos Éticos

Numa investigação que envolva pessoas deve existir sempre respeito, anonimato e confidencialidade. O investigador, ao longo do seu estudo, deve ser pouco invasivo para que a intimidade do sujeito seja assegurada. Na abordagem de qualquer temática é importante não esquecer que o enfermeiro, é um profissional do cuidado humano, assumindo um papel crucial no respeito, na defesa e na promoção dos direitos das pessoas de quem cuida.

Para proceder à consulta de dados e apresentação do projeto foram efetuados pedidos de autorização à direção do ACES (Anexo I), tendo já sido efetuados anteriormente também os pedidos ao Diretor e interlocutora de enfermagem da USF (ainda no âmbito do estágio incluído no Mestrado). Foram ainda elaborados pedidos à comissão de ética do ACES (Anexo II) e da Universidade de Évora (Anexo III) com exposição de todo o projeto. Todos os pedidos obtiveram resposta positiva.

Antes da realização da entrevista aos enfermeiros foram explicados e apresentados os objetivos da mesma, só posteriormente procederam à assinatura do respetivo consentimento informado (Apêndice VI).

5.2.3 Tratamento e análise dos dados

Numa fase inicial do tratamento dos dados obtidos, foi efetuada a audição das entrevistas realizadas e sua posterior transcrição integral. Este foi um trabalho importante pois permitiu evidenciar ideias auxiliando na identificação das unidades de análise (como descrito mais adiante).

Posteriormente foi construído um quadro com os dados obtidos no sentido de tornar mais clara a leitura das entrevistas. Tal como refere Vala (1986, p.105) “a *análise de conteúdo é a técnica privilegiada para tratar neste caso o material recolhido.*”

No passo seguinte, procedeu-se à organização e ordenação de todo o material colhido sendo que a cada entrevista foi atribuído um número de ordem (código). Cada uma das entrevistas foi identificada por um “código”, escolheu-se a letra “E” para denominar “Entrevistado” e as denominações respetivas de E1, E2, E3, E4 e E5 para cada uma das entrevistas. A transcrição das entrevistas dos enfermeiros entrevistados constituiu assim o “corpus” da análise.

De seguida avançou-se para o que Bardin (1995) designa de “leituras flutuantes” do corpus das entrevistas com o objetivo de apreender e organizar de forma não estruturada aspetos importantes para as próximas fases da análise. Podemos garantir que nesta fase da análise existe uma interação significativa do pesquisador com o material de análise, pois com “*um contato totalizante, muitas das impressões trabalhadas no contato direto com o sujeito afloram na lembrança e auxiliam na condução deste procedimento*” (Campos, 2004 p. 613).

Para se realizar a categorização e contagem frequencial é importante organizar-se os dados em unidades significativas denominadas de “unidades de análise” sendo que “mais frequentemente, as unidades de análises incluem palavras, sentenças, frases, parágrafos ou um texto completo de entrevistas, diários ou livros” (Downe-Wamboldt, 1992 citado por Campos, 2004). Esta fase permite uma melhor organização da informação onde se agrupam dados para que se dê continuidade ao processo de análise.

Passou-se ao sistema de categorização que “*é uma operação de classificações de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por*

reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos” (Bardin, 1995, p.117).

Para Bardin (1995), para ser uma boa categoria deve obedecer-se às seguintes qualidades: exaustivas (todo o conteúdo que se tomou a decisão de classificar deve ser integralmente incluído nas categorias consideradas), exclusivas (os mesmos elementos devem pertencer a uma e não a várias categorias), objetivas e fiéis (as características de cada categoria devem ser explicitadas sem ambiguidade e de forma clara), pertinentes ou adequadas (devem manter estreita relação com os objetivos e com o conteúdo que está a ser classificado) e produtivas (têm que fornecer resultados férteis em índices de inferências em hipóteses novas e dados exatos). O sistema de categorias deve refletir as intenções da investigação, as questões do analista e/ou corresponder às características das mensagens.

Tal como afirma Campos (2004), podemos caracterizar as categorias como grandes enunciados que abarcam um número variável de temas, segundo o seu grau de intimidade ou proximidade, e que possam através de sua análise, exprimirem significados e elaborações importantes que atendam aos objetivos de estudo e criem novos conhecimentos, proporcionando uma visão diferenciada sobre os temas propostos. O mesmo autor refere que na formação das categorias e subcategorias, é cauteloso a codificação das unidades de análise para que essas não se percam na diversidade do material trabalhado.

Passou-se então, à fase interpretativa onde se transformaram as unidades de registo, ou seja, passámos dos constructos dos sujeitos aos constructos de analista/investigadora. Este é um processo complexo e moroso onde todas as unidades de registo ficam devidamente colocadas por categorias. Constrói-se posteriormente as grelhas de análise com as dimensões e categorias que foram realizadas com base em Bardin (1995) assim como a sua frequência por unidades de registo e de enumeração. As unidades de registo são palavras/frases ditas pelos entrevistados, às quais se atribuiu um determinado significado e as unidades de enumeração correspondem ao número de sujeitos responsáveis pelas unidades de registo.

Terminado todo o processo de síntese de dados e contagem frequencial seguiu-se a análise e interpretação.

5.2.4 Grelha de análise das Entrevistas

Após ser efetuado todo este percurso apresenta-se a grelha de análise das entrevistas onde é importante esclarecer as suas partes constituintes. Assim:

- UR são Unidades de Registo (frases ditas pelos entrevistados, às quais atribuiu um determinado significado)

- UE são Unidades de Enumeração (número de sujeitos responsáveis pelas unidades de registo).

- Freq. Abs. UR – Refere-se à Frequência absoluta das unidades de registo de uma determinada categoria.

- Freq. Abs. UE – Frequência absoluta das unidades de enumeração de uma determinada categoria. Aparecem ainda as unidades de registo exemplificativas (com número no final que identifica a entrevista) para melhor compreensão da grelha de análise.

Dimensões	Categorias	Unidades de registo exemplificativas	Fre. Abs. UR	Fre. Abs. UE
Importância do projeto	Dar Suporte	<p>“É importante dar apoio a quem cuida...” [E3]</p> <p>“Deve dar-se apoio, suporte, fazer ensinamentos...” [E1]</p> <p>“...dar ferramentas às famílias para serem autónomos...” [E2]</p> <p>“Pode servir para os cuidadores se orientarem...saber como fazer...encontrar respostas” [E4]</p>	11	5
	Proximidade da equipa de enfermagem	<p>“... os enfermeiros são os mais disponíveis e próximos” [E3]</p> <p>“é importante...somos os mais próximos dos utentes” [E5]</p> <p>“...é importante que as equipas que trabalham diretamente na comunidade se dediquem a estes projetos” [E4]</p>	3	3
Quem são os cuidadores	Familiares	<p>“Família ... por vezes também as instituições” [E1]</p> <p>“A família é muitas vezes quem cuida ... idosos que cuidam de idosos...” [E3]</p> <p>“Familiares...filhos principalmente...por vezes netos, sobrinhos” [E4]</p>	7	5
	Não familiares	<p>“São também vizinhos e amigos...” [E3]</p> <p>“Alguns vizinhos também ajudam...” [E5]</p> <p>“... por vezes as instituições” [E1]</p>	3	3
Necessidades dos cuidadores	Dúvidas nos cuidados	<p>“Mais a família... têm dúvidas nos cuidados” [E2]</p> <p>“Manifestam preocupações com os cuidados...” [E3]</p> <p>“Referem ter dificuldades nos cuidados que prestam... preocupam-se com os dependentes...” [E5]</p>	5	5
	Sobrecarga física	<p>“... a sobrecarga física também existe!...” [E1]</p> <p>“Estão sobrecarregados... fisicamente também porque também eles têm problemas de saúde” [E4]</p>	5	5

	Sobrecarga emocional	<p>“Verbalizam mais carga emocional... [E1]”</p> <p>“Fazem muitas vezes referência à carga física e emocional... há sempre um elemento da família mais sobrecarregado” [E2]</p> <p>“Referem sobrecarga física e emocional... vemos que também eles precisam de apoio” [E5]</p>	6	5
Dificuldades nos cuidados	Alimentação	<p>“Dificuldades na alimentação do utente...” [E2]</p> <p>“Dificuldades na alimentação... ficam muito apreensivos com as sondas!” [E4]</p> <p>“Na alimentação...nalguns utentes que sejam mais difíceis... nos que têm sonda por exemplo no início é difícil” [E5]</p>	3	3
	Higiene	<p>“Precisam de apoio na higiene...” [E1]</p> <p>“As maiores necessidades são alimentação, higiene e medicação...” [E2]</p>	2	2
	Medicação	<p>“...têm problemas na administração da medicação...” [E2]</p> <p>“Dificuldades... com a gestão do regime terapêutico” [E4]</p>	2	2
	Posicionamentos	<p>“os utentes acabam por se tornar mais dependes... mais pesados” [E1]</p> <p>“Dificuldades nos posicionamentos em utentes com limitações físicas...” [E3]</p> <p>“...cuidadores mais idosos têm dificuldades na mobilização ...levantes” [E4]</p>	4	3
	Vestuário	<p>“Precisam de apoio... no vestuário por exemplo...” [E1]</p>	1	1
Capacidade de resposta da equipa de Enfermagem	Consegue dar resposta	<p>“...às necessidades de saúde sim... às sociais não” [E3]</p>	1	1
	Não consegue dar resposta	<p>“Tentamos dar apoio..., mas não é o suficiente” [E1]</p> <p>“Não conseguimos dar resposta...” [E2]</p> <p>“Muitas vezes não conseguimos dar resposta!” [E5]</p>	6	4
Sugestões de atividades	Educações para a Saúde	<p>“Fazer Educações para a saúde...” [E1]</p> <p>“Realizar sessões de informação à família...” [E2]</p> <p>“Realizar ensinios em grupo e individuais” [E4]</p>	3	3
	Folhetos informativos	<p>“Criar um guia de apoio para consulta...” [E1]</p>	4	4

		“Folhetos informativos ou guia de acolhimento por exemplo!” [E2] “ ”		
	Visitações domiciliárias	“Ir ao domicilio dos doentes...” [E2] “... as visitas domiciliare são importantes!” [E4] “Criação de equipas de apoio aos cuidadores ... nos domicílios” [E5]	5	5
Participantes nas atividades planeadas	Apenas equipa de Enfermagem	0	0	0
	Equipa Multidisciplinar	“Equipa de enfermagem...psicólogos e nutricionistas...” [E1] “Toda a equipa multidisciplinar...” [E3] “Trabalho conjunto... incluir também as IPSS” [E5]	9	5
Local de realização das atividades	Instalações da USF	“Sala de reuniões para as Educações para a Saúde...” [E1] “Sala de reuniões da USF...” [E2]	5	5
	Instalações de parceiros	“... a articulação com o lar de idosos também traria vantagens...” [E1] “Nos gabinetes dos parceiros...” [E2] “Articulação com os espaços das IPSS locais...” [E4]	3	3
	Domicilio dos utentes	“... é importante as visitas em casa dos doentes” [E1] “Fazer atividades no domicilio dos doentes...” [E2] “Devemos fazer atividades no domicilio dos doentes pois é difícil estes saírem de casa” [E3]	5	5

Observando a grelha verifica-se que, quanto à dimensão “Importância do Projeto” esta divide-se em duas categorias:

- Dar suporte
- Proximidade da equipa de Enfermagem

A análise mostra que os cinco enfermeiros referiram que um projeto desta natureza seria importante pois daria suporte aos cuidadores informais (ex: “*Deve dar-se apoio, suporte, fazer ensinios...*” [E1]). Três dos entrevistados referiram que é importante implementação por parte da equipa de Enfermagem de um projeto de apoio aos cuidadores pois “*... os enfermeiros são os mais disponíveis e próximos*” [E3].

A dimensão “Quem são os cuidadores” divide-se nas categorias:

- Familiares
- Não familiares

A totalidade dos entrevistados (cinco) identificaram a família como cuidadora informal, mas três deles referiram que para além da família também existe outros cuidadores “*São também vizinhos e amigos...*” [E3]

A terceira dimensão “Necessidades dos cuidadores” divide-se em:

- Dúvidas nos cuidados
- Sobrecarga Física
- Sobrecarga Emocional

Esta foi uma dimensão marcada pela unanimidade nas respostas pois todos os enfermeiros fizeram referência às dúvidas que os cuidadores manifestam em relação aos cuidados e identificaram a sobrecarga física e emocional como uma necessidade de intervenção.

“Dificuldades nos cuidados” corresponde à quarta dimensão e divide-se em cinco categorias:

- Alimentação
- Higiene
- Medicação
- Posicionamentos
- Vestuário

Nesta dimensão as opiniões dividiram-se um pouco sendo que três entrevistados referiram que os cuidadores necessitavam esclarecimentos e apoio na alimentação e posicionamentos das pessoas dependentes, dois na higiene e medicação e um entrevistado referiu que os cuidadores apresentam dificuldades em vestir a pessoa cuidada. Existiram ainda alguns comentários mais específicos, por exemplo, a referência a dispositivos médicos *“Dificuldades na alimentação... ficam muito apreensivos com as sondas!”* [E4].

No que concerne à “Capacidade de resposta da Equipa”, divide-se apenas em:

- Consegue dar resposta
- Não consegue dar resposta

Apenas um entrevistado referiu que conseguiam dar resposta, contudo não foi muito claro *“...às necessidades de saúde sim... às sociais não”* [E3]. Quatro entrevistados referiram não conseguir dar resposta às necessidades dos cuidadores referindo até mais que uma vez durante a entrevista este aspeto.

A Sexta dimensão “Sugestões de atividades” permitiu ao pesquisador perceber o que os enfermeiros consideram como atividades pertinentes a desenvolver com este grupo tendo em conta a sua especificidade e dividiu-se em:

- Educações para a Saúde
- Folhetos Informativos
- Visitações domiciliare

Três dos entrevistados referiram que as sessões de EpS são importantes para este grupo pelo que se deve *“Realizar ensinios em grupo e individuais” [E4]. Quatro enfermeiros demonstraram considerar importantes os folhetos ou guias informativos(“Criar um guia de apoio para consulta...” [E1]). Os cinco referiram ainda que as visitas domiciliares são fundamentais como medida de apoio aos cuidadores visto que prestam cuidados em casa e muitas vezes sem apoios externos.*

Relativamente aos “Participantes nas atividades planeadas” dividiu-se em:

- Apenas a equipa de Enfermagem
- Equipa multidisciplinar

Todos os enfermeiros concordaram que um projeto de intervenção comunitária teria que contar com a equipa multidisciplinar referindo que deveria efetuar-se *“Trabalho conjunto... incluir também as IPSS” [E5].*

A última dimensão corresponde ao “Local de realização das atividades” dividindo-se em:

- Instalações da USF
- Instalações de Parceiros
- Domicilio dos doentes

Nesta dimensão, os cinco enfermeiros identificaram as instalações da USF como sendo um loco privilegiado para a realização das atividades, mas referiram também que o domicilio dos dentes deve também ser considerado pois muitos deles não conseguem sair de casa porque não têm com quem deixar a pessoa dependente *“Devemos fazer atividades no domicilio dos doentes pois é difícil estes saírem de casa” [E3]. Foi ainda feita referência por três dos entrevistados às instalações de parceiros que poderiam trazer mais pessoas a participar e incluir as instituições no projeto “... a articulação com o lar de idosos também traria vantagens...” [E1].*

5.3 ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE AS ESTRATÉGIAS

Nesta fase, pretende-se que seja definido o conjunto de técnicas específicas necessárias à realização dos objetivos previamente fixados na etapa anterior (Imperator & Giraldes, 1993).

Assim, resumidamente pode dizer-se que as estratégias respondem à pergunta “Como alcançar o que se propôs”?

De modo a tentar atingir os objetivos definidos anteriormente, foram selecionadas as seguintes estratégias:

- 1) *Envolver a equipa de enfermagem através de sessões onde se apresentam as atividades que irão integrar o projeto;*

Estas sessões são importantes pois pretendem envolver a equipa na construção do projeto levando a discussão estratégias e conteúdos que deverão constar nas atividades. É importante que todos participem pois serão estas sessões que os enfermeiros irão realizar posteriormente com os cuidadores informais.

As sessões de educação para a saúde servem segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011) “... para criar condições para que adquiram informação e competências necessárias para fazerem escolhas saudáveis e modificarem os comportamentos de risco.”. Será apresentada uma **sessão de educação para a Saúde** onde serão apresentadas estratégias para os cuidadores protegerem a sua própria saúde continuando a ajudar a pessoa cuidada.

- 2) *Envolver cuidadores informais e Equipa de Enfermagem em atividades conjuntas através de visitas domiciliárias;*

Tal como afirma Diniz *et al* (2015), a equipa de saúde deve garantir uma melhor assistência ao doente de forma adequada juntamente com as ações do cuidador. O cuidador tem a função principal de zelar pelo bem-estar físico e emocional, além de ser responsável direto pela saúde, ...recreação e lazer do individuo a ser cuidado.

Sabendo que os cuidadores têm preocupações e dificuldades na realização de atividades diárias como higiene, alimentação ou vestuário, torna-se importante envolver a equipa de Enfermagem fazendo com que esta participe diretamente nos cuidados de forma a dar suporte e ajudar os cuidadores a arranjar estratégias que minimizem essas dificuldades. Para tal serão implementadas visitas domiciliárias programadas com os cuidadores. É importante também nestas visitas perceber que cuidados precisa também o cuidador pois muitas vezes este não tem tempo de cuidar de si próprio sendo que para tal iremos tentar perceber se precisa também de apoio com a sua própria medicação ou qualquer outro aspeto da sua saúde bem como outras necessidades que demostre e que enquadrem no âmbito deste projeto.

3) *Apresentar à equipa o “Guia do cuidador” ;*

Salci *et al* (2013, p.225), “... a informação tem por base ajudar na escolha de comportamentos, no desenvolvimento de uma cultura de saúde e na democratização das informações.” Segundo Sousa (2009), é necessário as pessoas terem conhecimentos e competências na área da saúde para puderem participar nas decisões. Neste projeto a informação incidirá sobre a criação de um Guia para o cuidador, onde contarão informações básicas, mas essenciais acerca da importância dos cuidadores, cuidados específicos, instituições de apoio, números de emergência, etc....

É de extrema importância, que toda a equipa opine sobre os conteúdos do guia pois só assim se consegue uniformização de informação e consenso.

4) *Apresentar o projeto final;*

No final será apresentado e avaliado o projeto que se elaborou ao longo do estágio e onde estarão integradas as atividades já discutidas pela equipa. Este projeto de apoio aos cuidadores informais poderá fazer parte do próximo plano de atividades da USF.

5.4 PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Na preparação operacional é importante distinguir, programa e projeto: “programa é um conjunto de atividades necessárias à execução de uma estratégia e um projeto é um conjunto de atividades de contribuem para um programa, decorrendo num período bem delimitado de tempo” (Tavares, 1990). Neste caso em particular, estamos perante um projeto, uma vez que as atividades se irão desenvolver num período de tempo bem definido. Elaborou-se inicialmente um cronograma de orientação para todas as fases necessárias à organização do projeto (Apêndice VII) que foi ajustado conforme se avançava nas várias etapas mas que de forma geral se conseguiu cumprir. Posteriormente foi construído o cronograma de atividades que se apresenta no ponto seguinte.

O planeamento operacional comporta o estudo pormenorizado das atividades necessárias na execução das estratégias selecionadas (Imperatori e Giraldes, 1993).

5.4.1 Atividades/resultados esperados e previsão de recursos

Relativamente às estratégias anteriormente planeadas foram elaboradas as respetivas atividades e recursos esperados.

a) Apresentação de Sessões de Educação para a Saúde a incluir no projeto

População -alvo: Enfermeiros da USF

Onde: Sala de reuniões da USF

Recursos materiais: computador, projetor, cadeiras, papel, canetas

Recursos humanos: Enfermeiros USF

Como: Apresentação de diapositivos e partilha de experiências entre os participantes.

Quando: 27 de novembro de 2017

Custos: Eletricidade, Folhas A4 aproximadamente 10€

Horas de trabalho da equipa: 100 €

Avaliação: Preenchimento de uma folha de opinião acerca dos conteúdos da sessão

b) Visitações domiciliárias de Enfermagem;

Realização de visitas domiciliárias com o intuito de perceber o envolvimento da equipa de Enfermagem com os cuidadores informais.

População -alvo: cuidadores informais de doentes abrangidos pela USF

Onde: Domicilio dos doentes.

Recursos materiais: material necessário para os autocuidados (higiene, alimentação, eliminação, etc...)

Recursos humanos: Enfermeiros da USF

Como: Deslocação a casa dos doentes e partilha de atividades diárias com doentes e cuidadores

Quando: novembro, dezembro e janeiro em datas a combinadas com cuidadores tendo em conta as suas disponibilidades.

Custos: Deslocações feitas em veículo USF de preferência que coincida com visitas domiciliárias já agendadas. Custo aproximado 50€.

Horas de trabalho da equipa: 250 €

Avaliação: Registo da observação realizada

c) *Apresentação do Guia do Cuidador*

Apresentação de um Guia do Cuidador (construído com base nas observações e sugestões da equipa) onde contarão informações básicas mas essenciais acerca da importância dos cuidadores, suporte nas atividades de vida diárias, instituições de apoio, números de emergência, ...

População -alvo: Enfermeiros da USF

Onde: distribuição dos guias aos enfermeiros

Recursos materiais: computador, guias.

Recursos humanos: Enfermeiros da USF

Como: Entrega do Guia do cuidador aos enfermeiros, explicação sobre o conteúdo do Guia, esclarecimento de dúvidas sobre o mesmo e registo de opiniões.

Quando: dia 23 e 24 de novembro 2017 e 5 e 6 de dezembro de 2017.

Custos: Financiamento - Câmara municipal com a impressão dos folhetos (custo aproximado – 20€).

Horas de trabalho da equipa: 100 €

Avaliação: questionário sobre os conteúdos e pertinência do Guia.

5.4.2 Comunicação e divulgação do projeto

A divulgação do projeto foi realizada numa primeira fase através de uma reunião na segunda semana de outubro de 2017 com enfermeiros da USF. Nesta reunião foi dado a conhecer o porquê do projeto (a sua importância), a forma de como será implementado, dando a conhecer atividades e respetivo cronograma e objetivos que se pretende alcançar. De salientar que já havia sido feito um anterior contacto com toda a equipa da USF e dado a conhecer o projeto e seus intervenientes.


Numa segunda fase na última semana de novembro será feito contacto com a Câmara Municipal e Lar de idosos da Santa Casa da Misericórdia (SCM) no sentido de procurar futuras parcerias e apoios para o projeto que se irá organizar. O objetivo é perceber com que parceiros os enfermeiros da USF poderão contar quando implementarem o projeto. Nessa fase (de implementação do projeto), será então necessária a divulgação da sessão de Educação para a Saúde através de distribuição de folhetos aos participantes do projeto, mas também aos cuidadores dos doentes abrangidos pelo apoio domiciliário da SCM e será ainda divulgada no site do Município de forma a abranger a população em geral para que possam participar caso estejam interessados.

Ficarão já previamente acordados estes apoios para que possam ser inseridos no projeto.

5.4.3 Cronograma de atividades

	Outubro (2017)	Novembro (2017)	Dezembro (2017)	Janeiro (2018)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Legenda:

 Apresentação da Sessão de Educação para a Saúde

 Apresentação do Guia do Cuidador

 Visitas Domiciliárias

 Apresentação do projeto final

5.4.3 Seguimento “Follow-Up” do Projeto

Relativamente ao seguimento do projeto propõe-se que este tenha uma continuidade através da Equipa de Enfermagem da USF uma vez que o investigador não trabalha na USF, portanto não poderá ele próprio dar continuidade ao mesmo, mas pretendeu sempre envolver toda a equipa para que exista um interesse comum em continuar as atividades programadas e desenvolver outras à medida que vão integrando outros participantes no projeto.

É essencial que se consiga motivar os enfermeiros da equipa de forma a mostra-lhes o quão importante é o projeto e que resultados este poderá alcançar pelo que logo de início foi explicado a toda a equipa a essência deste trabalho, o diagnóstico da situação feito e posteriormente a apresentação dos resultados relativamente à determinação das necessidades dos cuidadores (resultados obtidos através das entrevistas aos enfermeiros). Em conjunto foram discutidas as estratégias a utilizar e os objetivos para que tudo possa passar por um processo de reflexão e partilha entre os elementos da equipa pois só assim poderá ser um projeto de “todos”.

6. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O PROCESSO DE AVALIAÇÃO E CONTROLO

Segundo Tavares (1990, p.205), a avaliação deve ser precisa e pertinente e “...a sua função primeira é determinar o grau de sucesso na consecução de um objetivo.”, assim a monitorização, a avaliação de percurso será a avaliação durante a implementação das atividades, estas serão avaliadas individualmente, como exposto na descrição de cada atividade, mas a avaliação final será realizada após a conclusão das intervenções, após a sua implementação tendo por base os objetivos e os indicadores previamente estabelecidos.

6.1. AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Inicialmente foi estabelecido um objetivo geral: “Elaborar um plano de intervenção de apoio aos cuidadores informais a ser implementado pelos enfermeiros de uma USF da ARSA até ao final de 2018.” e três objetivos específicos para os quais foram estabelecidos indicadores de monitorização/avaliação de forma a verificar se os objetivos planeados foram alcançados.

Relativamente aos objetivos específicos e seus indicadores temos:

- Conhecer a opinião de toda a equipa de enfermagem (100%) relativamente às necessidades dos cuidadores informais.

A avaliação foi feita com base na reunião inicial e nos questionários no fim da apresentação da educação para a saúde e Guia do cuidador, sendo que este número se traduz na participação de todos os elementos da equipa de enfermagem (5). Considera-se que este objetivo foi cumprido pois conseguiu-se a participação de todos os elementos da equipa na reunião inicial onde foi abordada a importância do projeto e os enfermeiros manifestaram as suas preocupações relativamente aos cuidadores informais. Também após as sessões de Educação para a Saúde e apresentação do Guia do cuidador os cinco

enfermeiros tiveram oportunidade de opinar acerca dos conteúdos dos mesmos de forma a realizarem-se ajustes no sentido de ir de encontro às necessidades sentidas/percebidas pelos profissionais tendo por base os seus conhecimentos oriundos da prestação diária de cuidados que envolve muitas vezes pessoas dependentes e conseqüentemente os seus cuidadores.

- Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros da USF na sua interação com os cuidadores informais (visitações domiciliárias - 10 observações).

A avaliação foi feita com base nas visitas domiciliárias efetuadas sendo que deveriam ser efetuadas 10 observações. Este objetivo foi também cumprido pois foram efetuadas diversas visitas domiciliárias (em número superior ao estabelecido) a doentes dependentes a viver no domicílio com os seus cuidadores. Durante estas visitas domiciliárias foi possível observar a interação dos profissionais de saúde com os cuidadores informais no sentido de perceber as necessidades já verbalizadas pelos enfermeiros mas agora em contexto real permitindo observar o ambiente em que os doentes vivem e a interação familiar existente.

- Construir um plano de intervenção comunitária que integrará o plano de atividades da equipa da USF.

Considera-se que este objetivo foi alcançado tendo sido elaborado um modelo de projeto de intervenção comunitária em conjunto com os enfermeiros da USF e que foi entregue aos mesmos no final do Estágio Final. Pensa-se que este projeto poderá integrar o próximo plano de atividades da USF pois tem todas as condições para que tal aconteça. Espera-se que exista interesse por parte da equipa em dar continuidade ao trabalho já elaborado sendo que este necessita apenas das alterações próprias que têm a ver com a amostra (número e características dos cuidadores informais) que integrará o projeto.

6.2 AVALIAÇÃO INTERMÉDIA E MEDIDAS CORRETIVAS INTRODUZIDAS

Quando se realiza um projeto é fundamental existirem momentos de avaliação e aplicação de medidas corretivas para que se possam alcançar os objetivos definidos. Logo no início do projeto houve necessidade de repensar as estratégias a utilizar bem como a metodologia pois a ideia inicial após concordância da equipa com a temática a abordar seria o trabalho direto com os cuidadores informais fazendo uma identificação e seleção da amostra (com o maior número de cuidadores que se conseguisse identificar) e aplicação de instrumentos (questionários e escalas) para identificar as suas necessidades para posteriormente se realizar intervenções com atividades ajustadas aos resultados obtidos. Contudo, após apresentação do projeto à comissão de ética do ACES deparamo-nos com algumas alterações legislativas que levariam o estudante a ter que realizar outros procedimentos burocráticos prevendo-se não conseguir as autorizações dentro do tempo estabelecido para início do projeto (tendo em conta o calendário escolar). Assim, foi necessário reformular a forma como o tema iria ser abordado tendo-se optado por uma intervenção junto da equipa de enfermagem sendo estes a amostra com a qual iríamos trabalhar mantendo os cuidadores informais como a população alvo final.

Já no decorrer do planeamento pensou-se em utilizar o *focus group* como instrumento de recolha de dados, contudo em conversa com a Enfermeira Supervisora do Estágio (elemento da USF) considerou-se ser mais adequada a entrevista tendo em conta a dificuldade sentida em reunir a equipa em momentos anteriores (devido sobretudo aos horários). Após estes reajustes, o projeto decorreu como previsto.

A avaliação é considerada a última fase do Planeamento em Saúde, mas muitas vezes torna-se necessário uma avaliação intermédia do projeto para que se consigam introduzir medidas corretivas e reajustes necessários. Não existem neste projeto momentos formais de avaliação intermédia, contudo sempre que se interveio junto da equipa (apresentação das sessões de EpS e Guia do cuidador e visitas domiciliárias) foi dada oportunidade destes avaliarem as intervenções no sentido de se modificarem conteúdos e introduzir

sugestões. A observação e o contacto com a equipa permitiu também ir ajustando as intervenções no sentido de obter resultados satisfatórios.

6.3 AVALIAÇÃO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA

A avaliação do projeto “Dar-a-mão – Organização de um projeto de intervenção comunitária de apoio aos cuidadores informais” foi feita através da aplicação de um questionário de respostas abertas e fechadas (Apêndice V) a todos os enfermeiros da USF. Este questionário pretende perceber se o projeto organizado e apresentado à equipa de Enfermagem corresponde ao esperado.

Após análise do resultado dos questionários verificou-se que os enfermeiros fizeram uma avaliação positiva sendo que quando questionados acerca da sua participação no projeto, todos afirmaram que se sentiram motivados para participar.

A avaliação das intervenções também foi positiva. Relativamente às visitas domiciliárias e Guia do Cuidador os cinco enfermeiros avaliaram com “Muito Bom”, já a Sessão de EpS apresentada foi avaliada de “Bom” por dois enfermeiros e “Muito Bom” pelos restantes três.

Foi feita uma avaliação SWOT aos questionários aplicados (Quadro 6) para melhor se perceber o que os enfermeiros pensam acerca das forças e fraquezas bem como as oportunidades e ameaças ao projeto.

Quadro 6 – Avaliação SWOT

Dinâmicas Internas	Forças	Fraquezas
	“Interesse no trabalho com os cuidadores informais” “Pertinência do projeto na comunidade” “Boa aceitação do projeto” “Projeto bem estruturado” “Envolvimento da equipa”	Não foram mencionadas
Dinâmicas Externas	Oportunidades	Ameaças
	“Colaboração com outras instituições locais” “Divulgação do projeto” “Maior envolvimento da equipa multidisciplinar”	“Dificuldade dos cuidadores em participar nas atividades” “Falta de tempo da equipa para prestar apoio necessário” “Fracas adesão dos cuidadores” “Dificuldade na identificação dos cuidadores”

No que respeita às forças, os enfermeiros realçaram o interesse do projeto e a sua importância na comunidade sendo que também o envolvimento de toda a equipa foi visto como um aspeto positivo. Não foram mencionadas fraquezas ao projeto ainda que se pensa que quando este for implementado poderá vir a necessitar de ajustes.

Relativamente às oportunidades, os enfermeiros referiram que a colaboração com outras instituições pode ser uma oportunidade no campo das dinâmicas Externas sendo que também a divulgação do projeto e o envolvimento da equipa multidisciplinar fizeram parte das oportunidades. Também as ameaças foram alvo de comentário sendo que para os enfermeiros a falta de tempo dos cuidadores e a sua dificuldade em sair de casa e deixar a pessoa dependente é sem dúvida a maior ameaça pois poderiam não conseguir participar no projeto. Também a identificação dos cuidadores foi referida como ameaça pois não existe uma base de dados com essas informações pelo que a identificação poderia ser um problema para a equipa.

No final, a equipa de Enfermagem avaliou a organização do projeto, que no fundo é todo o trabalho que o estudante realizou durante o estágio. Três dos enfermeiros classificaram esse trabalho como “Muito Bom” e dois enfermeiros como “Bom”. Assim, considera-se que o trabalho efetuado ao longo dos meses de estágio deu os seus frutos e conseguiu-se apresentar à equipa um projeto bem estruturado e com potencial pois todos os elementos da equipa consideraram que este projeto poderia vir a ser utilizada pela USF.

No campo das sugestões de melhoria não existiram comentários, contudo é importante realçar que ao longo do projeto foram consideradas as sugestões apresentadas pelos enfermeiros a fim de apresentar no final um projeto que fosse de encontro às suas expetativas.

7. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE COMPETÊNCIAS MOBILIZADAS E ADQUIRIDAS

Tal como refere Correia, Dias, Coelho, Page, e Vitorino (2001), a ideia de uma enfermagem comunitária centrada nas famílias já vem há muito a ser teorizada e praticada em cuidados de saúde primários, mas recebeu novo impulso na Conferência Europeia de Munique (2000). É uma prática centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, para que se consiga prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando especial importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade.

O papel dos cuidados de Saúde primários tem vindo cada vez mais a ser reconhecido sendo o enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária e de saúde pública um elemento essencial pois tal como refere OE(2010) no seu regulamento de competências, estes enfermeiros têm formação especializadas, adquirindo competências que lhes permitem *“participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública e no desenvolvimento de programas e projetos de intervenção com vista à capacitação e “empowerment” das comunidades...”*

Assim, as competências do enfermeiro especialista em Enfermagem comunitária e de saúde pública são as seguintes⁴:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

⁴ Regulamento n.º 128/2011; Diário da República, 2.ª série -N.º 35-18 de fevereiro de 2011, p.8667

Morais (2004, p.23) refere que o desenvolvimento de uma competência surge “do aperfeiçoamento da perícia do desempenho, alicerçando este aperfeiçoamento na experiência situacional e na formação, providenciando simultaneamente uma base para o desenvolvimento do corpo teórico da profissão e progressão”. Assim, o conceito de competência é mais abrangente do que a mera aptidão, é também a capacidade de resolver um problema num determinado contexto.

Expostas as competências, é de salientar que se evidenciam entre as suas atividades, as educações para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos que constituem a comunidade. É ainda responsável por identificar as necessidades dos indivíduos/famílias e grupos assegurando a continuidade dos cuidados, estabelecendo as articulações necessárias com outros profissionais de saúde e parceiros comunitários (OE, 2010).

Ao longo do presente curso de mestrado, foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde o que permitiu o desenvolvimento de competências de avaliação, elaboração de diagnósticos, planeamento e execução de intervenções. Foram ainda estabelecidos objetivos e delineadas estratégias sendo que no final foi avaliado todo o processo permitindo ao estudante adquirir competências em todas as etapas do planeamento indo de encontro à competência definida pela OE “*Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade*”.

No que respeita à competência “*Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;*” esta aparece em linha com o conceito de “empowerment” e leva-nos para a reflexão sobre a postura que adotamos em relação à nossa própria saúde. As decisões tomadas e o caminho seguido por cada um é um direito seu, contudo deverá existir o dever de proteger a sua saúde sendo que os indivíduos devem ser responsáveis pelas escolhas que fazem. Assim, os profissionais de saúde devem facilitar a integração dos indivíduos no processo de decisão e planificação dos cuidados de saúde.

O “empowerment” é no fundo o adquirir de conhecimentos e competências por parte dos indivíduos que lhes permite ser responsáveis e tomar decisões acerca da sua saúde. É

tarefa do enfermeiro ajudar as pessoas, informando-as e dando-lhe ferramentas que as capacitem a tomar decisões conscientes e responsáveis.

Com a elaboração de todo o trabalho de organização do projeto, foi possível colocar em prática algumas das orientações para promover o tão falado “empowerment”. Especificamente podemos falar das reuniões realizadas com a equipa de Enfermagem onde existia a possibilidade de discutir e redefinir estratégias baseadas na prática diária e experiência da equipa sobretudo no que diz respeito à sessão de educação para a saúde e criação do guia do cuidador que servirão sobretudo para capacitar os cuidadores, informando-os, esclarecendo-os a fim de prepará-los para tomar decisões responsáveis.

Também nas visitas domiciliares foi possível colocar em prática o definido em papel pois foram momentos privilegiados onde os enfermeiros puderam fornecer informações e ajudar os cuidadores nas dúvidas acerca dos cuidados.

Assim, com a implementação deste projeto, pensa-se que foi adquirida mais uma competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Para adquirir a terceira competência enunciada pela OE o enfermeiro especialista deve “*Integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde;*”. O plano Nacional de Saúde 2012-2016 (com extensão a 2020), realça a importância da reorganização dos Cuidados de Saúde Primários dando especial atenção à intervenção local (com relevância das USF) com atenção nos cuidados centrados na família. Este plano, fornece diversas orientações que vão em direção a todo o trabalho elaborado neste Estágio final e que culminou com a organização do projeto de apoio aos cuidadores informais.

Assim, neste projeto, como exemplo e de acordo com os objetivos e orientações do PNS, estão contempladas atividades de capacitação dos indivíduos (como referido anteriormente), implementação de projetos específicos dirigidos a ganhos adicionais em

saúde focados em grupos vulneráveis bem como o envolvimento de familiares e cuidadores no processo de melhoria da prestação de serviços.

O projeto organizado pretende assim acompanhar objetivos delineadas pelo PNS tais como, “Obter ganhos em Saúde”, “Promover contextos saudáveis ao longo da vida” e “Reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença”. Por tudo isto, considera-se que esta foi mais uma competência mobilizada.

No que respeita à competência *“Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.”*, a natureza do trabalho desenvolvido apenas permitiu o desenvolvimento de algumas atividades que podem incluir-se neste âmbito. Foi então elaborado um perfil geodemográfico da área envolvente da USF para melhor se perceber a dimensão do problema e elaborar-se uma evolução prognóstica. Assim também foram mobilizadas aprendizagens no sentido de se alcançar conhecimentos necessários e ser-se competente na área da vigilância epidemiológica.

É importante realçar que as competências mobilizadas são fundamentais para o desenvolvimento do papel de Enfermeiro Especialista e que após análise do trabalho elaborado pode dizer-se que este pode melhorar os cuidados prestados e que serviu para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais do estudante (competências comuns ao enfermeiro especialista). Foi sempre tida em conta a importância de uma prática profissional, ética e legal em todas as intervenções desenvolvidas nunca esquecendo as responsabilidades profissionais e os direitos de todos os cidadãos. Todo este processo pretende a melhoria da gestão dos cuidados com o objetivo de otimizar a resposta da equipa de enfermagem e melhorar a articulação com a equipa multidisciplinar. Tudo isto apresenta-se no Regulamento das competências comuns ao enfermeiro especialista pelo que, pensa-se que também estas foram competências adquiridas.

Todo este processo foi envolto de esforço pessoal onde foi necessário também o desenvolvimento de competências de investigação em Enfermagem e de aperfeiçoamento de conhecimentos a nível da transposição da teoria para a prática.

No que se refere ao grau de mestre (tal como enunciado no Decreto-Lei. ° 63/2016 de 13 de Setembro), é importante referir que para alcançar este título é necessário que o estudante demonstre que possui e sabe aplicar conhecimentos e tem a capacidade de compreender e resolver problemas em situações novas e não familiares na sua área de estudo. O Mestre deve ainda ter capacidade para lidar com questões complexas desenvolvendo soluções tendo em conta as implicações éticas e sociais das suas decisões. Deve ser capaz de comunicar as suas conclusões de forma clara tendo em conta que estas competências lhe permitem uma aprendizagem ao longo da vida de um modo fundamentalmente autónomo.

Durante o estágio realizado na USF foram realizadas diversas atividades inseridas tanto no trabalho diário da equipa de enfermagem como incluídos no projeto que o estudante desenvolveu. O trabalho da equipa envolve várias valências da USF incluindo, a título de exemplo, a consulta do diabético, planeamento familiar, vacinação, sala de tratamentos e visitas domiciliárias. É importante que os Enfermeiros tenham a capacidade de lidar com situações novas e consigam tomar decisões fundamentando a sua prática clínica. O estudante que ambiciona o grau de Mestre deve evidenciar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão de forma a promover a melhoria dos cuidados prestados. Neste aspeto considera-se que o estudante alcançou os objetivos pois conseguiu demonstrar competências na prestação e gestão dos cuidados de enfermagem participando de forma proativa nas atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem.

Por tudo isto julga-se que estão reunidas todas as condições para a obtenção do grau de mestre tendo em conta o presente no Decreto-Lei. ° 115/2013 de 7 de agosto, do Ministério da Educação.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O avançar da idade leva muitas vezes a situações de perda de autonomia e aumento da dependência levando elementos da família a tornarem-se cuidadores informais.

A prestação destes cuidados pode ser muito desgastante e, frequentemente, acarreta um aumento do stress e da sobrecarga por parte dos cuidadores. Por outro lado, os cuidadores enfrentam um conjunto de desafios constantes, pelo que precisam de se preparar adequadamente, para vivenciarem de forma saudável a transição para este novo papel. Assim, é essencial a coordenação com os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para satisfazerem as suas necessidades, manterem o adequado nível de saúde e bem-estar e, de igual forma, garantirem a continuidade nos cuidados prestados à pessoa dependente (Melo, Rua e Santos, 2014).

É importante salientar que cuidar de uma pessoa dependente pode tornar-se num trabalho muito desgastante tanto a nível físico como emocional pois requer muita disponibilidade de tempo e energia. Os cuidadores informais podem realizar tarefas muito diferentes que vão desde a vigilância e acompanhamento da pessoa até à sua substituição nas atividades diárias incluindo a administração de medicamentos e manipulação de dispositivos médicos com os quais não estão familiarizados o que pode produzir uma sobrecarga intensa no cuidador comprometendo a sua própria saúde e bem-estar.

Os enfermeiros devem ser elementos facilitadores em todo o processo de transição por onde passam os cuidadores informais. Estes profissionais de saúde devido à sua proximidade com as pessoas, são muitas vezes os principais cuidadores das pessoas que passam por estas transições. Assim, acompanham as mudanças e identificam as necessidades das famílias promovendo e incentivando o desenvolvimento de habilidades por parte de quem cuida.

Posto isto, torna-se clara a necessidade de intervenção junto dos cuidadores informais pois estes estão muitas vezes vulneráveis sendo importante estabelecer parcerias e planear

intervenções que tenham como objetivo melhorar a qualidade de vida dos cuidadores e consequentemente melhorar os cuidados prestados.

O projeto de intervenção na comunidade “ *Dar-a-mão – Organização de um projeto de intervenção comunitária de apoio aos cuidadores informais*”, surgiu de um interesse pessoal do estudante na temática mas também das necessidades identificadas pela equipa de Enfermagem da USF.

Para elaboração de um projeto, é necessário recorrer-se a um processo de planeamento que permita seleccionar intervenções adequadas à realidade. Neste projeto foi utilizada a metodologia do Planeamento em Saúde que segundo Tavares (1990) é voltado para o futuro; é um processo permanente, contínuo e dinâmico; racional na tomada de decisões; visa seleccionar um percurso de ação; implica uma ação e uma relação de causalidade entre a ação tomada e os resultados determinados; é sistémico, multidisciplinar e iterativo; é uma técnica de alocação de recursos.

Esta metodologia preconiza a identificação de problemas o mais fidedignamente possível, junto das comunidades, visando mudar o seu comportamento e estilos de vida, promovendo a correta utilização dos serviços de saúde. As principais fases do processo são: Diagnóstico da Situação, Definição de Prioridades, Seleção de Estratégias, Elaboração de Programas e Projetos, Preparação da Execução e Avaliação (Imperatori e Giraldes, 1993).

A longo de todo o projeto foram surgindo aprendizagens enriquecedoras que permitiram ao estudante perceber a realidade onde se pretende intervir tendo em conta que o sucesso de um projeto desta natureza só pode ser conseguido através de um correto diagnóstico da situação, do estabelecimento de objetivos adequados e da determinação de estratégias ajustadas, com uma correta previsão dos recursos necessários.

Como em qualquer projeto de intervenção comunitária é essencial a participação de quem está mais próximo da comunidade, pelo que se considera fundamental o contributo da equipa de enfermagem que lida diariamente com os cuidadores informais e que através de uma entrevista forneceu ao estudante elementos essenciais para a construção do projeto

permitindo identificar as principais necessidades destes cuidadores e planejar atividades adequadas à sua condição. De salientar ainda que durante todo o estágio realizado na USF a participação da equipa de Enfermagem foi muito importante permitindo ajustar o projeto à medida que se apresentavam as atividades.

Após a análise das entrevistas foram identificados os principais problemas/necessidades dos cuidadores informais que coincidiram com as necessidades apontadas pela pesquisa bibliográfica efetuada. Assim, a elaboração deste projeto tenta dar resposta a uma necessidade em saúde que foi identificada pela evidência científica e pela experiência profissional tentando contribuir para a melhoria dos cuidados prestados no domicílio. Pretendeu-se elaborar um projeto que vise colmatar os seguintes problemas: Sobrecarga física e emocional dos cuidadores, falta de tempo para cuidar de si próprio, deficit de conhecimentos acerca de apoios disponíveis e necessidade de mais apoio por parte da equipa de Enfermagem.

Foi possível alcançar os Objetivos propostos inicialmente, visto que o estudante conseguiu conhecer a opinião da equipa de Enfermagem identificando as principais necessidades sentidas por estes profissionais o que culminou na elaboração de um projeto com atividades definidas e ajustadas à população alvo. Todo este trabalho direciona-se para as competências que o estudante de Mestrado em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública deve manifestar durante o Estágio Final, nomeadamente a elaboração de um projeto de intervenção comunitária e elaboração de um relatório de desenvolvimento do Estágio. Assim, pensa-se que foram adquiridas as competências necessárias à obtenção do grau de Mestre.

No que respeita a limitações do estudo, deve apenas referir-se que o estudante considera que teria sido importante aplicar os instrumentos de recolha de dados incluídos no projeto organizado e deixado na USF (onde estavam incluídos um questionário, Índice de Barthel, Escala de Sobrecarga do cuidador (Zarit), Escala de Graffar) a um grupo de cuidadores informais no sentido de perceber se as necessidades verbalizadas pelos cuidadores são as mesmas das percebidas pela equipa de Enfermagem. Não foi possível a aplicação destes instrumentos por motivos éticos (já referidos anteriormente) no entanto a equipa de Enfermagem mostrou interesse unanime em aplicar estas escalas aquando da

inclusão do projeto no seu plano de atividades considerando também essencial esta coleta de dados junto dos cuidadores para que se possa realizar os ajustes necessários tendo em conta a população alvo das intervenções.

Este trabalho procurou refletir as atuais orientações, onde se busca dar um contributo para a disciplina de Enfermagem aliando a evidência científica à prática clínica.

Para além de um trabalho académico, este estudo pretende ser um instrumento que permita uma melhoria da prestação de cuidados através de quem lida diariamente com a população alvo final deste estudo.

Com a organização do projeto, os enfermeiros da USF terão ao dispor uma ferramenta de intervenção comunitária que parece ser facilmente concretizável desde que exista uma boa parceria com a comunidade, pois é um projeto de baixo custo e que poderá trazer grandes benefícios para os cuidadores permitindo uma melhoria na sua qualidade de vida e claro afetando positivamente a pessoa cuidada.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, C. (2009). Transição para prestador de cuidados: Sensibilidade aos cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 13(1), 61-71.

Areosa S & Areosa A. (2008), Envelhecimento e Dependência: Desafios a serem Enfrentados. *Revista Textos & Contextos*, 7(7), 138-50.

Bardin, L., (1995) *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Campos, C. (2004), MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde, *Rev Bras Enferm, Brasília (DF)*,57(5), 611-4.

Cardoso, M., Vieira, M., Ricci, M & Mazza, R., (2012), Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental, *Rev Esc Enferm USP*, 46(2), 513-7.

Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P. & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Enfermagem*,2, 75-82.

Decreto-Lei n.º 298/2007 de 22 de agosto de 2007. Diário da República, 1.ª série, n.º 161. Acedido a 6 de Fevereiro de 2018 em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/640665/details/maximized>

Decreto-lei nº28/2008, de 22 de fevereiro de 2008. Diário da República, 1ª série, n.º 38.

Dias, A. & Miguel, A. (2014). *Ser Idoso aos olhos dos mais novos: Representações Sociais de Crianças Sobre a Pessoa Idosa*. In Lopes, M., Mendes, F., Silva, A., Envelhecimento- Estudos e Perspectivas (113-129). São Paulo: Martinari.

Diniz, E., Pontes, C. & Brito, J. (2015). A importância do cuidador no cuidado da pessoa idosa através da promoção do envelhecimento saudável. *Anais CIEH*, 2(1).

Entidade Reguladora da Saúde (2015), *Acesso, qualidade e concorrência nos cuidados continuados e paliativos*. Porto.

Ferreira, L., Torrecilha, N. & Machado, S. (2012) A técnica de observação em estudos de administração. In: *XXXVI Encontro da ANPAD*, 2012, Rio de Janeiro. Anais do Encontro Nacional da Anpad, 2012. Acedido a 12 de fevereiro de 2018 em: http://www.anpad.org.br/admin/pdf/2012_EPQ482.pdf

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Florianio, L. A., Azevedo, R., Reiners, A & Sudré, M. (2012). Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, 21(3), 543-548.

Fortin, M., (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

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

Gil, A.(1989). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2ªed. São Paulo: Atlas.

Guimarães, M & Silva, R. (2016), Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem. *Rev Bras Enferm*. Rio de Janeiro.

Gomes M., Fracolli L.& Machado B.(2015), Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Mundo Saúde*, 39(4),470-75.

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

INE. (2009). *Projeções da População Residente em Portugal (2008-2060)*. DESTAQUE Informação à Comunicação Social (19 de Março 2009).

INE (2011) *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Instituto Nacional de Estatística.

Kuznier, T., & Lenardt, M. (2011). O idoso hospitalizado e o significado do envelhecimento. *Revista de Enfermagem Do Centro Oeste Mineiro*, 1(1), 70–79.

Marconi, M. & Lakatos, E. (2007), *Fundamentos de Metodologia Científica*. 6ª Edição São Paulo: Atlas.

Martinez, R., Cardona, E. & Gómez-Ortega, O.(2016), Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto, *Rev Cuid*, 7(1), 1171-84.

Meleis, A.[et al.] (2000) - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*. 23(1), 12-28.

Melo, L., Wegner, W & Pinto M.(2007), Health Education a Strategy of care for the lay caregiver. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 15 (2), 337-43.

Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexes sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*, 11(3), 439-453.

Melo, R., Rua, M. & Santos, C. (2014), Necessidades do cuidador familiar no cuidado à pessoa dependente: uma revisão integrativa da literatura. *Rev. Enf. Ref.*, 4(2), 143-151.

Morais, C. (2004). Perspectivas das competências. *Nursing – Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, 188, 23-24

Nogueira, M., Azeredo, Z. & Santos, A., (2012), Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi, *Rev. Eletr. Enf.*, 14(4), 749-59.

Ordem dos Enfermeiros (2006), Investigação em Enfermagem: Tomada de Posição, acessido a 12 de Fevereiro de 2018 em :<http://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, acessido a 10 de Novembro de 2017 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

Ordem dos Enfermeiros (2011). Os Enfermeiros e a Educação para a Saúde, acessido a 08 de Novembro de 2018 em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

Pinto, A. (2006). Reflexão sobre o envelhecimento em Portugal. *Geriatrics*, 2(11), 74-86.

Polit, D. & Hungler, B. (1995) Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3ªed. Porto Alegre: Artes Médicas.

PORDATA, acessido entre outubro 2017 e março de 2018 em : <https://www.pordata.pt/>

Regulamento n.º 128/2011 Diário da República, 2.ª série, N.º 35, 18 de fevereiro de 2011, 8667-69. Acessido a 15 de Fevereiro em: http://www.ordemenfermeiros.pt/faqs/Documents/Legislacao/Regulamento_128_2011.pdf

Ricarte, L. (2009), A sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Ribeira Grande. Universidade do Porto. Tese de Mestrado.

Ribeirinho, C. (2005). Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio. Instituto Superior de Serviço Social. Lisboa. Dissertação de mestrado.

Rodrigues, M. (1999), Metodologias de análise de necessidades de formação na formação contínua de professores: contributos para o seu estudo. Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Tese de doutoramento

Saraiva, D. (2011), *O olhar dos e pelos cuidadores: Os impactos de cuidar e a importância do apoio ao cuidador*. Universidade de Coimbra.

Schaurich, D. & Crossetti, M. (2010), Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. *Esc. Anna Nery*, 14 (1), 182-188.

Sebastião C, Albuquerque C. (2011), *Envelhecimento e dependência: Estudo sobre os impactos da dependência de um membro idoso na família e no cuidador principal*. *Revista Kairós Gerontologia*, 14(4), 25-49.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. 1a. ed. Coimbra: Quarteto.

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

Sley, V., Pasman, H., Eeltink, C., Uden-Kraan, C., Leeuw, I & Francke, A. (2017), Self-management support and eHealth for patients and informal caregivers confronted with advanced cancer: an online focus group study among nurses, *BMC Palliative Care*, 16 (55).

Sossai, L. & Pinto, I. (2010), Visita domiciliária do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. *Cienc Cuid Saude.*, 9 (3), 569-576.

Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371.

Tavares, A (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.

Trindade, I., Almeida, D., Romão, M., Rocha, S., Fernandes, S., Varela, V & Braga, M., (2017), Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes

da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas, *Rev Port Med Geral Fam* 2017;33, 178-86.

Vala, J. (1986). *A análise de conteúdo*. In Silva, A., Pinto, J. (orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento, 507-535.

Vicent, E & Scullion, J., (2014), Carers’ experience of looking after a person with chronic obstructive respiratory disease, *Art & science*, 24(6).

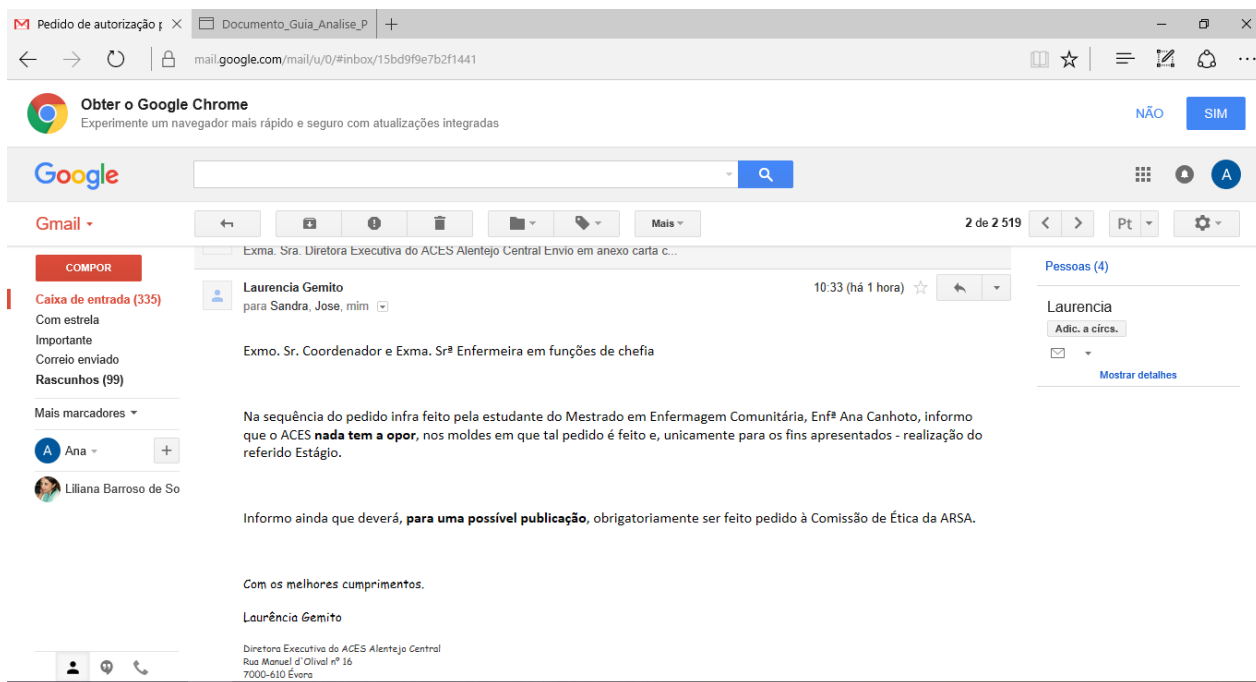
Vieira, C., Amaral, T & Sousa, P. (2016). *Envelhecimento ao longo da vida*. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta.

Vilelas, J. (2009). *A investigação. O processo de construção do conhecimento*. Lisboa, edições Sílabo.

WHO (1986) - Ottawa Charter for Health Promotion, First International Conference on Health Promotion, Ottawa, acedido a 13 de Fevereiro de 2018 em:http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf


ANEXOS

ANEXO I – Autorização do ACES para consulta de dados



ANEXO II – Autorização da comissão de ética da ARSA

13.11.2017



ARSA
Associação Regional de Saúde do Alentejo

O CONSELHO DIRETIVO 30.11.2017

O Presidente: José Marques Róbalo

O Vogal: José António Martinho Lopes

A Vogal: Paula Ribeiro Marques

PARECER 13/2017/CES

Sobre o estudo «Dar-a-mão»

A: Relatório

A.1.A Comissão de Ética para a Saúde (CES) da Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARSA) deu início ao **processo n.º17/2017/CES** com base no pedido formulado a esta CES pelo Conselho Diretivo da ARSA e após envio de documentação pela investigadora Ana Isabel Massas Canhoto a 03 de Novembro de 2017. Este estudo decorre no âmbito da realização de relatório de investigação/estágio, enquadrado no II Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, da Escola de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde S. João de Deus, Évora, a ser realizado na USF (.....) sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Belo e supervisão da EnP Mestre em Enfermagem Comunitária no período de 15 de Outubro 2017, a 27 de Janeiro de 2018.....

A.2. Fazem parte do processo de avaliação os seguintes documentos:

- 1) Protocolo do estudo:.....
- 2) Modelo de Consentimento informado, livre e esclarecido:.....
- 3) Modelo dos instrumentos de recolha de dados:.....
- 4) Curriculum Vitae do investigador principal:.....
- 5) Declaração de compromisso do investigador principal relativamente à propriedade dos dados:.....
- 6) Declaração de compromisso do investigador de entrega do relatório final à CES:....
- 7) Resposta favorável ao pedido de autorização ao ACES para realização do diagnóstico de saúde:.....
- 8) Declaração da coordenadora Enfermagem da USF - referenciação de participantes, condições do Estudo
- 9) Declaração do elo de ligação entre Investigador e Participantes: identificado e apresenta declaração de assentimento.

A.3. Resumo da Documentação

“Nos dias de hoje é fundamental que se identifiquem os problemas, fatores determinantes, bem como necessidades de saúde para que se possam delinear estratégias adequadas. Para tal, é pois necessário planejar, colocar em prática e estabelecer parcerias de forma a promover a literacia e a capacitar as pessoas”. O envelhecimento da sociedade atual é uma manifestação de progresso e de melhoria da condição humana tendo em conta o aumento da esperança média de vida..... O distrito de Évora acompanha o crescimento do índice de envelhecimento presente em Portugal. Como acontece por todo o país, verifica-se a mesma tendência de aumento de dependência dos idosos no Alentejo e no Município onde se desenvolverá o estudo, interferindo na qualidade de vida destes idosos. Assim sendo, o projeto “Dar-a-mão” pretende organizar, em conjunto com a equipa de enfermagem, um projeto de intervenção que possa ser aplicado pela equipa, junto dos cuidadores informais de modo a ir de encontro às suas necessidades. Contempla como objetivos específicos: i) Conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente aos cuidadores informais; ii) Identificar as necessidades sentidas pelos enfermeiros nas visitas domiciliares a doentes dependentes; iii) Otimizar a interação da equipa com os cuidadores informais; iv) Elaborar um projeto de intervenção comunitária que integrará o plano de atividades da equipa da USF.....

A população deste estudo é constituída por cinco enfermeiros que desempenham funções na USF. Este grupo, devido à sua reduzida dimensão, constitui o universo de análise..... Para elaborar um diagnóstico inicial da situação e recolha das necessidades procede-se à realização de uma entrevista semiestruturada, como instrumento principal, que permite auscultar toda a equipa de enfermagem relativamente necessidades sentidas e envolvê-la em todo o processo de organização do projeto. Os dados serão recolhidos junto dos profissionais da equipa, ocorrendo a entrevista no local de trabalho, em data e hora previamente definida e combinada com os mesmos, de acordo com as disponibilidades apresentadas. Esta realizar-se-á num gabinete disponível, para que a entrevista decorra num local que garanta privacidade. Apenas participarão os profissionais que se voluntariem para tal e derem o seu consentimento informado, estando assegurada a possibilidade de o participante poder desistir a qualquer momento. As entrevistas serão anonimizadas através de codificação numérica. Também o nome da USF será omissa no

relatório de estágio, sendo esta identificada como “Unidade de Saúde Familiar do distrito de Évora”. Será realizada observação apenas como meio complementar do estudo sendo que esta se engloba nos objetivos do estágio (acompanhamento da equipa).

B: Identificação de questões com eventuais implicações éticas.....

B.1. A relevância e pertinência do estudo estão justificadas pela quer pela bibliografia apresentada quer pela metodologia indicada.....

B.2. A salvaguarda do anonimato e confidencialidade dos dados dos participantes é assegurada pela metodologia apresentada pelos investigadores

B.3. A participação no estudo não acarreta qualquer encargo financeiro para os participantes nem para a USF.....

B.4. A destruição dos dados recolhidos deverá ser feita num prazo máximo de 3 anos após a colheita dos mesmos.....

B.5. As declarações da orientadora pedagógica e da coordenadora de enfermagem da USF assinadas, deverão ser feitas chegar a esta CES antes do início da colheita de dados.....

C – CONCLUSÃO

Face ao exposto a CES delibera dar parecer favorável à autorização deste estudo, condicionado ao cumprimento do ponto B.4 e B.5.....

Aprovado em reunião do dia 08.11.2017, por unanimidade.

A Presidente da Comissão de Ética para a Saúde da ARS Alentejo


(Susana Teixeira)

ANEXO III – Autorização da Comissão de Ética da Universidade de Évora



Documento 18080 E

**Comissão de Ética para a Investigação Científica
nas Áreas de Saúde Humana e Bem-Estar
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética para a Investigação Científica nas Áreas da Saúde Humana e do Bem-Estar vem deste modo informar que os seus membros, Prof. Doutor Armando Raimundo, Prof. Doutor Fernando Capela e Prof. Doutor Luís Sebastião, deliberaram dar

Parecer Positivo

para a realização do Projeto “Dar-amão” da investigadora **Ana Isabel Massas Canhoto** (mestranda) e Prof.^a Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo (responsável académico).

Universidade de Évora, 10 de Janeiro de 2018

O Presidente da Comissão de Ética

APÊNDICES

Apêndice I – Artigo

Colmatar necessidades dos cuidadores informais – Intervenções de Enfermagem

Revisão Integrativa da Literatura

Fill needs of informal caregivers - Nursing Interventions

Integrative Literature Review

Colmar necesidades de los cuidadores informales - Intervenciones de Enfermería

Revision Integrativa de la Literatura

Ana Isabel Massa Canhoto

ORIENTADOR: Professora Doutora Ana Paula Pires Rodrigues Belo**

Instituto Politécnico de Castelo Branco

RESUMO

Objetivo: Perceber quais as intervenções de enfermagem que podem colmatar as necessidades dos cuidadores informais.

Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que buscou uma rigorosa pesquisa de estudos de natureza qualitativa e quantitativa, relativos às necessidades dos cuidadores informais e possíveis intervenções de Enfermagem. Foi realizada pesquisa em bases de dados internacionais (EBSCOhost: CHINHAL e MEDLINE, SciELO e PubMed-NCBI), obtendo-se 7 artigos com interesse num total de 125 artigos publicados entre 2012-2017.

Resultados: Cuidar da pessoa dependente, é uma atividade que leva a importantes mudanças no quotidiano desses cuidadores, e estas podem gerar sobrecarga física, emocional ou social. Os enfermeiros devem capacitar o cuidador e intervir no alívio dessa sobrecarga.

Conclusão: Todas as necessidades (físicas, emocionais, logísticas), apontadas pelos cuidadores ou percebidas pelos profissionais de saúde, reclamam por ensino/informação, acompanhamento e apoio por parte dos profissionais de enfermagem.

Palavras-Chave: Cuidadores Informais, Necessidades, Intervenções de Enfermagem

ABSTRACT

Objective: Perceive what nursing interventions can meet the needs of informal caregivers.

Methodology: This is an integrative review of the literature, which sought a rigorous research of studies of a qualitative and quantitative nature, related to the needs of informal caregivers and possible Nursing interventions. We conducted research in international databases (EBSCOhost: CHINHAL and MEDLINE, SciELO and PubMed-NCBI), obtaining 7 articles with interest in a total of 125 articles published between 2012-2017.

Results: Caring for the dependent person is an activity that leads to important changes in the daily life of these caregivers, and these can generate physical, emotional or social overload. Nurses should empower the caregiver and intervene in relieving such overload.

Conclusion: All needs (physical, emotional, and logistical), pointed out by caregivers or perceived by health professionals, demand for teaching / information, monitoring and support by nursing professionals.

Keywords: Informal Caregivers, Needs, Nursing Interventions

RESUMEN

Objetivo: Percibir cuáles son las intervenciones de enfermería que pueden colmar las necesidades de los cuidadores informales.

Metodología: Se trata de una revisión integrativa de la literatura, que buscó una rigurosa investigación de estudios de naturaleza cualitativa y cuantitativa, relativos a las necesidades de los cuidadores informales y posibles intervenciones de Enfermería. Se realizó una investigación en bases de datos internacionales (EBSCOhost: CHINHAL y MEDLINE, SciELO y PubMed-NCBI), obteniendo 7 artículos con interés en un total de 125 artículos publicados entre 2012-2017.

Resultados: Cuidar a la persona dependiente, es una actividad que lleva a importantes cambios en la vida cotidiana de esos cuidadores, y éstos pueden generar sobrecarga física, emocional o social. Los enfermeros deben capacitar al cuidador e intervenir en el alivio de esa sobrecarga.

Conclusión: Todas las necesidades (físicas, emocionales, logísticas), apuntadas por los cuidadores o percibidas por los profesionales de la salud, reclaman por enseñanza / información, acompañamiento y apoyo por parte de los profesionales de enfermería.

Descriptor: Cuidadores Informales, Necesidades, Intervenciones de Enfermería

INTRODUÇÃO

O conceito de envelhecimento tem vindo assim a sofrer alterações ao longo dos tempos, evoluindo de acordo com as atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época, refletindo diferentes conteúdos e significados sociais a ele associados (Dias, 2014).

O envelhecimento apresenta-se tal como afirma Diniz *et al* (2015), como um grande desafio mundial, afetando todos os países independentemente da sua economia. Ficar velho ou envelhecer pode ser considerado uma conquista, principalmente quando esta se apresenta de forma ativa, havendo assim, uma melhoria nas condições de saúde do idoso traduzindo-se no seu bem-estar físico, psíquico e social. Contudo, o aumento da idade pode trazer importantes problemas de saúde que podem comprometer a capacidade das pessoas de manter a função ocupacional e social. Estas alterações de saúde que ocorrem nas pessoas mais idosas podem levar a condições de dependência pelo que cada vez mais, é importante modificar a forma e local da prestação de cuidados a essa população e é aí que se destacam os cuidadores informais (Floriano, Azevedo, Reiners & Sudré, 2012).

À semelhança de outros países, o número de idosos em Portugal tem vindo a aumentar. Assim, e no decorrer da perda de autonomia e independência funcional do idoso está a necessidade de apoio, quer seja da família, amigos e/ou comunidade. Contudo na sociedade atual, a realidade com que nos deparamos é com o aumento do número de idosos institucionalizados (Quintas, 2008, citado por Neves, 2014) ou o aumento do número de idosos cujos internamentos são prolongados na espera de uma institucionalização. É então fundamental, pensar-se nos cuidadores que estão mais próximos dos doentes, que por norma são elementos da família, no sentido de capacitá-los para os cuidados dando-lhe as ferramentas necessárias para que possam apoiar a pessoa dependente. Deve ter-se em conta, que são estes cuidadores os responsáveis pela prestação de cuidados de manutenção, já que os profissionais de saúde responsabilizam-se por cuidados mais específicos sendo que este tipo de cuidados também necessita da devida orientação.

Ricarte (2009), sugere que a atenção dos profissionais de saúde deve

direcionar-se para a intervenção realizada na relação com a pessoa dependente e também com o cuidador, de modo a permitir a adoção de estilos de vida saudáveis, evitando que quem preste cuidados necessite também de vir a ser cuidado. Deste modo, os enfermeiros devem estar familiarizados com as características do ato de cuidar e com as necessidades que os cuidadores informais apresentam, para poder ser capaz de lhes prestar auxílio.

Tendo em conta toda a complexidade que envolve o ato de cuidar, define-se como objetivo principal perceber quais as intervenções de enfermagem que podem colmatar as necessidades dos cuidadores informais, uma vez que é uma área que precisa ainda de muita atenção. Assim, a questão de investigação é “Colmatar necessidades dos cuidadores informais – Quais as intervenções de enfermagem?”

MÉTODO

Recorreu-se a uma revisão integrativa da bibliografia, que segundo Watson (2002) citado por Soares *et al* (2014, p. 336) “apresentou notável penetração na área da enfermagem na última década. Essa condição parece estar associada à tendência de compreender o cuidado em saúde, nos âmbitos individual ou coletivo, como um trabalho complexo que requer colaboração e integração de conhecimentos de diversas disciplinas”.

Para a realização deste artigo efetuou-se uma pesquisa exaustiva de informação sobre o tema em estudo, em bases de dados científicas, referente aos últimos cinco anos (2012-2017). A pesquisa foi realizada em novembro de 2017, nos idiomas de português e inglês.

Neste trabalho de revisão integrativa da literatura procurou-se encontrar estudos de qualidade com informação pertinente, fiável e atualizada sobre as necessidades dos cuidadores informais bem como intervenções de enfermagem que ajudem a colmatar essas necessidades. Neste sentido, de forma a encontrar a informação sobre a temática em estudo, selecionou-se como descritores “Cuidadores Informais”, “Necessidades”, “Intervenções de Enfermagem”, “Informal

Caregivers”, Needs”, Nursing Interventions” e “nurses” e como operadores booleanos “or”, “and” e “e”.

A pesquisa iniciou-se pela base de dados EBSCOhost, que permitiu pesquisar noutras bases de dados como, *CHINHAL Plus with Full Text* e *MEDLINE with Full Text*. Nestas acedeu-se a 17 artigos tendo sido escolhidos 5. Posteriormente, efetuou-se pesquisa na base de dados SciELO, que deu acesso a 54 artigos, dos quais se selecionou 5 artigos. Relativamente a pesquisa na PubMed, com acesso a 54 artigos, tendo sido selecionado 3.

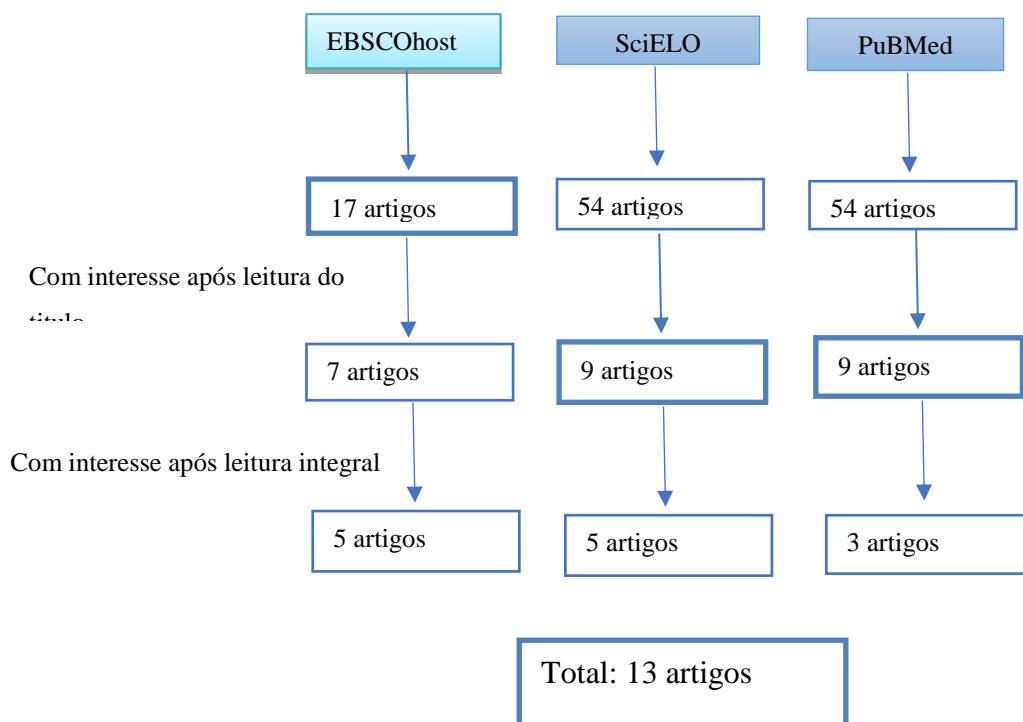


Figura 1: Protocolo de pesquisa

Os artigos incluídos foram revisões sistemáticas da literatura e estudos empíricos e de natureza qualitativa e quantitativa. Foram excluídos os estudos não referentes a enfermagem e estudos anteriores a 2012. Durante a seleção dos estudos, a avaliação do título e análise do resumo, permitiu identificar se os

artigos obedeciam aos critérios de inclusão e exclusão definidos para a seleção. Quando o título e os resumos dos estudos não eram esclarecedores, procedeu-se à leitura do artigo na íntegra para não se correr o risco de perder estudos importantes para a realização desta revisão integrativa. Uma segunda leitura mais profunda e sistemática do que a primeira do artigo integral permitiu constatar se respondia à pergunta que norteia a presente revisão e aprofundar certos aspetos do tema.

Na leitura, análise e resumo dos artigos considerou-se os parâmetros imprescindíveis para a seleção: **P**articipantes; **I**ntervenções; **C**omparações; **R**esultados (**O**utcomes) e **D**esenho do estudo (**PICOD**). Deste modo, esta revisão integrativa da literatura é sustentada por **8** Artigos Científicos.

				Palavras-Chave
P	Participantes	Quem foi estudado?	Cuidadores informais	Cuidadores Informais, Necessidades, Intervenções de Enfermagem; Informal Caregivers, Needs, Nursing Interventions
I	Intervenção	O que foi feito?	---	
[C]	Comparações	Podem existir ou não	---	
O	Outcomes	Resultados, efeitos ou consequências	Colmatar necessidades com intervenções de Enfermagem	
S (D)	Desenho do Estudo	Como é que a evidência foi recolhida	Qualitativo e quantitativo	

Quadro 1: Tabela de PICOD

Os artigos selecionados anteriormente foram depois sujeitos a avaliação de qualidade. A qualidade metodológica, é avaliada pela apreciação crítica usando ferramentas validadas. Há uma variedade de ferramentas disponíveis para apreciar a validade de estudos, contudo as grelhas de avaliação usadas pelo Joanna Briggs Institute (JBI) são baseadas nos desenhos dos estudos sujeitos a avaliação existindo uma grande variedade de grelhas que se adaptam aos diferentes tipos de estudo pelo que considerámos a melhor opção para esta revisão.

Após a avaliação dos 13 artigos selecionados com recurso às tabelas sugeridas pelo JBI, foram aprovados **7 artigos** que correspondem aos critérios previamente estabelecidos pelo revisor (pelo menos 50% de indicadores positivos em cada uma das tabelas). São esses 7 artigos os utilizados nesta revisão integrativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da análise dos documentos selecionados foram identificadas duas grandes áreas que ajudam a responder à pergunta de partida. A primeira área é: Quais são as principais necessidades relatadas pelos cuidadores informais e percebidas pelos profissionais de saúde.

A segunda área que iremos apresentar está diretamente relacionada com as intervenções de enfermagem que poderão ser desenvolvidas no sentido de colmatar as necessidades anteriormente relatadas.

Necessidades dos cuidadores informais

O cuidado desenvolvido pelo cuidador informal da pessoa em condição de dependência para as suas atividades de vida, possui algumas características próprias, pois é uma atividade que leva a importantes mudanças no quotidiano desses cuidadores, e estas podem gerar sobrecarga física, emocional ou social (Floriano *et al.*, 2012).

Os autores, referem ainda que os cuidadores têm assumido no quotidiano das suas vidas, atividades de cuidado que vão além da sua preparação e conhecimento sendo tarefas que ultrapassam aquelas preconizadas nos guias oficiais dos cuidadores, tais como o uso de técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem. Cabe ressaltar que nem sempre as pessoas têm a opção de se tornar cuidador, por conseguinte, assumir estas atividades sem preparação pode constituir situações de sobrecarga.

Tal como afirmam Vincent & Scullion (2014), cuidar não é algo sem custos e os cuidadores enfrentam risco de exaustão, isolamento social, depressão, sofrimento e desenvolvimento de um sentido de inadequação. Onde existe tensão emocional do cuidador, muitas vezes escondida, existe um maior potencial destes indivíduos se tornarem os próprios pacientes. Para que tal seja evitado, Floriano *et al.* (2012) reforçam que o apoio informal e familiar constitui um dos aspectos fundamentais na assistência à saúde das pessoas dependentes, contudo o Estado precisa de se responsabilizar pela promoção, proteção e recuperação da saúde dessas pessoas sem transferir integralmente para as famílias as ações de cuidado desenvolvidas aos dependentes. Ainda assim, reconhecem que várias são as formas/estratégias de cuidado utilizadas pelo cuidador familiar, pois o seu trabalho vai além da vontade de querer cuidar do seu familiar, dada a complexidade que o cuidado exige. Envolve conhecimento, desenvolvimento de habilidades, iniciativas para a promoção da saúde, tratamento e recuperação da saúde da pessoa cuidada. Os autores relatam que este trabalho é definido pelos próprios cuidadores como “difícil”, que exige paciência, amor e até mesmo renúncia do seu projeto de vida. Tudo isso têm contribuído para que os cuidadores vivenciem diariamente sobrecarga física, emocional e social no quotidiano de cuidado.

Martínez, Cardona & Gómez-Ortega (2016) afirmam que vários estudos mostram que os cuidadores principais estão expostos a mudanças de natureza pessoal, familiar, laboral e social que têm efeitos negativos tanto na saúde física como mental e é isso que se denomina sobrecarga. A sobrecarga causada pelo grau de stress expressado pelos cuidadores e os efeitos negativos sobre a saúde deve ser levada em consideração. As autoras referem que de entre as maiores dificuldades relatadas pelos cuidadores estão a transferência de pacientes, o uso adequado da mecânica do corpo, mobilização de pacientes, gerenciamento de oxigenoterapia, gerenciamento de comunicação e emoção, seguidas de outras necessidades como cuidados gerais, comunicação com pessoas surdas e cegas, cura, massagem, gerenciamento de medicação.

São também identificados como fatores relacionados à maior sobrecarga do cuidador: o cuidador trabalhar fora, possuir rendimentos mais baixos, fazer tratamentos de saúde e ter filhos. Além disso, podem ser apontados como preditores de sobrecarga subjetiva: o paciente estar em crise, apresentar mais comportamentos problemáticos, conviver com crianças em casa e não possuir rendimentos (Cardoso, Vieira, Ricci & Mazza, 2012).

Melo (2007) citado por *Martínez et al* (2016), evidenciou que a importância do cuidador informal não pode ser ignorada, pois ele influencia os cuidados de saúde do paciente, fornecendo cuidados diretos, o que ressalta a necessidade de "cuidar do cuidador" e reflete a preocupação dentro de uma abordagem holística para cuidar da pessoa que cuida.

Tal como afirma Cardoso *et al* (2012, p.516) “Muitas vezes, a sobrecarga relacionada ao cuidado favorece o adoecimento do próprio cuidador o qual por sua vez chega a negligenciar o autocuidado a favor de cuidar do próximo”.

Estudos evidenciam que o cuidador, possui menor qualidade de vida inclusive com maior risco para o desenvolvimento de doenças, principalmente quando há maior dependência do paciente.

Nos estudos efetuados por Trindade *et al* (2017), a maioria dos cuidadores apresentou sobrecarga, sobretudo a nível intenso. Os resultados obtidos corroboraram os dados apresentados noutros estudos nacionais. Assim, os autores reforçam que a avaliação sistemática da sobrecarga do cuidador e mobilização dos recursos adequados constituem intervenções a incluir nos planos realizados pelos profissionais de saúde.

Intervenções de Enfermagem

Após a constatação das necessidades de apoio aos cuidadores informais, é indispensável e urgente a necessidade de criação de planos de intervenção e orientação junto dos cuidadores informais.

Nogueira, Azeredo e Santos (2012), verificam no seu estudo, que as competências relacionais, cognitivas e psicomotoras são necessárias à prestação de

cuidados podendo ser providas de planos de ensino, orientação e formação desses cuidados, tendo em conta um adequado levantamento das necessidades dos cuidadores informais e dos doentes a serem cuidados. Todavia, outros elementos como o ter condições físicas, emocionais e de suporte são contributos fundamentais e indispensáveis, para que a continuidade dos cuidados ao doente seja efetivada com qualidade no domicílio.

Assim, os enfermeiros que trabalham na comunidade e que exercem o seu trabalho junto dos pacientes e seus cuidadores têm um papel vital no alívio da sobrecarga do cuidador. Após a avaliação das necessidades, deve ser elaborado um plano de enfermagem que atenda pacientes e seus cuidadores (Vicent e Scullion, 2014).

Também Nogueira *et al.* (2012) realçam que para além do indivíduo doente, os enfermeiros devem estar atentos às necessidades da família/cuidador principal. Devem planear ensinamentos de acordo com as carências e características sócio culturais do cuidador/doente. Os enfermeiros devem ainda capacitar o cuidador, com informações sobre a doença e sua evolução, sobre os recursos da comunidade e outros recursos a que poderão recorrer a fim de lhe facilitar as tarefas do dia-adia com o doente. Conhecer os riscos que corre ao prestar cuidados e saber a importância de como se defender, contribui para a prevenção de potenciais problemas na sua saúde e bem-estar.

Por sua vez, Sley *et al.* (2017), corrobora os factos acima descritos e acrescenta que o facto de o cuidador informal ter uma boa imagem da situação em o doente se encontra, isso cria entendimento mútuo entre ele e o doente. O entendimento mútuo pode melhorar a comunicação entre o paciente e o cuidador informal sendo que qualquer mal-entendido e confusão podem ser esclarecidos. Isso também melhora a comunicação entre o paciente, o cuidador informal e o profissional de enfermagem.

Em sua análise, Martinez *et al.* (2016), afirma que, o enfermeiro deve dirigir ações de promoção da saúde e prevenção de complicações nos cuidadores, usando a troca de experiências conjuntas e encorajando-os a assumir a responsabilidade pela sua própria saúde. O profissional de saúde deve ser capaz de

realizar avaliações abrangentes e diagnosticar alterações que reduzam o risco de aparecimento de doenças agudas e crónicas no cuidador, o que indiretamente favorece a redução da sobrecarga de cuidados e favorece a qualidade dos cuidados prestados por eles.

Deve recordar-se ainda, que os enfermeiros devem ser empáticos na sua abordagem, mas devem ter uma grande capacidade para escutar pois por vezes a sobrecarga do cuidador vem desde o início do cuidado e pode arrastar-se até situações em que o doente fique em cuidados paliativos. Ajudar os cuidadores vai além da visão holística e compassiva, é reconhecer o papel vital dos recursos disponíveis, é prevenir novas doenças, é proteger a saúde de indivíduos suscetíveis (Vicent e Scullion, 2014).

Para que esta ajuda aconteça, as equipas comunitárias deverão ser conhecedoras dos recursos disponíveis na comunidade (apoios domiciliários, teleassistência, centros de dia, ajudas de custo, rede nacional de cuidados continuados integrados), sendo que para esse efeito uma abordagem interdisciplinar entre médico, enfermeiro, administrativo, assistente social e psicólogo poderá revelar-se uma mais-valia (Trindade *et al.* 2017).

Assim, tal como diz Floriano *et al.* (2012), a enfermagem, como elemento essencial da Equipa de Saúde, deve estar atenta às necessidades de saúde das pessoas em condição de dependência, como também estar mais próxima dos cuidadores, no sentido de orientá-los e acompanhar o cuidado, a fim de propor ações que visem o suporte assistencial de forma ampliada.

CONCLUSÕES

Com o trabalho elaborado conseguiu-se responder à pergunta de partida, verificando-se que assumir o cuidado de uma pessoa dependente, não é uma tarefa fácil, pois o cuidador vê-se obrigado a agregar novas atividades à sua rotina de vida. Diversas dificuldades podem surgir no quotidiano do cuidador, relacionadas com a dinâmica familiar, a prestação de cuidados, os gastos financeiros e os problemas de saúde do próprio cuidador.

O cuidar, exige por parte de quem o faz, tarefas contínuas e duradouras, além de atividades que oferecem atenção, amor, carinho e apoio emocional. Dentre as dificuldades mais relatadas, estão as que exigem esforço físico, contudo soma-se a essa dificuldade a necessidade do cuidador dividir o seu tempo com outras atividades domésticas, desencadeando-lhe uma situação de desgaste físico e emocional (Vieira *et al.* 2011).

Todas as necessidades apontadas pelos cuidadores ou percebidas pelos profissionais de saúde, reclamam por ensino/informação, acompanhamento e apoio. Logo, a aprendizagem do cuidador surge como uma imperativa aquisição de competências cognitivas e de competências psicomotoras para cuidar no domicílio.

Assim, os cuidados centrados na família são hoje um desafio para os enfermeiros, que de forma satisfatória deverão corresponder aos problemas dos indivíduos doentes e dos seus cuidadores sendo provedores no suporte de autogestão e capacitação de pacientes e cuidadores permitindo-lhes compreender e lidar com a doença ou deficiência, o seu tratamento e as suas consequências.

No que respeita ao objetivo definido, pretendia-se perceber que intervenções de Enfermagem poderiam colmatar as necessidades dos cuidadores informais. Após análise, conclui-se que as intervenções passam essencialmente pela implementação de planos de ensino, orientação e formação dos cuidadores informais sendo fundamental analisar cada caso individualizando as estratégias que visam a melhoria dos cuidados prestados.

BIBLIOGRAFIA

Cardoso, M., Vieira, M., Ricci, M., Mazza, R., (2012), Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental, *Rev Esc Enferm USP*, 46(2), 513-7.

Dias, A., & Miguel, I. (2014). Ser idoso aos olhos dos mais novos: Representações sociais de crianças sobre a pessoa idosa. In M. J. Lopes, F. R. P. Mendes, & A. O. Silva (Eds.), *Envelhecimento: Estudos e perspectivas* (pp. 113-129). São Paulo: Martinari.

Diniz, E., Pontes, C., Brito, J. (2015). A importancia do cuidador no cuidado da pessoa idosa através da promoção do envelhecimento saudável. *Anais CIEH*, 2(1).

Floriano, L., Azevedo, R., Reiners, A., Sudrés, M. (2012), Cuidado realizado pelo cuidador familiar ao idoso dependente, em domicílio, no contexto da estratégia de Saúde da família, *Texto Contexto Enferm*, 21(3), 543-8.

Fonseca, A., Batanete, E., Lopes, M., Marques M., Casas-Novas, (2014). Velhice: Representações Sociais Construídas por Estudantes de Enfermagem e Idosos. In Lopes, M., Mendes, F., Silva, A., *Envelhecimento- Estudos e Perspectivas* (131-145). São Paulo: Martinari.

Nogueira, M., Azeredo, Z., Santos, A., (2012), Competências do cuidador informal atribuídas pelos enfermeiros comunitários: um estudo Delphi, *Rev. Eletr. Enf.*, 14(4), 749-59.

Martinez, R., Cardona, E., Gómez-Ortega, O., Intervenciones de enfermería para disminuir la sobrecarga en cuidadores: un estudio piloto, *Rev Cuid*, 7(1), 1171-84.

Neves, S. (2014). Efeito de um programa de exercício de 6 meses em idosos Institucionalizados, na Qualidade de Vida, Composição Corporal e

Aptidão Física. Tese de Mestrado em Exercício e Saúde, Universidade de Évora.

Ricarte, L. (2009), A sobrecarga do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Ribeira Grande. Tese de Mestrado. Universidade do Porto. [publicada]

Sley, V., Pasman, H., Eeltink, C., Uden-Kraan, C., Leeuw, I., Francke, A. (2017), Self-management support and eHealth for patients and informal caregivers confronted with advanced cancer: an online focus group study among nurses, *BMC Palliative Care*, 16 (55).

Soares, C., Hoga, L., Peduzzi, M., Sangaletti, C., Yonekura, T., Silva, D. (2014), Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem, *Rev Esc Enferm USP*, 48(2), 335-45.

Trindade, I., Almeida, D., Romão, M., Rocha, S., Fernandes, S., Varela, V., Braga, M., (2017), Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de Saúde Familiar USF Descobertas, *Rev Port Med Geral Fam* 2017;33, 178-86.

Vicent, E., Scullion, J., (2014), Carers' experience of looking after a person with chronic obstructive respiratory disease, *Art & science*, 24(6).

Vieira, C., Fialho, A., Freitas, C., Jorge, M. (2011), Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio, *Rev Bras Enferm, Brasília*, 64(3), 570-9.

Vieira, C., Amaral, T., Sousa, P. (2016). Envelhecimento ao longo da vida. In C. Marques-Vieira & L. Sousa (Eds.), *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida*. Loures: Lusodidacta

Apêndice II – Guião da Entrevista

Guião de Entrevista

Problemática

Organização de um projeto de intervenção comunitária para a equipa de enfermagem de uma USF para apoio aos cuidadores informais da sua área de abrangência.

Objetivos do estudo

- Conhecer a opinião da equipa de enfermagem relativamente aos cuidadores informais.
- Identificar as necessidades dos cuidadores informais percebidas pelos enfermeiros nas visitas domiciliares a doentes dependentes.
- Conhecer a interação da equipa com os cuidadores informais.
- Elaborar um projeto de intervenção comunitária que integrará o plano de atividades da equipa da USF.

Objetivos da entrevista:

- Determinar a importância atribuída pelos enfermeiros da USF acerca da elaboração de um projeto de apoio aos cuidadores informais.
- Identificar necessidades sentidas pelos cuidadores informais percebidas pelos enfermeiros durante as visitas domiciliares a doentes dependentes.
- Obter sugestões de atividades que sejam do interesse da equipa.

Objetivos	Dimensão Analítica	Questão Principal	Questões Secundárias
<p>O1 – Determinar a importância atribuída pelos enfermeiros da USF acerca da elaboração de um projeto de apoio aos cuidadores informais.</p>	<p>D1- Importância do projeto</p>	<p>P1- Considera importante a elaboração de um projeto de apoio aos cuidadores informais?</p> <p>P 2- Qual a importância da equipa de enfermagem no processo de capacitação dos cuidadores informais?</p>	<p>P1.1 - Porquê?</p>
<p>O2 - Identificar necessidades sentidas pelos cuidadores informais percebidas pelos enfermeiros durante as visitas domiciliares a doentes dependentes.</p>	<p>D2 – Quem são os cuidadores</p>	<p>P3 – Quem são por norma os cuidadores informais?</p>	
	<p>D3 –Necessidades dos cuidadores</p>	<p>P4 – Os cuidadores manifestam à equipa de enfermagem as suas necessidades/preocupações?</p> <p>P5 – Que tipo referências fazem os cuidadores no que respeita à sobrecarga física e emocional?</p>	<p>P.4.1 - Que preocupações manifestam?</p>
		<p>P6 – O que lhe parece (baseada na experiência das visitas)</p>	

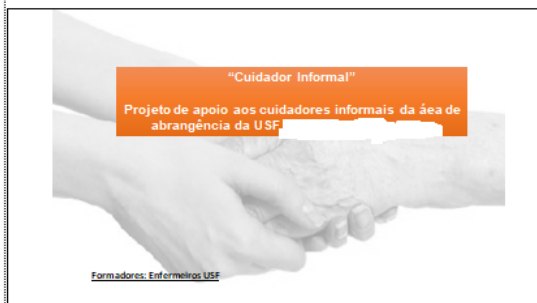
	<p>D4 – Dificuldades nos cuidados</p> <p>D5 – Capacidade de resposta da equipa de enfermagem</p>	<p>domiciliares) serem as maiores necessidades dos cuidadores informais?</p> <p>P7- Sente que consegue dar resposta às necessidades percebidas?</p>	
<p>O3 - Obter sugestões de atividades que sejam do interesse da equipa.</p>	<p>D6- Sugestões para a elaboração das atividades do projeto</p>	<p>P9 – Para a elaboração do projeto é necessário definir atividades que vão ao encontro das necessidades sentidas. Quais atividades proporia?</p>	
	<p>D7 – Participantes</p>	<p>P10– Quem deveria participar?</p>	
	<p>D8 - Local</p>	<p>P11 – Onde se poderiam realizar?</p>	

Condições Logísticas

A entrevista ocorrerá no local de trabalho dos profissionais, USF, em data e hora previamente definida e combinada com os mesmos, de acordo com a disponibilidade de cada um. Será necessário garantir um gabinete disponível, para que a entrevista decorra num local calmo e sem ruído.

Previamente providenciado gravador MP3 e consentimento informado.

Apêndice III– Sessão de Educação para a Saúde



Quando alguém próximo de nós adoece, a adaptação a esta nova realidade pode ser muito difícil. A presença de um doente, com necessidades permanentes, no domicílio, altera as rotinas do cuidador e as suas prioridades.

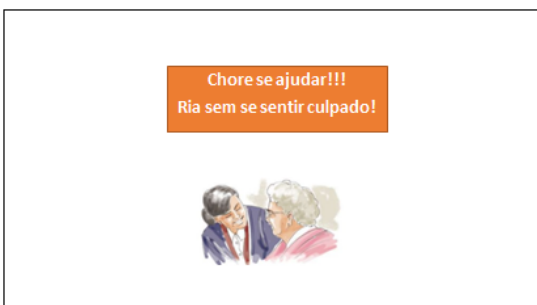
É normal que o cuidador por vezes se sinta incapaz para lidar com a situação, se sinta exausto, física e emocionalmente, se sinta sozinho e com medos.

Quando começa a prestar cuidados a uma pessoa dependente, pode “esquecer-se” temporariamente dos seus familiares e até de si próprio/a. Pense que se não estiver bem não poderá prestar os cuidados que o doente necessita.

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado dos seus talentos, preparo e escolhas e praticar o cuidado.

Conselhos ao cuidador

- Guarde tempo para a prática de exercício físico;
- Converse sobre os seus sentimentos e preocupações com alguém da sua confiança;
- Peça e aceite ajuda de outras pessoas;
- Peça a colaboração de familiares e/ou amigos sempre que se sentir sobrecarregado/a ou cansado/a;
- Descubra formas de desabafar e aliviar a tensão.



Cuidados de Higiene

A higiene corporal mantém a pele limpa e hidratada, previne problemas de pele e infeções. Ajuda a melhorar a circulação sanguínea e promove o bem-estar e o relaxamento.

Observe a pele:

- Observe se há lugares onde a pele aparece vermelha (ombros, nádegas, calcanhares etc.);
- Caso observe essas regiões avermelhadas peça orientações e sugestões à equipa de enfermagem;





Figura 7. Ferida de pressão

Vestuário

- Adapte as peças de roupa para que sejam mais fceis de vestir;
- Prefira roupa larga;
- Se a pessoa não se movimenta opte por roupa aberta atrás para conseguir vesti-la facilmente;
- Os sapatos devem ser de sola de borracha e de preferência sempre fechados;

➡ Quando o doente consegue vestir-se sozinho devemos deixá-lo escolher a sua roupa e estimulá-lo a efetuar esta tarefa sozinho, apenas com supervisão do cuidador.




Alimentação

- Deverá manter as regras gerais de uma alimentação rica e variada de forma a assegurar uma ingestão adequada de calorias e nutrientes;
- A dieta deverá ser equilibrada, rica em cereais, fruta e verduras, com pouca gordura, sal e açúcares;
- A pessoa deve comer várias vezes ao dia em quantidades pequenas;

Cuidados a ter com a alimentação


- Muitas vezes o doente pode esquecer-se de comer, pelo que é importante oferecer as refeições a horas, em vez de esperar que ele se lembre de as pedir;
- O doente na hora da refeição deve estar bem acordado e sentado. Coloque-o com a cabeceira bem elevada se a refeição for feita na cama;
- Sempre que for possível o doente deve comer sozinho, mesmo que tenha que lhe cortar os alimentos;

- É muito importante manter a hidratação;
- Se o doente tossir ou se engasgar frequentemente quando come ou bebe, não insista e pergunte à sua equipa de saúde se é seguro continuar a alimentá-lo ou se é necessário alterar a consistência dos alimentos;



Alimentação por sonda nasogástrica

A entubação nasogástrica consiste na introdução de uma sonda através do nariz até ao estômago e realiza-se para permitir a administração de alimentos, líquidos e medicamentos aos doentes que não são capazes de engolir;



- Os alimentos devem ser triturados e de consistência líquida para não obstruir a sonda;
- Os alimentos devem estar mornos para não provocar queimaduras.
- A alimentação pode ser preparada em casa ou pode comprar alimentos já preparados. Também existe alimentação entérica industrializada. Esta alimentação só deve ser prescrita para administração por indicação do profissional de Saúde.
- Peça apoio se tiver dúvidas de como administrar a alimentação. A equipa disponibiliza-se para apoio individualizado.



Posicionamentos

A imobilidade induz alterações importantes a nível do ósseo, cartilágneo, muscular e outros tecidos moles. Os principais problemas a nível músculo-esquelético são atrofia, fraqueza muscular, contracturas e a osteoporose.



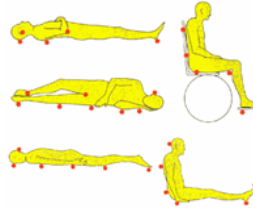
A imobilidade provoca, além da perda hídrica, alterações no vigor e elasticidade da pele, facilitando as lesões da pele, como é caso das úlceras de pressão.

Estas complicações provocam grande sofrimento à pessoa, ao cuidador e são responsáveis por grandes gastos económicos, a nível de tratamentos e podem ser no entanto minimizadas.



http://www.infoweb.pt/boaspraticas/2012/04/12/ulceras-de-pressao-3-3-020412-10-300x150-2012-04-12-09:49:00/infoweb.pt/boaspraticas/2012/04/12/ulceras-de-pressao-3-3-020412-10-300x150-2012-04-12-09:49:00/

Os locais mais frequentes de desenvolvimento de úlceras de pressão são as zonas de proeminência óssea.



Os locais onde é mais frequente surgirem úlceras de pressão são a região do sacro, região trocântérica e calcaneares.

Qualquer zona do corpo que esteja sujeita a uma pressão não aliviada pode desenvolver úlcera de pressão (cabeça, orelhas, braços, pernas etc.).

- ✓ Qualquer pessoa na cama que seja avaliada como estando em risco para ter úlcera de pressão ou outros problemas relacionados com a imobilidade deverá ser reposicionado pelo menos a cada duas horas.



Para utentes que não conseguem ajudar na movimentação ou na transferência e mudança de posição, use o lençol móvel ou o forro da cama para a movimentação (em vez de puxar ou arrastar).

Mudança de posição em utentes acamados com recurso ao lençol móvel



Qualquer pessoa avaliada como estando em risco para desenvolver ulcera de pressão deve ser colocada em um colchão que redistribua o peso corporal e reduza a pressão.



Qualquer pessoa em risco para desenvolver problemas relacionados com a imobilidade, deve evitar ficar sentada muito tempo em qualquer cadeira ou cadeira de rodas. Este indivíduo deve também ser reposicionado de duas em duas horas.



Apoios Sociais

Existem produtos que podem servir de apoio aos doentes e seus cuidadores que também se podem chamar de ajudas técnicas:

- ✓ Cadeiras de rodas, andarilhos, canas/andares;
- ✓ Almofadas para prevenir úlceras de pressão, colchões ortopédicos, camas articuladas;
- ✓ Materiais e equipamentos para alimentação (garfos, colheres, pratos, copos adaptados);
- ✓ Materiais e equipamentos para higiene (barras de apoio, assentos de banheira, cadeiras e bancos para o banho, banheiras, material antiderrapante);
- ✓ Elevadores para transferência e posicionamento dos doentes;
- ✓ Próteses e ortóteses.

Pode pedir apoio domiciliar!

No caso de precisar de apoio para as atividades de vida diária do doente, pode informar-se quais as instituições que prestam serviço de apoio domiciliário.

Pode pedir Complemento de dependência!

Este complemento é atribuído em situações de dependência de terceiros, poderá ser de primeiro grau quando as pessoas não podem praticar autonomamente os atos indispensáveis à satisfação das necessidades da sua vida quotidiana. Será de segundo grau quando para além do verificado anteriormente, se encontram acamadas ou sofrem de um quadro de demência grave.

Pode pedir a isenção de taxas moderadoras!

A isenção de taxas moderadoras é pedida no centro de saúde da área de residência ou através do Portal da Saúde, www.portaldasaude.pt.



Pode colocar todas as dúvidas à equipa de Enfermagem.

Partilhe as suas experiências se isso o fizer sentir melhor.



Obrigada pela vossa presença!

Apêndice IV – Guia do cuidador

Guia Do Cuidador

[Guia de Apoio ao Cuidador Informal]



“Tudo o que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra. Tudo o que vive precisa ser alimentado. Assim, o cuidado, a essência da vida humana, precisa ser continuamente alimentado. O cuidado vive do amor, da ternura, da carícia e da convivência”. (BOFF, 1999)

1. Cuidador

Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor, de solidariedade e de doação.

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha.

Quando começa a prestar cuidados a uma pessoa dependente, pode “esquecer-se” temporariamente dos seus familiares e até de si próprio/a. Pense que se não estiver bem não poderá prestar os cuidados que o doente necessita. Deixamos alguns conselhos:

- Guarde tempo para a prática de exercício de físico;
- Converse sobre os seus sentimentos e preocupações com alguém da sua confiança;
- Peça e aceite ajuda de outras pessoas;
- Peça a colaboração de familiares e/ou amigos sempre que se sentir sobrecarregado/a ou cansado/a;
- Descubra formas de desabafar e aliviar a tensão.

Chore se ajudar!!!

Ria sem se sentir culpado!



Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado dos seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado.

Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, os seus gestos e falas, a sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir das suas ideias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada.

Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada.

Cuidar de pacientes acamados é uma tarefa que requer uma atenção especial. Devido ao estado de saúde, essas pessoas, na maioria dos casos, encontram-se debilitadas e precisam de apoio, paciência e compreensão.

Os cuidados com a higiene, alimentação e locomoção (transporte) são fundamentais para evitar problemas que podem surgir durante o tratamento. Manter a limpeza do ambiente, do leito e o cuidado nas trocas de roupas, no banho e na preparação dos alimentos devem ser rotina para evitar infecções e complicações

Cuidados de Higiene

A higiene é um dos fatores mais importantes para o conforto e qualidade de vida de uma pessoa.

É importante que o cuidador avalie o grau de dependência do doente em relação à higiene pessoal, pois este deve auxiliar o doente apenas no necessário, estimulando ao máximo a sua participação.

Se possível, deixe que o doente escolha a melhor hora para realizar a sua higiene;

Se ele puder fazê-lo sozinho, organize todo o material necessário e coloque-o junto dele;

Não o deixe completamente sozinho, pois ele pode precisar da sua ajuda;

Verifique a temperatura da água. O doente pode não se aperceber da temperatura, se alguma parte do corpo dele estiver menos sensível;

Massaje a pele depois do banho com creme hidratante.

Observe a pele!

- Observe se há lugares onde a pele aparece vermelha (ombros, nádegas, calcanhares etc.);
- Caso observe essas regiões avermelhadas, talvez seja necessário providenciar um colchão anti escaras, ou outros materiais que ajudam a prevenir o aparecimento de feridas. Peça orientações e sugestões à equipa de enfermagem;

A higiene Oral

A higiene oral é uma parte fundamental nos cuidados de higiene, não só

mantém o doente mais confortável como:

- Previne infeções, cáries e aftas;
- Elimina restos de alimentos e microrganismos;
- Estimula a circulação sanguínea;
- Evita o mau hálito.

Quando realizar?

- De manhã, após as refeições e antes de adormecer;
- Deve ser realizada sempre, tenha o doente dentes naturais ou placa e mesmo que use sonda para alimentação.

Como ajudar o doente na higiene oral?

Colocar a pessoa sentada em frente ao lavatório ou na cama, com uma bacia.

Colocar uma porção pequena de pasta dentífrica para evitar que a pessoa se engasgue.

Escove os dentes.

Como proceder quando a pessoa usa prótese?

As próteses são partes artificiais, conhecidas como “dentadura”.

A prótese é importante tanto para manter a autoestima da pessoa, como manter as funções dos dentes na alimentação, na fala e no sorriso. Por todos esses motivos e sempre que possível a prótese deve ser mantida na boca da pessoa.

Retire a prótese e escove-a fora da boca com sabão neutro ou dentífrico apropriado;

Para a limpeza das gengivas, bochechas e língua o cuidador pode utilizar escova de dentes mais macia ou com um pano ou gaze humedecidas em água.

Enxaguar bem a boca e recolocar a prótese.



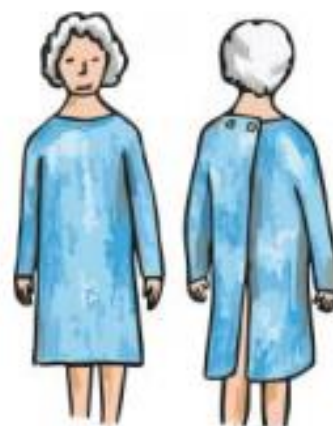
Vestuário

Quando o doente consegue vestir-se sozinho devemos deixá-lo escolher a sua roupa e estimulá-lo a efetuar esta tarefa sozinho, apenas com supervisão do cuidador. Não devemos esquecer que, estar bem arranjado e vestido proporciona segurança e autoconfiança.

➡ Deve manter sempre a privacidade do doente quando o estiver a despir e/ou vestir.

O vestuário deve ser:

- Confortável;
- Largo de forma a não apertar;
- De preferência de algodão;
- Sem fechos ou botões;
- Os fatos de treino são uma boa solução porque normalmente são confortáveis e práticos;
- Nos doentes acamados os pijamas ou camisas devem ser abertos, de preferência nas costas.



Alimentação

Quando a pessoa está doente, é frequente a perda de apetite, assim como a perda de peso, independentemente da variedade e quantidade dos alimentos ingeridos. No entanto, o cuidador não deve esquecer que a alimentação do doente é essencial para a recuperação física e manutenção do seu bem-estar.

É importante que a alimentação seja saborosa, colorida e equilibrada, que respeite as preferências individuais e valorize os alimentos da região, da época e que sejam acessíveis também do ponto de vista económico.

Cuidados a ter com a alimentação

Muitas vezes o doente pode esquecer-se de comer pois por vezes não tem a noção das horas, pelo que é importante oferecer as refeições a horas, em vez de esperar que ele se lembre de as pedir;

O doente na hora da refeição deve estar bem acordado e sentado. Coloque-o com a cabeceira bem elevada se a refeição for feita no leito (as almofadas podem ajudar no posicionamento);

Sempre que for possível o doente deve comer sozinho, mesmo que tenha que lhe cortar os alimentos;

Não se esqueça de oferecer líquidos, mesmo que ele não os solicite. É muito importante manter a hidratação;

Após as refeições, deve manter o doente sentado, durante cerca de 30min, para facilitar a digestão;

Se o doente tossir ou se engasgar frequentemente quando come ou bebe, não insista e pergunte à sua equipa de saúde se é seguro continuar a alimentá-lo ou se é necessário alterar a consistência dos alimentos.



Alimentação por sonda nasogástrica

A entubação nasogástrica consiste na introdução de uma sonda através do nariz até ao estômago e realiza-se para permitir a administração de alimentos, líquidos e medicamentos aos doentes que não são capazes de engolir.

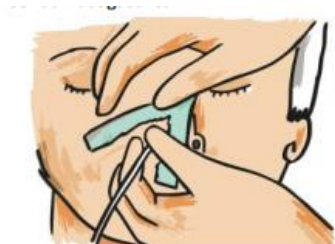
Preparação dos alimentos:

- Os alimentos devem ser triturados e de consistência líquida para não obstruir a sonda;
- Os alimentos devem estar mornos para não provocar queimaduras.
- A alimentação pode ser preparada em casa ou pode comprar alimentos já preparados. Também existe alimentação entérica industrializada. Esta alimentação só deve ser prescrita para administração por indicação do profissional de Saúde.
- As refeições caseiras são preparadas com alimentos naturais cozidos e passados e preferencialmente coados, devem ter consistência líquida e a sua validade é de aproximadamente 12 horas após a sua preparação.



Cuidados a ter

- Antes de dar a comida deve colocar a pessoa sentada na cadeira ou na cama, com as costas bem apoiadas e deixe-a nessa posição por 30 minutos após terminar a alimentação. Esse cuidado é necessário para evitar que em caso de vômitos, os restos alimentares entrem nos pulmões.
- Verificar se a sonda está bem posicionada, se o adesivo está bem colocado e se a sonda é visível no interior da boca;
- Se a sonda estiver deslocada da medida estabelecida, contacte a equipa de saúde.
- Verifique se a sonda está no estômago: Com uma seringa, tente aspirar a sonda e, se fluir conteúdo, é porque esta está bem colocada e pode alimentar o doente;
- A refeição deve ser dada lentamente.
- No fim da refeição introduza uma seringa de água para lavar a sonda.
- Ao longo do dia deve ir administrando água (6 a 8 copos) pela sonda para manter a hidratação do doente.
- Por norma, o intervalo entre as refeições não deve ser superior a 3 horas.
- O adesivo do nariz deve ser mudado com frequência, tendo o cuidado de não retirar a sonda do sítio. Ter o cuidado de limpar o nariz do doente diariamente;
- Se a sonda nasogástrica sair do sítio (exteriorizar) não a deve voltar a introduzir. Contacte a equipa de saúde para verificar a situação.



- A sonda deve permanecer fechada sempre que não estiver a ser usada.
- A dieta entérica de preparação caseira deve ser guardada no frigorífico e retirada 30 minutos antes do uso, somente a porção a ser dada.
- A dieta deve ser dada em temperatura ambiente, não há necessidade de aquecer a refeição.



Existem medicamentos

que não devem ser administrados

pela sonda ou juntos com a alimentação.

Verifique sempre com o seu médico ou enfermeiro.

- A organização dos medicamentos deve ser feita com muita atenção. Antes de administrar os medicamentos deve esclarecer todas as dúvidas com o seu médico ou enfermeiro.
- Deve tentar arranjar um método de organização para que não falhe as doses e os horários prescritos pelo médico. Atualmente há no mercado caixinhas porta-medicação, que auxiliam as pessoas a tomar corretamente os medicamentos. Essas caixinhas são divididas por períodos do dia (manhã, almoço, jantar, ao deitar) e ainda podem ser separadas por dia da semana, ou seja, uma caixinha por dia da semana.
- Não ofereça comprimidos, cápsulas ou outros medicamentos que devem ser engolidos quando o doente estiver deitado. Mantenha a cabeceira bem elevada para isso. Se não for possível conseguir uma cama adaptada, use travesseiros ou almofadas grandes;
- Não utilize medicamentos sem indicação médica pois estes podem interferir com outros que o doente tome.

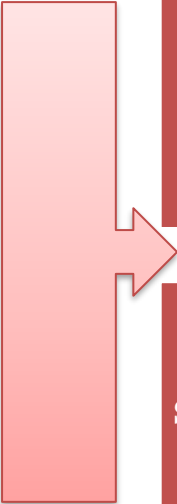


Posicionamentos

Estimule o doente a mudar de posição pelo menos a cada 2 horas.

O doente com limitações físicas que esteja muito tempo na mesma posição tem um risco maior de aparecimento de feridas e outras complicações.

Para diminuir este risco:



Mude a posição do doente na cama com frequência (idealmente de 2 em 2 horas), alternando os lados.

Assegure-se que o doente permanece alternadamente entre a cama e a cadeira/sofá.

Contacte a equipa de saúde se verificar que a pele do doente tem zonas avermelhadas.

Utilize um colchão ou almofadas que evitem a pressão.

- **Deslocar o doente na cama sem o arrastar**
- **Manter os lençóis da cama secos e sem rugas**
- **Movimentar regularmente o doente mesmo que ele sinta algum desconforto**

6.1 Transporte para a cadeira de rodas ou para a cama

- Quando for transferir o doente para a cadeira de rodas ou sofá, traga-o para perto de si. Não se afaste, pois ele poderá ter tonturas e cair;

Para ter uma boa base de apoio, mantenha os seus pés.



- Apoie os braços dele sobre os seus ombros;
- Os seus joelhos devem estar um pouco flexionados e suas mãos devem segurar a cintura do paciente;
- Se quiser melhorar o apoio, coloque um cinto bem largo para poder segurá-lo com mais firmeza;



- Caso ele não possa sair da cama, tente mudá-lo de posição várias vezes durante o dia;
- Para colocá-lo novamente na cama é só seguir estes passos em sequência .

6.2 Cuide de si

Pare e pense na sua postura antes de realizar os movimentos para evitar lesões.

Deve adotar uma postura que distribua o peso por todos os músculos do corpo.

Explique ao doente o que vai fazer e peça que ele colabore dentro das suas possibilidades.

Peça ajuda a outra pessoa de forma a fazer corretamente os posicionamentos necessários para evitar problemas para quem cuida e para quem é cuidado.

As suas costas devem estar direitas.

Os seus joelhos devem estar dobrados.

O seu corpo deve estar perto do corpo da pessoa.

Os movimentos devem ser realizados devagar.



Apoios Sociais

Produtos de apoio

Existem produtos que podem servir de apoio aos doentes e seus cuidadores que também se podem chamar de ajudas técnicas. Estas servem para compensar as deficiências ou diminuir as suas consequências. Estes produtos podem ser pedidos nos centros de saúde, nos hospitais e em alguns centros especializados. Se estes produtos tiverem pode existir a possibilidade de obter financiamento do produto de apoio através do Instituto de Solidariedade e Segurança Social.

Alguns exemplos desses produtos de apoio:

Cadeiras de rodas, andarilhos, canadianas;

Almofadas para prevenir úlceras de pressão, colchões ortopédicos, camas articuladas;

Materiais e equipamentos para alimentação (garfos, colheres, pratos, copos adaptados);

Materiais e equipamentos para higiene (barras de apoio, assentos de banheira, cadeiras e bancos para o banho, banheiras, material antiderrapante);

Elevadores para transferência e posicionamento dos doentes;

Próteses e ortóteses;

Apoio ao Domicílio.

No caso de precisar de apoio para as atividades de vida diária do doente, pode dirigir-se à Junta de Freguesia da sua área de residência e informar-se quais as instituições que prestam serviço de apoio domiciliário.

Estão abrangidos o apoio na higiene pessoal, o apoio na higiene no domicílio, o fornecimento de refeições e tratamento de roupa.

O valor a pagar pelo apoio domiciliário depende dos rendimentos e das despesas (renda, água, luz e medicação) que apresente.

Complemento por Dependência

Este complemento é atribuído em situações de dependência de terceiros, poderá ser de primeiro grau quando as pessoas não podem praticar autonomamente os atos indispensáveis à satisfação das necessidades da sua vida quotidiana. Será de segundo grau quando para além do verificado anteriormente, se encontram acamadas ou sofrem de um quadro de demência grave.

Este subsídio não é atribuído nos casos em que a assistência permanente é prestada em estabelecimentos de saúde ou de apoio social, oficial ou particular sem fins lucrativos, financiados pelo Estado ou por outras pessoas coletivas de direito público ou de direito privado e de utilidade pública.

De acordo com a legislação em vigor constitui condição de atribuição do complemento por dependência do primeiro grau, o facto de o pensionista receber uma pensão de valor inferior 600 euros, considerando--se para este efeito a soma de todas as pensões recebidas pelo pensionista com a mesma natureza.

7.4 Isenção de taxas moderadoras

A isenção de taxas moderadoras é pedida no centro de saúde da área de residência ou através do Portal da Saúde, www.portaldasaude.pt. O centro de saúde emitirá um documento que comprova a isenção do pagamento da taxa moderadora e a sua validade. Podem beneficiar de isenção de taxas moderadoras:

- Pessoas com um grau de incapacidade superior a 60%;;
- Pessoas com insuficiência de rendimentos, isto é, cuja média do rendimento do agregado familiar não ultrapasse os 628,83 euros;;
- Pessoas desempregadas.

Contatos úteis

Centro de Saúde: USF [REDACTED]

Bombeiros Voluntários de [REDACTED]

INEM: 112

Hospital de Évora: 266 740 100

Hospital de Elvas: 268 637 200

Linha saúde 24: 808 24 24 24

Bibliografia

Este guia foi feito com base na pesquisa de outros manuais semelhantes:

Guia Prático do cuidador (2008), Secretaria de gestão no trabalho e na educação da saúde.

Manual do cuidador da pessoa com demência (2006), Comissão Europeia e Alzheimer Europe. Lisboa.

Manual do cuidador – Cuidados à pessoa dependente: guia prático ilustrado, Rede Regional de Cuidados Continuados Integrados, Governo dos Açores.

Manual do Cuidador (2014), USF Antas.

Manual do Cuidador: Manual de apoio aos cuidadores de doentes dependentes (2017), USF Valongo.

Apêndice V– Avaliação do projeto pelos enfermeiros da USF

Questionário de avaliação do projeto

1. Relativamente à sua participação no projeto “Dar-a-mão - Organização de um projeto de intervenção comunitária de apoio aos cuidadores informais” sentiu-se motivado a participar?

Sim

Não

2. No que respeita às atividades apresentadas, como as avalia:

2.1 Visitação domiciliária (incluída recolha das necessidades junto dos cuidadores)

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

2.2 Sessão de Educação para a Saúde

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

2.3 Guia do Cuidador

Insuficiente	Suficiente	Bom	Muito Bom

3. Forças e fraquezas do projeto.

- 3.1 – Encontra forças no projeto apresentado? Quais?

3.2 - Como enfermeiro(a), reconhece fraquezas no projeto? Quais?

4. Oportunidades e ameaças ao projeto

4.1 - Que aspetos da envolvente externa podem ser considerados uma oportunidade para o projeto organizado?

4.2 - Que aspetos considera que podem vir a dificultar o alcance dos objetivos do projeto?

5. De forma geral, como avalia a organização do projeto?

	Suficiente	Bom	Muito Bom
Insuficiente			

6. Pensa que o projeto organizado poderá vir a ser utilizada pela USF?

Sim

Não

7- Tem algumas sugestões de melhoria ao projeto organizado? Quais?

Obrigada pela disponibilidade

Apêndice VI – Consentimento Informado

Caro participante:

Ana Isabel Massas Canhoto, a exercer funções de Enfermeira no Hospital do Espírito Santo, Évora no serviço de Medicina 2 e estudante do mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Estou neste momento a iniciar o Estágio na USF

Assim, o trabalho que irei desenvolver tem como objetivo: Organizar um projeto de intervenção comunitária de apoio aos cuidadores informais, com o título: “Dar-a-mão”.

Vem por este meio solicitar a sua colaboração para a realização deste projeto de intervenção, que pressupõe a identificação das necessidades em Saúde dos Cuidadores para posterior formulação de um projeto de intervenção de enfermagem junto dos mesmos. Para a realização do presente estudo, pretende-se utilizar como instrumento de colheita de dados uma entrevista semi-estruturada e observação simples.

Não haverá custos para os participantes sendo que os mesmos poderão deixar de participar a qualquer altura e sem quaisquer prejuízos assistenciais ou outros.

Os dados colhidos destinam-se exclusivamente à elaboração do referido estudo, que decorrerá entre Outubro de 2017 e Janeiro de 2018. Com intuito da salvaguarda da confidencialidade e anonimato, os dados serão sempre apresentados e divulgados de forma agregada.

Confirmando que foi explicado ao participante, de forma adequada e inteligível, os procedimentos para a participação neste projeto. Respondo a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Também foi garantido que, em caso de recusa, será respeitada a sua decisão não lhe trazendo qualquer risco.

O presente documento será feito em duplicado ficando uma via para o investigador e outra para que consente.

Agradece-se também a sua disponibilidade e colaboração, sem as quais este projeto não seria possível.

Grata pela atenção

(A estudante/ Investigadora: Ana Isabel Massas Canhoto)

___ de Outubro de 2017

Eu [REDACTED], declaro que efetuei a ponte entre o Estudante/Investigador e o utente, informando-o da natureza, finalidade, procedimentos e considerações éticas deste estudo, bem como da importância da sua participação no mesmo, sendo de livre e espontânea vontade que aceita ser contactado para nele participar.

Declaro ter compreendido os objetivos do projeto que me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

O enfermeiro _____ teve conhecimento e aceita colaborar na realização do projeto.

__ de Outubro de 2017

Apêndice VII - Cronograma

Cronograma

	2017/2018																		
	setembro			outubro			novembro			dezembro			janeiro						
	19- 24	25- 1	2- 8	9-15	16-22	23- 29	30 - 5	6- 12	13 -19	20 - 26	27- 3	4- 10	11- 17	18- 24	25- 31	1- 7	8-14	15-21	22-27
Envio de consentimento informado e pedido de autorização do estudo																			
Diagnóstico de situação (Caracterização da população, elaboração e aplicação do instrumento de colheita de dados)																			
Análise de dados e priorização das necessidades																			
Fixação de objetivos e estratégias																			
Elaboração das intervenções																			
Avaliação e elaboração de relatório final																			

